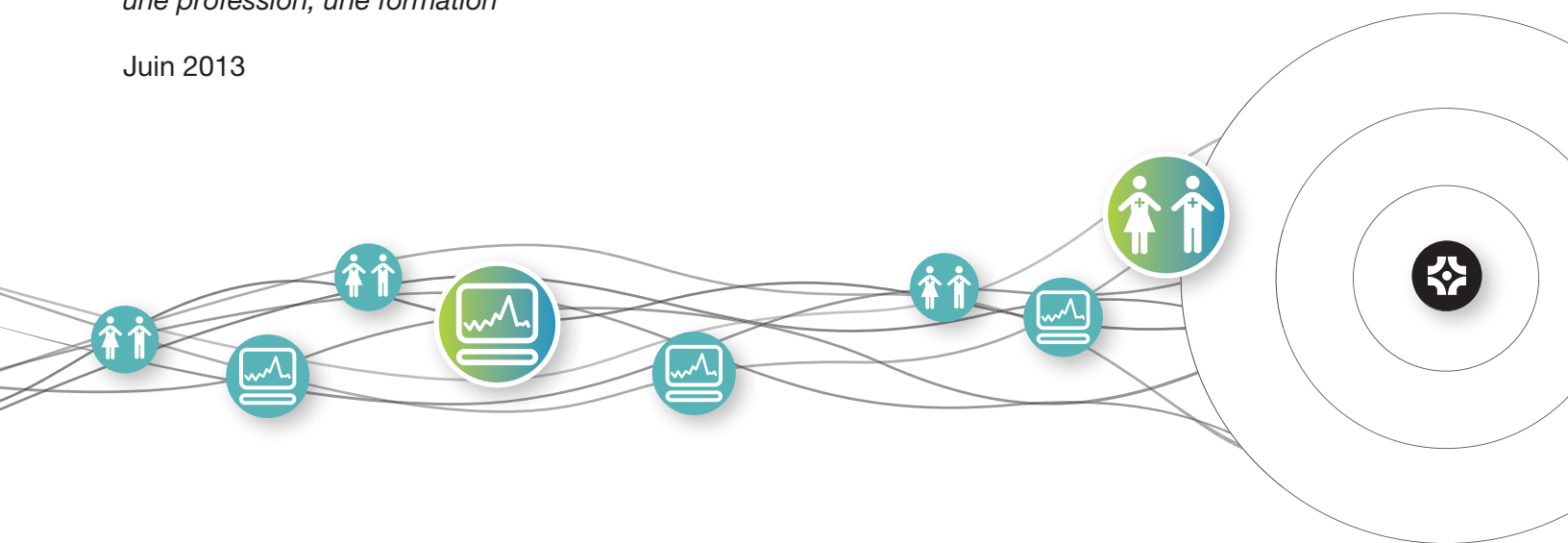


LE REHAUSSEMENT DE LA FORMATION DE **LA RELÈVE INFIRMIÈRE:** UN LEVIER DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Une analyse coûts/bénéfices

En complément du mémoire sur
la formation de *La relève infirmière du Québec :*
une profession, une formation

Juin 2013



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

ÉDITION

Coordination

Johanne Lapointe

Directrice

Direction, Affaires externes, OIIQ

Direction principale, Stratégie, Service et Communications

Rédaction

Pierre Éric Langlois, économiste

Directeur-conseil

Daniel Marleau

Conseiller et chef de service, Statistiques sur l'effectif

Direction, Affaires externes, OIIQ

Collaboration

Claude Montmarquette, Ph. D., CM, MSRC (FRSC)

Président-directeur général

Vice-président, Politiques publiques

CIRANO

PRODUCTION

Service des publications

Sylvie Couture

Chef de service

Claire Demers

Adjointe à l'édition

Direction, Services aux clientèles et promotion, OIIQ

Révision linguistique

Claire Saint-Georges

Conception et réalisation graphique

Le Groupe Flexidée Itée

Correction d'épreuves

Odette Lord

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Vente des publications

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, 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN 978-2-89229-610-5 (version imprimée)

ISBN 978-2-89229-611-2 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013

Tous droits réservés

Note – Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

Imprimé sur papier recyclé



Table des matières

Introduction

1

1. Contexte québécois de la main-d'œuvre infirmière

3

1.1. LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

3

1.2. DES APPUIS DE TAILLE À LA PROPOSITION DE L'OIIQ

4

2. Littérature internationale sur la valeur économique de l'infirmière et/ou des rôles infirmiers

6

2.1. L'ÉTUDE DU CENTRE FERASI

6

2.2. LA VALEUR ÉCONOMIQUE DE L'INFIRMIÈRE SELON LA SITUATION

7

2.3. LES CONDITIONS ESSENTIELLES DE RÉALISATION DES BÉNÉFICES

14

3. Sélection des scénarios

16

3.1. LES HYPOTHÈSES

16

3.2. LE MODÈLE DE L'OIIQ BASÉ SUR LES COMPLICATIONS ÉVITÉES

17

3.3. LE SCÉNARIO D'UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA COMPLÉMENTARITÉ INFIRMIÈRES-MÉDECINS

18

4. Construction du modèle de l'OIIQ

20

4.1. LES COÛTS

20

4.2. LES COÛTS DU REHAUSSEMENT EN FORMATION

21

4.3. L'IMPACT SALARIAL SELON L'AQESSS

22

4.4. LES CINQ SCÉNARIOS DE L'OIIQ

23

4.5. LES PROJECTIONS JUSQU'EN 2027

23

4.5.1. Les données actuelles

23

4.5.2. La projection de bachelières

24

4.5.3. La projection de la demande de soins de santé de 2019 à 2027

24

5. Les scénarios des bénéfices de l'OIIQ	26
5.1. LE SCÉNARIO COMPLICATIONS ÉVITÉES DANS LES SECTEURS HOSPITALIER ET COMMUNAUTAIRE	27
Méthode de calcul	27
5.2. LE SCÉNARIO COMPLICATIONS ÉVITÉES DANS LES SECTEURS HOSPITALIER, COMMUNAUTAIRE, ACTIVITÉS CLINIQUES ET SOINS AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE	28
Méthode de calcul	28
5.3. LE SCÉNARIO SELON UN CONTEXTE DE SOINS TOURNÉS VERS LA COMMUNAUTÉ	29
5.4. LE SCÉNARIO SI RIEN N'EST FAIT (STATU QUO)	30
5.5. LE SCÉNARIO MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA COMPLÉMENTARITÉ INFIRMIÈRE BACHELIÈRE-MÉDECIN EN PREMIÈRE LIGNE	30
6. Les résultats quantifiables	33
6.1. LES RÉSULTATS QUANTIFIABLES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	33
6.2. LES RÉSULTATS QUANTIFIABLES INCLUANT LES COÛTS DE LA FORMATION SUPPLÉMENTAIRE	35
7. Bénéfices qualitatifs plus difficilement quantifiables	37
7.1. LES BÉNÉFICES SOCIOÉCONOMIQUES TOTAUX POUR LA SOCIÉTÉ	37
Conclusion	39
Références	40
Annexe 1 Graphiques sur les projections du nombre d'infirmières	41
Annexe 2 Le personnel infirmier à l'emploi	43



Introduction

Le mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*, présenté à l'Office des professions du Québec (OPQ) en juin 2012, demande un changement réglementaire afin que le diplôme exigé pour l'entrée dans la profession infirmière devienne le DEC-BAC ou le baccalauréat en sciences infirmières. C'est en vertu de son mandat principal de protection du public, de ses constats sur les besoins de soins évolutifs de la population et de son rôle de vigie relatif à l'adéquation entre la formation et les compétences professionnelles requises pour l'exercice de la profession infirmière que le Conseil d'administration de l'OIIQ a entrepris cette démarche de rehaussement de la formation infirmière initiale auprès du gouvernement.

Le constat de l'OIIQ, en tant qu'organisme réglementaire, sur la nécessité de rehausser la formation de la relève infirmière québécoise est sans appel. Il y va de la capacité des futures infirmières de pouvoir s'adapter à la complexité croissante des soins de santé au cours des 40 prochaines années et de contribuer aux importants changements nécessaires dans notre système de santé. Outre l'OIIQ, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et plus de cent décideurs des secteurs de la santé et de l'éducation jugent nécessaire le rehaussement de la formation initiale (au baccalauréat) dans un contexte de complexification des besoins du patient et de l'organisation des soins aujourd'hui et demain, où il est et sera important d'avoir la formation adéquate pour exercer toutes les activités du champ d'exercice infirmier.

Étant donné le contexte financier actuel des soins de santé au Québec, le gouvernement dispose de peu d'années pour rehausser la norme d'entrée dans la profession infirmière, afin que celle-ci puisse s'adapter adéquatement aux inévitables virages du système de santé vers la première ligne et les soins dans la communauté. Grâce à son effectif et à la nouvelle formation qu'elle acquerrait, la main-d'œuvre infirmière deviendrait un levier idéal sur lequel appuyer ces changements à venir. Pour réaliser ceci, le gouvernement devra aussi se pencher sur des modèles de continuum de soins qui permettent une utilisation optimale des compétences des nouvelles infirmières bachelères.

Ces prémisses économiques incitent l'OIIQ à évaluer sa proposition au-delà des impératifs de protection du public et de qualité des soins au patient. L'OIIQ a donc décidé d'apporter une contribution supplémentaire au Groupe de travail interministériel-partenaires sur la formation de la relève infirmière et aux études actuellement en cours au gouvernement en réalisant une analyse coûts/bénéfices de sa proposition. Cette analyse tentera de cerner l'impact socio-économique de la proposition de l'OIIQ en établissant ses coûts et ses bénéfices, ainsi que ses impacts sur le système de santé québécois.

Cette étude ne porte pas sur l’infirmière au singulier, mais sur une future dotation en infirmières et infirmiers formés au baccalauréat ou au DEC-BAC et son impact sur le système de santé du Québec. Le baccalauréat est une qualification qui a démontré ailleurs une rentabilité assurée. Cette analyse se concentre sur la recherche de performance de l’infirmière formée au baccalauréat et met en relief sa valeur économique au moyen d’une revue exhaustive de la littérature internationale. De toute cette documentation, l’OIIQ a retenu quelques scénarios utiles pour construire des hypothèses plausibles sur l’impact de sa proposition. L’analyse dégage quelques résultats, proposant ainsi un ordre de grandeur des retombées.

Pour réaliser ce travail, l’OIIQ a fait appel à l’économiste Claude Montmarquette, président-directeur général du CIRANO. M. Montmarquette a agi en tant qu’arbitre des choix méthodologiques qui ont servi à élaborer les scénarios d’impact de la proposition de l’OIIQ. Il a aussi validé et enrichi les réflexions de l’OIIQ sur les retombées économiques potentielles du rehaussement de la formation initiale de la relève infirmière québécoise. Nous l’en remercions grandement.



Contexte québécois de la main-d'œuvre infirmière

1.1. LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Le secteur infirmier est un contributeur vital à l'économie du Québec. Avec 72 000 infirmières au total – 54 000 dans le secteur public –, les infirmières représentent 1,8 % de la main-d'œuvre québécoise et environ 50 % des effectifs du réseau de la santé. Collectivement, les infirmières et infirmiers québécois constituent un groupe professionnel d'envergure autant par leur nombre que par le rôle important qu'ils jouent dans le bon fonctionnement du système de santé.

Peu d'études au Québec ont porté un regard analytique sur l'influence collective des infirmières bachelières sur la prestation des soins, ainsi que sur leur valeur économique pour le système de santé québécois. Les économistes du domaine de la santé avouent d'ailleurs leur difficulté à capter la pleine valeur économique de la grande étendue des services infirmiers.

Au Québec, les bénéfices et les économies d'échelle que les infirmières procurent au système de santé sont peu pris en considération dans la planification à long terme. Rarement évalue-t-on le lien entre les « dépenses » infirmières et les gains d'optimisation. Rarement évalue-t-on le salaire des infirmières en relation avec, par exemple, une diminution des réadmissions hospitalières ou une baisse des complications médicales. Les planificateurs gouvernementaux québécois tendent à considérer les infirmières – peut-être à l'exception des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) – comme une dépense de fonctionnement relativement fixe. Paradoxalement, pour plusieurs, l'accent est mis sur la dépense en ressources infirmières sans mettre en valeur les gains réalisés par la main-d'œuvre infirmière et le retour sur l'investissement¹. Trop souvent, les coûts liés aux soins infirmiers sont perçus, sur les plans administratif et politique, comme un obstacle plutôt qu'un investissement dans la qualité et la continuité des soins, le développement du personnel et l'amélioration de la santé collective^{2, 3}, une perception qui ne tient pas compte des bénéfices socioéconomiques nets potentiels pour la société.

1. Aiken, L.H. (2008).
2. *Ibid.*
3. Vanhook, P.M. (2007).

On estime qu'au Canada en 2020, comme c'est le cas dans plusieurs pays, 75 % des infirmières travailleront dans la communauté, à l'inverse de la situation en 2000⁴ lorsque trois infirmières sur quatre travaillaient en milieu hospitalier. Dans ce contexte, le redéploiement des compétences de la main-d'œuvre infirmière pose un défi sans précédent.

1.2. DES APPUIS DE TAILLE À LA PROPOSITION DE L'OIIQ

Plus de cent décideurs du domaine de la santé et de l'éducation ont appuyé officiellement la proposition de l'OIIQ. Parmi eux, des gestionnaires de nombreux établissements de santé et services sociaux (directeurs généraux, conseils d'administration, cadres supérieurs), des conseils des infirmières et infirmiers, des commissions infirmières régionales, le Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, la Table sectorielle nationale des RUIS en soins infirmiers et la Fédération de la santé et des services sociaux-Confédération des syndicats nationaux.

L'AQESSS, qui représente 125 établissements publics de santé, a aussi recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que le baccalauréat devienne la formation permettant l'accès à la profession infirmière tout en privilégiant le parcours DEC-BAC.

Ces appuis des décideurs vont dans le sens d'une reconnaissance des gains potentiels pratiques – cliniques, systémiques, économiques – que pourrait engendrer un rehaussement de la norme d'entrée de la relève infirmière pour les établissements et les patients. Ces appuis, ancrés dans la légitimité du mandat de l'OIIQ concernant les compétences infirmières dans les milieux, incitent le gouvernement à passer à l'action. Ces décideurs possèdent la compétence pour évaluer les besoins en soins et sont quotidiennement responsables de la bonne qualité et de la sécurité des soins. Ils sont à même de constater que la main-d'œuvre infirmière travaille dans un contexte d'interdisciplinarité avec une multitude d'autres professionnels. Comme l'OIIQ, ils estiment que les patients du Québec ont droit aux meilleurs soins infirmiers et doivent pouvoir compter sur des infirmières ayant la formation requise. Le Québec demeure la seule province canadienne où le baccalauréat n'est pas exigé pour accéder à la profession infirmière.

Dans un livre percutant (*Santé: l'heure des choix*, 2012) ayant pour but de présenter des voies de solution pour améliorer le système public de santé du Québec, Claude Castonguay écrit au sujet des infirmières:

- « [...] je suis persuadé que les infirmières peuvent résoudre une part importante des déficiences sur le plan des soins de première ligne et des soins aux aînés. Elles contribueraient ainsi de façon plus importante au fonctionnement de notre système de santé. »

4. Villeneuve, M., et MacDonald, J. (2006).

- ⦿ « Au Québec, nous nous distinguons aussi par le fait que, contrairement aux autres provinces, la formation universitaire n'est pas requise pour exercer la profession d'infirmière. Pourtant, une telle obligation ne devrait pas faire l'objet d'une hésitation : les fonctions et les responsabilités des infirmières, de même que la qualité des soins et la sécurité des patients, justifient pleinement un diplôme universitaire. Enfin, en médecine, les exigences de la formation sont de plus en plus élevées. En vertu de quelle logique devrait-il en être autrement pour les infirmières ? »
- ⦿ « La perception du statut professionnel des infirmières doit changer, et leurs fonctions doivent être reconnues. Il faut que le gouvernement et le ministère de la Santé qui, dans le passé, ont fait preuve de mesquinerie à leur endroit, s'interrogent sérieusement à ce sujet. La valorisation du rôle des infirmières dans notre système de santé est essentielle. »

Littérature internationale sur la valeur économique de l'infirmière et/ou des rôles infirmiers

À l'échelle mondiale, les infirmières prennent de plus en plus de décisions cliniques, autant dans le milieu hospitalier que communautaire. Les systèmes de santé du monde entier misent sur l'infirmière et sur l'introduction de rôles infirmiers de pointe pour améliorer leur performance. L'OIIQ a procédé à une recherche exhaustive de la littérature internationale portant sur la valeur économique de l'infirmière, ainsi que sur les impacts de l'infirmière, de l'infirmière bachelière et des rôles infirmiers accrus sur les systèmes de santé.

La littérature montre bien que le travail d'un nombre important d'infirmières bachelières génère des gains d'efficience et d'efficacité qui se traduisent par des vies prolongées, des hospitalisations évitées, un continuum de soins réduisant le recours aux soins plus coûteux, un allègement du fardeau en soins de première ligne, une meilleure gestion des maladies chroniques, etc. La formation universitaire donnerait aussi à l'infirmière les outils nécessaires pour assumer plus de tâches relevant de la gestion des soins aigus, des maladies chroniques et des soins qui s'orientent de plus en plus vers la communauté. La littérature est féconde aussi sur le fait qu'elle permettrait de générer d'importants bénéfices socioéconomiques nets, notamment sur le plan du bien-être des patients.

De plus, il ressort de l'analyse de cette littérature une logique implacable : une plus grande dotation en infirmières bachelières facilite le travail du médecin, assure un plus grand leadership dans la coordination des soins et, ultimement, contribue à développer de nouvelles pratiques infirmières, de nouvelles pratiques collaboratives et des nouveaux modèles de soins au profit du patient.

2.1. L'ÉTUDE DU CENTRE FERASI

L'étude du Centre FERASI (Formation et expertise en recherche et administration des soins infirmiers) *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de Santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé – Une étude comparative*, résume les faits saillants de différents pays ayant adopté diverses approches par rapport à la formation infirmière initiale. Les trois pays de l'étude de FERASI qui ont amorcé la transition depuis plusieurs décennies et l'ont complétée (Norvège, Australie et Angleterre) ont aujourd'hui les effectifs d'infirmières les plus élevés par rapport à leur population respective :

- ⊙ la Norvège s'est servie du rehaussement de la formation comme levier pour ses réformes envisagées en soins de première ligne. De plus, elle accorde un degré d'autonomie important à différents groupes d'infirmières, y compris aux « Nurse-Led Clinics »;
- ⊙ en Australie, l'adoption d'un programme de formation universitaire pour la « registered nurse » a engendré une refonte et un rehaussement des programmes de « Enrolled Nurse »;
- ⊙ depuis 1986, en Angleterre, une formation universitaire est exigée pour obtenir le permis d'exercice. L'infirmière est à l'avant-plan dans les instances décisionnelles et dans la prestation des soins. La main-d'œuvre infirmière a joué un rôle important dans la transformation du système de santé de ce pays, notamment en soins de première ligne. Les infirmières peuvent prescrire depuis les années 1990.

Ces pays sont parmi ceux qui ont réussi à se doter d'une première ligne de soins forte et à améliorer significativement l'accès aux soins. Parmi les bénéfices constatés, on note une hausse importante du nombre de diplômées et des infirmières mieux préparées pour exercer avec plus d'autonomie, notamment en soins de première ligne.

2.2. LA VALEUR ÉCONOMIQUE DE L'INFIRMIÈRE SELON LA SITUATION

L'impact socioéconomique des infirmières québécoises est multidimensionnel. Les bénéfices économiques liés aux complications médicales évitées (et aux décès prématurés évités), qui découlent du travail d'une main-d'œuvre infirmière bien formée, sont majeurs pour la santé publique et pour la productivité d'un pays.

Des études internationales évaluent l'impact d'une plus grande dotation en infirmières bachelères sur le sort des patients. Certaines émettent l'hypothèse, sans équivoque, que la complémentarité avec le médecin est supérieure et lui permet de se concentrer sur des cas et des diagnostics plus complexes. D'autres avancent qu'une coordination compétente des soins au profit du patient relève d'une main-d'œuvre infirmière bien formée et préparée à exercer un leadership. Il découle de toutes ces études que c'est d'abord la population qui en bénéficie et que le système de santé a tout à gagner de l'expertise de l'infirmière bachelière.

Sur la valeur économique de la main-d'œuvre infirmière

- ⊙ Une étude américaine – *The Economic Value of Nursing* – a tenté de chiffrer la valeur économique d'une infirmière. Affecter 133 000 infirmières de plus dans les soins de courte durée des hôpitaux sauverait 5 900 vies par année. La valeur en productivité de ces décès évités se chiffre à 1,3 milliard par année, soit 9 900 \$ par infirmière par année. Cet effectif infirmier supplémentaire qui a pour effet une convalescence plus rapide des patients augmenterait la productivité nationale américaine de 231 millions par année. Les économies sur les coûts médicaux se chiffrent annuellement à 6,1 milliards, soit 46 000 \$ par infirmière par année. Si on prend en compte les économies sur les coûts médicaux et la hausse de productivité, chaque infirmière supplémentaire créerait une valeur économique moyenne équivalente à 75 % du coût de son salaire⁵.

5. Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., et Hogan, P.F. (2009).

- ⦿ Dans cette même étude, les auteurs reconnaissent que leur évaluation de la valeur économique de l'infirmière n'est que partielle et qu'ils sous-estiment sa valeur économique réelle. Pour que cette évaluation soit complète, il faudrait calculer les autres éléments suivants: l'effet sur les membres de la famille du patient; sur la diminution du risque de réhospitalisation; sur une meilleure productivité de l'établissement; sur la valeur administrative des tâches de l'infirmière et sur le bien-être des patients.

Il est permis de penser que, globalement, la main-d'œuvre infirmière québécoise obtiendrait des résultats relativement comparables à ceux obtenus aux États-Unis. Il aurait été intéressant d'analyser la valeur économique d'une infirmière bachelière dans la prestation des soins dans la communauté plutôt que seulement dans le milieu hospitalier étant donné que son influence sur la santé communautaire se fait davantage sentir sur le continuum des soins, la prévention et le suivi des maladies chroniques.

Il est aussi permis de penser que la valeur économique d'une infirmière formée au baccalauréat serait encore supérieure dans une perspective d'accroissement de ses rôles et de sa formation dans le temps. Le capital infirmier possède également la flexibilité voulue pour soutenir d'autres réformes que pourrait envisager le MSSS dans le futur.

Sur le travail de l'infirmière bachelière

- ⦿ Diverses études de premier plan de Linda Aiken indiquent une baisse d'environ 5 % du risque de décès des patients pour chaque hausse de 10 % dans la proportion d'infirmières bachelières.
- ⦿ Une étude a révélé que les hôpitaux ayant une plus grande proportion d'infirmières bachelières voient leurs patients rester moins longtemps pour leur traitement. De plus, ces hôpitaux avaient des taux inférieurs de mortalité postopératoire causés par des thromboses, des embolies pulmonaires ou de l'insuffisance cardiaque⁶.
- ⦿ Des études confirment que les taux de décès dus à des complications ont diminué substantiellement dans divers environnements de soins ayant une forte présence d'infirmières bachelières, notamment de 27 à 12 pour 1 000 admissions dans des unités de chirurgie^{7, 8, 9, 10}.
- ⦿ Des études américaines (Aiken) avancent que le taux de décès est deux fois plus élevé dans les hôpitaux où moins de 10 % des infirmières ont un baccalauréat que dans les hôpitaux ayant plus de 70 % d'infirmières titulaires d'un baccalauréat.

6. Blegen, M.A., Goode, C., Park, S.H., Vaughn, T., et Spetz, J. (2013).

7. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., et Sloane, D.M. (2003).

8. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., et Cheney, T. (2008).

9. Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., et Giovanetti, P. (2005).

10. Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V., et Cranley, L.A. (2007).

- ⊙ Un établissement de santé qui respecterait à la fois un ratio optimal d’infirmières détenant un baccalauréat ou un diplôme supérieur – au moins 60 % – et une charge de travail adaptée verrait les taux de mortalité et de complications diminuer considérablement¹¹, ainsi qu’une meilleure rétention de son personnel professionnel¹².
- ⊙ Une étude a révélé que les nouvelles diplômées du baccalauréat en sciences infirmières rapportent des niveaux significativement plus élevés reliés à la préparation, à la pratique fondée sur des preuves (ou résultats probants), ainsi que des compétences de recherche et d’évaluation des lacunes dans des domaines tels que le travail d’équipe, la collaboration et la pratique¹³.
- ⊙ Les patients soignés par des infirmières ayant un baccalauréat connaissent des résultats de santé meilleurs. Un nombre croissant de données probantes révèlent que les infirmières bachelières sont plus aptes à donner aux Canadiens des soins infirmiers de haute qualité, sécuritaires, conformes à l’éthique et efficaces par rapport aux coûts¹⁴.

Ces études démontrent que l’impact clinique des infirmières bachelières est important. Ces bénéfices cliniques entraînent à leur tour des répercussions positives sur le fonctionnement des systèmes de soins.

Placées dans un contexte où elles peuvent se servir de leur formation universitaire pour exercer un leadership dans la coordination des soins, les infirmières bachelières produisent des retombées ayant le potentiel de transformer la prestation des soins de santé, d’assurer un continuum des soins permettant des gains économiques notables, par exemple la baisse du nombre de consultations aux urgences et chez le médecin, ainsi qu’une présence plus forte dans les soins de santé communautaire.

Sur l’infirmière au centre de la coordination des soins

Des initiatives concrètes plaçant les infirmières au centre de la coordination des soins furent mises en place au Québec.

11. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., et Sloane, D.M. (2003).

12. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., et Cheney, T. (2008).

13. Robert Wood Johnson Foundation (2011).

14. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2004).

CSSS CHAUDIÈRE-APPALACHES

S'inspirant du projet Défi-Santé développé au CSSS des Sommets, quatre CSSS de la région Chaudière-Appalaches¹⁵ ont misé sur des infirmiers-infirmières gestionnaires de cas complexes (IGCC). Leur travail soutenu par des actions concertées avec les différents partenaires du réseau local de services vise des interventions plus proactives, plus intensives, plus coordonnées auprès d'un segment de la clientèle qui accaparait une grande part des soins aux urgences. Les cohortes de patients ciblés variaient entre 12 et 169 patients dans les quatre CSSS en cause.

Dans ce cadre, l'entrée en fonction des IGCC constitue la principale mesure permettant d'offrir à ces clients un suivi individualisé qui s'ajuste à leurs besoins particuliers. Les IGCC, en concertation avec d'autres intervenants et partenaires déjà impliqués ou non auprès de ces clients, ont pour rôle d'ajuster l'offre de soins afin de gérer de manière plus proactive et efficace leurs maladies et symptômes et ainsi d'éviter les décompensations qui mènent le client à consulter aux urgences ou même à être hospitalisé à répétition. L'évaluation globale réalisée par l'IGCC permet aussi d'avoir une vision intégrée des besoins du client et d'assurer une meilleure complémentarité et coordination dans la continuité de ses soins et services, ce qui mène à une utilisation plus judicieuse et efficace des services, notamment en première ligne. Ultimement, ces modifications dans l'offre de service et dans la prise en charge de ces clients devraient conduire à une amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie et à une diminution du nombre de consultations aux urgences et d'hospitalisations.

Les principaux résultats de l'évaluation, réalisée entre juin 2009 et décembre 2011, indiquent, de façon globale, pour l'ensemble de la région :

- entre 27 % et 50 % moins de consultations aux urgences;
- entre 21 % et 44 % moins d'hospitalisations;
- entre 21 % et 61 % moins de tests de laboratoire et d'imagerie;
- hausses respectives de 21 % et de 39 % des interventions en CLSC dans deux CSSS (ce qui était souhaité, puisqu'on visait le transfert des soins dans la communauté).

Outre les résultats spectaculaires découlant de leurs interventions, il est utile de préciser que, pour en arriver là, ces IGCC possédaient une formation universitaire leur permettant d'appliquer leurs connaissances et d'exercer leur expertise dans la gestion d'une multitude de cas complexes diversifiés.

15. Fafard, A. (2012).

PROJET-VITRINE GROUPE SANTÉ CONCERTO

Le projet-vitrine (janvier 2011 – janvier 2013) a été déployé en vertu de *l'Entente de services et de collaboration visant à assurer une meilleure coordination et fourniture de services de santé de première ligne* (9 juin 2010), entre le Groupe santé Concerto, le CSSS du Sud de Lanaudière, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce projet touchait 2 265 porteurs d'au moins une maladie chronique (68 % avaient deux maladies chroniques ou plus); leur âge moyen était inférieur à 60 ans. Environ 91 % des visites ont été effectuées par la même infirmière dans le cas des patients ayant consulté en groupe de médecine de famille (GMF) trois fois ou plus depuis octobre 2010 (n = 1 102). Différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées pour évaluer l'impact du projet-vitrine de prise en charge optimale de la santé d'une population en GMF. Les données ont été saisies par les professionnels en place : 25 médecins de famille, infirmières cliniciennes, pharmaciens, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes, nutritionnistes. Voici quelques exemples d'indicateurs de processus et d'effets issus d'un tableau de bord dynamique (données du système d'information, d'octobre 2010 à juin 2012)^{16, 17}.

Trois résultats probants ressortent en ce qui concerne les gains d'efficience sur trois mois pour les cas complexes :

- 84,45 % des patients ont amélioré ou maintenu leurs résultats de santé au niveau visé par la norme ;
- 5,15 % des patients sont demeurés stables, mais à des niveaux hors norme ;
- 58 grands utilisateurs de services hospitaliers ont été graduellement pris en charge avec un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, pendant trois mois, soit du 1^{er} avril au 30 juin 2012 ;
 - 16,2 jours-civilière évités, 56 jours-hospitalisation évités ;
- projection de la diminution de la croissance des dépenses après un an de déploiement : 2,15 millions.

S'ils étaient appliqués à l'ensemble du Québec, les deux projets ci-dessus généreraient des gains économiques astronomiques pour le système de santé québécois. Si de tels gains ont pu être réalisés dans ces quelques CSSS, c'est en partie grâce aux infirmières bachelières qui ont les connaissances requises pour soigner simultanément plusieurs patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques.

16. Groupe Santé Concerto (2012).

17. Groupe Santé Concerto (2013).

Aux États-Unis

Le récent mémoire de l'American Nurses Association – *The Nurse's Essential Role in Care Coordination* (2012) – affirme que les « registered nurses » sont nécessaires pour atteindre l'excellence en coordination des soins. Ce livre blanc décrit les bénéfices de l'infirmière liés au processus de coordination des soins et démontre l'importance des infirmières pour fournir des soins de grande qualité, efficaces sur le plan des coûts et centrés sur le patient. Des gains importants sont constatés lorsque la coordination des soins auprès du patient relève de la main-d'œuvre infirmière :

- ⊙ Atherly and Thorpe (2011) ont démontré des gains notables lorsque l'infirmière travaille avec le patient et sa famille pour qu'il adhère à des plans cliniques. Gain de 15,7 %. Gains semblables constatés chez les personnes âgées;
- ⊙ Antonelli *et al.* (2008) évaluent les impacts de la coordination des soins par une « registered nurse » à une réduction de 81 % des consultations aux urgences et à une réduction de 63 % en consultations non nécessaires chez le médecin¹⁸;
- ⊙ une étude rétrospective de 826 patients à la Loyola University (Robles *et al.*, 2011) évalue l'impact de l'embauche d'une infirmière praticienne spécialisée: augmentation de 64 % des conversations téléphoniques; utilisation plus grande des services des infirmières dans la communauté¹⁹;
- ⊙ pour chaque dollar investi dans la coordination des soins, l'hôpital réduit de 8 \$ ses dépenses de santé²⁰;
- ⊙ selon une étude de l'Institute of Medicine (Owens, 2010), une coordination accrue des soins – par tous les professionnels de la santé – amènerait une réduction des coûts de santé de 35 % aux États-Unis, soit des épargnes annuelles projetées de 240 \$ milliards;
- ⊙ selon une étude ontarienne, des millions de dollars pourraient être économisés en coûts directs de santé chaque année en intégrant les modèles de soins dirigés par le personnel infirmier pour réduire de 10 % les réadmissions à l'hôpital des malades chroniques et en offrant 25 % des soins palliatifs à domicile plutôt que dans les hôpitaux de soins de courte durée.

Certaines études américaines se sont penchées sur l'incidence des soins donnés par une proportion élevée de « registered nurses » dans des hôpitaux. Plus de 50 % des « registered nurses » aux États-Unis sont des bachelières. Cela ne prouve pas hors de tout doute le bien-fondé de notre thèse axée sur la bachelière, mais cela apporte un éclairage intéressant quand on sait que les centres hospitaliers aux États-Unis exigent de plus en plus le baccalauréat comme condition d'embauche. L'Institute of Medicine recommande une cible de 80 % de bachelières d'ici 2020.

18. Antonelli, R.C., Stille, C.J., et Antonelli, D.M. (2008).

19. Robles, L., Slogoff, M., Ladwig-Scott, E., Zank, D., Larson, M.K., Aranha, G. et Shoup, M. (2011).

20. Gundersen Lutheran Health System, (n.d.).

Sur l'ajout de «registered nurses» aux États-Unis et son impact sur les soins

- ⊙ Un exercice de simulation aux États-Unis a permis à des chercheurs d'établir un rapport coûts/bénéfices pour l'ajout d'une « registered nurse » à temps plein exprimé en jours-patient pour 1 000 patients hospitalisés. Ces rapports s'établissent à 2,51 pour les unités de soins intensifs, 1,79 pour les patients en chirurgie et 1,27 pour les patients en médecine²¹.
- ⊙ Une étude-simulation américaine à partir de données de 799 hôpitaux généraux en soins de courte durée démontre que l'augmentation de la proportion d'heures de soins infirmiers donnés par les « registered nurses » (sans augmentation du total des heures/infirmières) résulterait en une réduction de 1,5 million de « jours-hôpital », en 60 000 complications évitées et en une réduction nette de 0,5 % des coûts²².
- ⊙ Une étude américaine a démontré que les hôpitaux qui emploient un grand nombre de « registered nurses » atteignent de meilleurs résultats, notamment des réductions de complications variant entre 3 et 12 %. Une autre étude a montré qu'une augmentation de 10 % des infirmières autorisées aurait pour conséquence des baisses de 3 % des chutes des patients et de 1,5 % des problèmes pulmonaires²³.
- ⊙ Cho *et al.* (2003) ont montré qu'une augmentation de 10 % de la proportion de la dotation en « registered nurses » a été associée à une diminution de 9,5 % de la probabilité de pneumonie dans 243 hôpitaux de soins aigus en Californie²⁴.

Le progrès de la qualité des soins infirmiers et médicaux au cours des dernières décennies a suscité un grand nombre de questions et d'études sur la complémentarité possible du travail des infirmières et des médecins. Plus le progrès est grand sur le plan des soins, plus chacune des deux professions voit sa capacité d'action s'accroître au profit de la performance des soins et de la qualité des interventions destinées au patient.

Sur la complémentarité du travail de l'infirmière et du médecin

- ⊙ Le Commissaire à la santé et au bien-être 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'accroissement de la satisfaction des personnes à l'égard des soins reçus sont concluantes²⁵.

21. Shamliyan, T.A., Kane, R.L., Mueller, C., Duval, S.A., et Wilt, T.J. (2009).

22. Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart, M., et Zelevinsky, K. (2002).

23. Unruh, L. (2003).

24. Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H., et Smith, D.G. (2003).

25. Commissaire à la santé et au bien-être (2009).

- ⊙ Les infirmières peuvent fournir des soins dans les domaines de la prévention, le suivi des malades chroniques et établir le premier contact avec les personnes qui ont des problèmes de santé courants. Les infirmières tendent à fournir plus d'information et de conseils aux patients, entraînant une plus grande satisfaction et une meilleure prise en charge²⁶.
- ⊙ Une meilleure complémentarité dans le travail entre les omnipraticiens et les infirmières entraînerait une diminution de 12 % des coûts des soins et des services de première ligne²⁷.
- ⊙ Une revue exhaustive de la recherche sur la complémentarité médecins-infirmières en soins de santé primaires avance qu'entre 25 et 70 % du travail accompli par les médecins pourrait être confié aux infirmières²⁸.
- ⊙ Selon une étude, la sous-utilisation de l'expertise infirmière en Nouvelle-Zélande occasionne des dépenses de 37 000 \$ pour chaque tranche de 1 000 patients. Appliquée au Québec, cette formule produirait des épargnes de 18,5 millions pour chaque tranche de 500 000 patients²⁹.
- ⊙ Au Texas, le Groupe Perryman a évalué à environ 6,2 % des coûts de santé le potentiel d'épargnes nettes liées à une meilleure utilisation des pratiques infirmières avancées. Appliquée au Québec, cette statistique équivaldrait à des gains de 1,9 milliard pour le système de santé québécois.

2.3. LES CONDITIONS ESSENTIELLES DE RÉALISATION DES BÉNÉFICES

La littérature internationale laisse entendre que la main-d'œuvre infirmière constitue un levier de premier choix pour améliorer la qualité des soins et la performance des systèmes de santé. C'est une conclusion positive. Toutefois, elle sous-entend obligatoirement aussi que l'infirmière n'exerce pas toujours toutes les activités prévues dans son champ d'exercice et qu'elle est actuellement sous-utilisée dans certains milieux. Ce « sous-entendu » présuppose qu'il y a un vide à remplir ou que d'autres professionnels de la santé s'acquittent de responsabilités infirmières au lieu de se consacrer à leur propre champ d'expertise. Ce vide à remplir fait appel autant à l'organisation du travail qu'à la qualité de la formation requise pour occuper tout le champ d'exercice. On pourrait y trouver à la fois une cause et une solution aux nombreux rapports et indicateurs recensant des déficits de soins et de services dans la communauté.

26. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., et Sibbald, B. (2004).

27. Manga, P., et Campbell, T. (1994).

28. Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N., et Kindig, D. (1998).

29. Turbide, S. (2012).

La formation donnant accès au diplôme infirmier doit permettre au candidat d'acquérir les compétences minimales requises pour la pratique de toutes les activités comprises dans le champ d'exercice de la profession. L'infirmière doit être capable d'exercer toutes les fonctions de son champ d'exercice dès son entrée dans la profession. Dans un contexte de hausse de la demande, de décloisonnement et de complexification des soins, la formation collégiale n'est plus suffisante. Plus de cent décideurs du secteur de la santé estiment que la formation requise doit être de niveau universitaire.

Le chapitre précédent a justement démontré que le rehaussement de la formation réussit partout ailleurs à rapporter des bénéfices. Dans tous les pays où il a été instauré, le rehaussement de la formation infirmière initiale a amélioré les conditions de travail des infirmières et a accru leur satisfaction au travail, car elles ont vu leur rôle s'élargir dans une dynamique leur permettant d'avoir une influence grandissante sur l'efficacité systémique de la prestation des soins de santé et, ultimement, sur la qualité des soins pour le patient. Pourquoi les services que peuvent offrir les infirmières seraient-ils pleinement utilisés ailleurs dans le monde, mais pas ici? Pourquoi se priverait-t-on ici d'un capital humain si important pour améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins pour les patients?

L'ensemble de ces études nous fait réaliser que le Québec se prive actuellement de gains systémiques importants pour réorienter ses soins de santé vers la communauté. Le baccalauréat est une qualification qui a démontré ailleurs une rentabilité assurée.

Que tous les intervenants du secteur reconnaissent l'impact potentiel d'une plus grande dotation en infirmières mieux formées pour transformer le système de santé est la première condition de réalisation des bénéfices potentiels du rehaussement de la formation infirmière initiale.

La deuxième condition de ces bénéfices est que les établissements de santé facilitent l'intégration des infirmières bachelères dans les divers milieux de soins et que ceux-ci voient à utiliser leurs compétences de façon optimale, en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé.



Sélection des scénarios

3.1. LES HYPOTHÈSES

Dans un premier temps, nous nous concentrerons sur les retombées pour le secteur de la santé. Dans un second temps, nous intégrerons les coûts de la formation universitaire occasionnés par cette proposition de rehaussement. Nous tenterons de démontrer que ce rehaussement de la formation infirmière initiale se traduira par une valeur économique ajoutée pour la société, une approche constructive qui sert l'intérêt public et la sécurité des patients.

L'OIIQ veut prouver par cette analyse que sa proposition générerait des impacts économiques positifs pour le système de santé québécois et qu'elle permettrait au gouvernement du Québec d'utiliser une main-d'œuvre infirmière mieux formée pour amorcer et soutenir le redéploiement incontournable des services et des soins de santé vers la première ligne et la communauté.

L'OIIQ entend aussi prouver que l'impact de l'augmentation du nombre d'infirmières bachelères dans le temps se produirait surtout dans trois domaines : le communautaire (où l'efficacité de la bachelière réduit le recours à l'hospitalisation ou aux soins de longue durée), les activités cliniques et les soins à l'hôpital (là où ils sont les plus coûteux).

Étant donné le large continuum de soins, il est difficile de quantifier l'impact des soins de l'infirmière sur la prévention des maladies ou la promotion de la santé. L'expertise de l'infirmière s'appuie sur sa capacité de prendre des décisions éclairées par des connaissances scientifiques, d'exercer un jugement clinique sûr, de poser les actions appropriées (souvent dans des laps de temps très courts), d'évaluer, ainsi que d'ajuster les interventions dans un processus de collaboration interprofessionnelle et d'utilisation des technologies. L'optimisation des compétences devient de toute évidence un aspect essentiel, voire capital, pour l'amélioration de la sécurité des patients, la qualité de la relation patient-infirmière, la collaboration avec les personnes, les familles et les communautés et le partage de l'information relative à la santé³⁰. Ce sont ces barèmes qui ont guidé le choix du modèle retenu par l'OIIQ.

30. Kérouac, S., et Salette, H. (2011).

3.2. LE MODÈLE DE L'OIIQ BASÉ SUR LES COMPLICATIONS ÉVITÉES

Pour cerner l'impact de la proposition de rehaussement de la norme d'entrée dans la profession infirmière, l'OIIQ a évalué les hypothèses de la littérature internationale et choisi celles qui sont les plus appropriées à l'environnement québécois.

Le modèle de Linda Aiken est le modèle qui servira de base parce qu'il est axé sur une étude exhaustive des faits et que, parmi tous les autres modèles et les scénarios, il laisse le moins de place à l'interprétation. Les études de M^{me} Aiken indiquent une baisse de 5 % du risque de décès pour toute hausse de 10 % dans la proportion d'infirmières bachelières. Selon d'autres études, les résultats sont semblables lorsqu'il y a affectation d'infirmières bachelières aux services de santé dans la communauté.

Il aurait été intéressant de discuter des avantages économiques des décès évités. Chiffrer la valeur des décès évités par une plus grande dotation en infirmières formées au baccalauréat ou au DEC-BAC obligerait l'OIIQ à quantifier la valeur d'une vie (celle-ci varie beaucoup selon l'âge, l'état de santé général du patient et l'utilité de son travail pour la société). Ne disposant pas d'assez d'information sur ce sujet, nous ne chiffrerons pas la valeur des décès évités. Nous nous rabattons plutôt sur l'estimation de la valeur des complications évitées. Le décès évité n'est-il pas déjà l'ultime complication évitée ?

Nous choisissons comme variable les complications évitées en associant le modèle Aiken (sur les décès) à l'étude Needleman sur les complications évitées dans les hôpitaux qui embauchent un grand nombre de « registered nurses » aux États-Unis (réduction de complications variant entre 3 et 12 %). Cette association de concepts, basée sur des études exhaustives alliant le décès évité aux complications évitées, nous apparaît raisonnable pour bâtir nos hypothèses. De plus, le cas des CSSS en Chaudière-Appalaches, évoqué dans la section précédente (où l'infirmière bachelière était gestionnaire de cas complexes), qui a entraîné des baisses du nombre d'hospitalisations et des recours aux urgences, renforce les hypothèses que nous émettons ici. Il est permis de croire qu'une utilisation aussi efficace des rôles infirmiers dans d'autres milieux créerait des impacts aussi substantiels.

La complication évitée accroît l'utilité marginale du patient (par les meilleurs soins qu'il reçoit) et permet à l'ensemble du système de santé d'être plus productif.

Le travail d'un plus grand nombre d'infirmières bachelières dans la communauté permettra de diminuer le pourcentage de patients qui empruntent inutilement la voie de l'hôpital et de ceux en soins de longue durée qui se retrouvent obligatoirement aux urgences, faute de soins plus rapprochés d'eux. Une complication évitée suscitée par le travail d'une infirmière à l'hôpital réduit elle aussi le recours subséquent du patient à l'hôpital. Donc, il nous est permis de croire que les complications médicales évitées grâce au travail d'un plus grand nombre d'infirmières bachelières – dans la communauté, en soins de longue durée et à l'hôpital – prend le plus souvent la forme d'hospitalisations évitées.

On peut donc raisonnablement construire l'hypothèse autour de la littérature existante, mais pas la preuve. Nous n'avancons pas qu'il s'agit d'une preuve. Nous établissons des scénarios envisageables. La prémisse de base du modèle de l'OIIQ est qu'une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières bachelières entraînerait une réduction de 5 % des complications médicales, donc des hospitalisations et des réhospitalisations.

3.3. LE SCÉNARIO D'UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA COMPLÉMENTARITÉ INFIRMIÈRES-MÉDECINS

Les modèles performants d'organisation de services reposent toujours sur une meilleure intégration et une participation active des infirmières dans les équipes interprofessionnelles et sur des rôles infirmiers de pointe et innovants. La première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut bâtir une amélioration de l'ensemble du système. Les systèmes de santé qui ont une première ligne de soins forte atteignent de meilleurs résultats à moindres coûts.

De plus, les économistes font souvent référence au concept du sous-emploi qu'ils définissent comme une sous-utilisation de la capacité productive de l'emploi d'une main-d'œuvre précise. Ce manque en termes d'optimisation d'une main-d'œuvre professionnelle comporte des enjeux économiques importants, notamment par rapport à la productivité et la compétitivité d'un pays.

Historiquement, l'infirmière a toujours eu le privilège de travailler étroitement avec le médecin. Partout dans le monde, la tendance est de confier aux infirmières des rôles autrefois attribués aux médecins. L'OIIQ reconnaît et apprécie les différences entre les deux professions. Il y a néanmoins une grande convergence des complémentarités dès lors qu'on leur permet de travailler davantage ensemble, il s'agit d'une tendance mondiale. Une revue exhaustive de la recherche sur la complémentarité médecins-infirmières en soins de santé primaires a suggéré qu'entre 25 et 70 % du travail accompli par les médecins pourrait être confié aux infirmières. L'infirmière, formée au baccalauréat et apte à exercer toutes les fonctions intégrées dans son champ d'exercice, peut se révéler un facteur important dans la hausse de productivité des médecins eux-mêmes, donc du réseau dans son ensemble.

En raison de leurs compétences et de leur capacité à assumer des rôles élargis, les infirmières bachelières devraient davantage faire partie des stratégies de réforme des soins de santé primaires. Une nouvelle génération d'infirmières mieux formées pourrait rendre les soins accessibles à plus de patients et permettre au médecin de se concentrer davantage sur les activités strictement médicales et la prise en charge des cas plus complexes. Des gains d'efficacité dans la prestation des services peuvent être obtenus si les médecins se concentrent sur des problèmes de santé plus complexes comportant davantage d'incertitude quant au diagnostic et d'options quant au traitement.

Ce scénario n'est pas sans fondement par rapport à ce qui se passe dans de nombreux pays. L'accent, dans ce scénario, est mis sur la capacité d'avoir le bon intervenant au bon endroit afin de pouvoir donner les soins avec efficience. Si pareille mesure devait être mise en œuvre, tout le monde y gagnerait. Les infirmières ont à cœur de travailler en étroite collaboration avec les médecins afin d'accroître l'accès et la qualité des soins de santé au Québec.

Si éventuellement on permettait à l'infirmière bachelière d'aider davantage les omnipraticiens dans la tâche à accomplir, les omnipraticiens pourraient suivre plus de patients et exercer, peut-être de façon encore plus optimale, le travail pour lequel ils ont été formés. Dans ce sens, la proposition de rehaussement de la formation de la relève infirmière amènerait un élément de valeur ajoutée au travail du médecin. Si l'infirmière bachelière pouvait davantage épauler l'omnipraticien, de plus en plus de Québécois pourraient avoir accès à un médecin de famille.

Selon François Béland, spécialiste en administration de la santé de l'Université de Montréal, « les omnipraticiens font énormément de choses pour lesquelles ils sont beaucoup trop qualifiés ». Ce dernier déplore d'ailleurs l'absence d'indicateurs fiables qui permettraient de mesurer la pertinence et la qualité des actes posés³¹.

« Les technologies de l'information vont transformer la configuration des tâches dans les services de santé en modifiant la nature du travail, le partage des rôles et des responsabilités, et le travail d'équipe. Par exemple, certaines tâches traditionnellement effectuées par les médecins vont pouvoir être assumées par d'autres intervenants »³².

De plus, la société doit supporter un coût très important lorsque d'autres professionnels de la santé posent des actes infirmiers. C'est aussi ce que la proposition de l'OIIQ cherche à éviter. Le but de l'OIIQ est de s'assurer que la relève infirmière aura la formation nécessaire pour répondre aux soins de demain et, ce faisant, que les pratiques collaboratives se développent pleinement et que les médecins puissent se concentrer sur des actes médicaux plus complexes.

Pour les besoins de notre analyse, nous ajoutons l'hypothèse que, en plus des bénéfices cliniques pour le patient, 25 % – il s'agit du taux le plus prudent de la littérature – des actes accomplis par des médecins omnipraticiens en première ligne pourraient être confiés aux infirmières³³, permettant ainsi au médecin en première ligne de bénéficier d'un support clinique plus soutenu.

31. Roy, J. (2012).

32. Castonguay, C. (2012).

33. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2004).

Construction du modèle de l'OIIQ

Traditionnellement, une analyse coûts/bénéfices permet de regrouper tous les effets positifs et négatifs, et de les comparer les uns aux autres. L'analyse coûts/bénéfices doit, d'une part, tenter de quantifier tous les coûts et bénéfices attendus. D'autre part, elle doit également tenir compte des coûts et bénéfices importants, mais pour le moment difficiles à quantifier. Il faut aussi préciser ce qui sera pris en compte dans l'analyse et ce qui ne le sera pas.

La section précédente a mis en relief les bénéfices attendus. La présente section tiendra aussi compte des coûts afin de construire le modèle le plus représentatif de l'impact possible du rehaussement de la formation infirmière initiale sur 1) le système de santé, 2) sur les dépenses du gouvernement québécois et 3) sur la société en général.

4.1. LES COÛTS

L'OIIQ est au fait que sa proposition implique des coûts. Le rehaussement de la norme d'admission à la profession infirmière (baccalauréat ou DEC-BAC) représente bien évidemment des efforts et des coûts supplémentaires dans le fonctionnement des systèmes de santé et de l'éducation en raison des différentes mesures de transition qu'il nécessitera : salaires supplémentaires, capacité d'accueil des universités, arrimage des programmes collèges-universités, encadrement des stages d'internat. Toutefois, si des provinces comme l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont pu faire la transition vers le baccalauréat obligatoire et en retirer de grands bénéfices, pourquoi pas le Québec ?

Ce changement de norme d'entrée à la profession exigera une action rapide et concertée, car des changements importants devront être amorcés rapidement pour que la réforme souhaitée s'implante avec succès. Grâce à sa recommandation de créer un statut d'interne, le mémoire de l'OIIQ *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation* a su rassurer bien des intervenants quant au fait que la proposition ne diminuerait pas la main-d'œuvre infirmière actuelle qui comprend un effectif de 72 000 infirmières et infirmiers.

Pour ce qui est du système d'éducation, la base du DEC-BAC comprend déjà une infrastructure de qualité pour concrétiser la proposition de l'OIIQ et des assises dans toutes les régions du Québec.

4.2. LES COÛTS DU REHAUSSEMENT EN FORMATION

Selon les données des coûts du programme du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST), l'OIIQ a estimé les coûts du rehaussement en formation.

Considérant que, dans le cadre de ce rehaussement proposé, la nouvelle infirmière aurait le choix d'obtenir un DEC-BAC (DEC en soins infirmiers de 3 ans suivi d'un baccalauréat de 2 ans) ou de faire un DEC en sciences (2 ans) et un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans), nous estimons en moyenne à deux années supplémentaires de formation universitaire, par infirmière, le coût en formation de la proposition de l'OIIQ. Les nouvelles infirmières devraient étudier deux années de plus, à l'université.

Compte tenu :

- ⦿ que les deux cheminements existent déjà;
- ⦿ que l'OIIQ estime qu'il y aura une moyenne annuelle de 2 500 nouvelles étudiantes entre 2019 et 2027;
- ⦿ qu'il en coûte actuellement en moyenne 10 750 \$³⁴ par année pour former une infirmière au baccalauréat (elle y étudiera deux ans de plus);
- ⦿ qu'il faut soustraire les quelque 500 étudiantes qui choisissent chaque année le baccalauréat initial (qui n'ont donc pas besoin du rehaussement proposé);
- ⦿ qu'il faut soustraire les 45 % de diplômées collégiales (environ 900 infirmières) qui décident déjà de continuer leurs études au baccalauréat peu de temps après leur entrée dans le marché du travail;
- ⦿ que la proposition de rehaussement de la formation infirmière initiale influencerait en réalité le cheminement de 1 100 étudiantes qui, auparavant, auraient arrêté leur choix sur le DEC.

Le coût annuel réel de la formation supplémentaire requise pour le rehaussement obligatoire (former 1 100 étudiantes deux ans de plus à l'université) totaliserait environ 24 millions.

Puisque cette analyse porte sur la période 2019-2027, elle fait fi des dépenses supplémentaires en éducation engagées en 2017 et 2018. Notons d'ailleurs que la proposition de rehaussement de la norme d'entrée dans la profession si elle était adoptée en 2014 n'aurait aucun effet sur le budget du gouvernement du Québec avant 2017-2018.

34. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (2013).

4.3. L'IMPACT SALARIAL SELON L'AQESSS

Le Conseil d'administration de l'AQESSS s'est prononcé en faveur de la proposition de l'OIIQ. L'AQESSS s'est questionnée sur les impacts financiers de la formation initiale des infirmières sur ses établissements. Cela dit, puisque la nécessité de détenir un baccalauréat ne touchera que les nouvelles diplômées, soit 2 000 personnes par année, elle entrevoit que les répercussions pour le réseau seront graduelles. Si l'on considère les départs à la retraite et le temps nécessaire pour former une infirmière, l'AQESSS estime qu'il faudra une trentaine d'années pour que toutes les infirmières en poste détiennent un baccalauréat. À la dixième année, en tenant compte de l'effectif actuel, de l'évolution salariale normale et des avantages sociaux liés aux postes d'infirmières bachelières, l'impact de la mesure représenterait 0,62 % du budget des établissements (soit 99,2 millions sur quelque 16 milliards).

IMPACT SALARIAL DE LA MESURE SELON L'AQESSS		
À la 3 ^e année (2021)	À la 5 ^e année (2023)	À la 9 ^e année (2027)
+ 0,47 % (11,7 millions)	+ 1,35 % (33,7 millions)	+ 3,83 % (99,2 millions)
0,07 % du budget 2010 des établissements	0,21 % du budget 2010 des établissements	0,62 % du budget 2010 des établissements

EXTRAPOLATION DE L'OIIQ DES ESTIMATIONS SALARIALES À PARTIR DE L'AQESSS	
2019	0
2020	5,8 millions
2021	11,7 millions
2022	22,7 millions
2023	33,7 millions
2024	50,3 millions
2025	66,9 millions
2026	83,5 millions
2027	99,2 millions

Il faut noter que l'AQESSS n'a pas pris en compte les infirmières qui entrent dans la profession avec un baccalauréat (environ 500 personnes) par le cheminement du baccalauréat initial. En conséquence, ces coûts sont surestimés.

« L'AQESSS estime que les bénéfices associés à l'embauche d'infirmières bachelières viendront compenser les coûts. Si le MSSS décide de soutenir cette nouvelle exigence de formation pour les infirmières, l'AQESSS entend veiller à ce que les gains obtenus pour le réseau et la clientèle dépassent les contraintes inhérentes à un tel changement »³⁵.

35. Denis, L. (2012).

4.4. LES CINQ SCÉNARIOS DE L'OIIQ

Pour calculer l'impact d'une plus grande dotation en main-d'œuvre infirmière à la suite du rehaussement de la formation initiale, l'OIIQ applique son modèle pour la période 2019-2027 selon cinq scénarios :

- ⦿ le premier scénario comprend les complications évitées dans les secteurs hospitalier et communautaire;
- ⦿ le deuxième scénario comprend les barèmes du premier scénario et tient aussi compte des activités cliniques ainsi que des activités ambulatoires en santé mentale;
- ⦿ le troisième scénario tient pour acquis qu'en 2019, le Québec intensifiera son virage vers les soins communautaires grâce à une plus grande dotation en infirmières bachelières. Il propose une évaluation de la valeur économique de la stabilité du volume des soins hospitaliers en relation avec ce virage vers les soins dans la communauté;
- ⦿ le quatrième scénario évalue la situation si rien n'est fait, le gouvernement optant pour le *statu quo*;
- ⦿ le cinquième scénario, en sus des précédents, a été élaboré pour illustrer les bénéfices d'une meilleure complémentarité infirmière-médecin en soins de première ligne.

4.5. LES PROJECTIONS JUSQU'EN 2027

4.5.1. Les données actuelles

Pour élaborer ses scénarios, l'OIIQ s'est basé sur les statistiques du MSSS^{36, 37, 38}.

Des statistiques clés :

- ⦿ chaque année, près de six millions de personnes reçoivent des services médicaux;
- ⦿ en 2010-2011, il y a eu 606 855 hospitalisations de courte durée, comparativement à 580 548 en 2002-2003 (une croissance de 4,5 % sur huit ans, soit une moyenne d'un peu plus de 0,5 % par an);
- ⦿ en 2011-2012, plus de 260 500 patients reçoivent des services infirmiers de soutien à domicile. En 2011-2012, les dépenses consacrées aux soins infirmiers à domicile étaient de 269,58 millions, comparativement à 187,78 millions en 2005-2006, soit un taux de croissance annuelle de 7 %;
- ⦿ une hospitalisation de courte durée dure environ 6,9 jours et coûte en moyenne 3 775 \$ (soins médicaux non compris);

36. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013).

37. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

38. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

- ⊙ les services généraux d'activités cliniques étaient, en 2011-2012, évalués à 691,04 millions. Parmi les postes de dépenses compris dans cette catégorie, les services infirmiers dans les GMF ou cliniques-réseau (45,32 millions en 2011-2012 comparativement à 31,39 millions en 2009-2010, soit un taux de croissance annuelle de 22 %) ainsi que les soins de santé courants (124,69 millions en 2011-2012 comparativement 90,68 millions en 2005-2006, soit un taux de croissance annuelle de 6,2 %) nous apparaissent comme les plus pertinents;
- ⊙ les dépenses de services ambulatoires en santé mentale (105,28 millions en 2011-2012 comparativement à 84,8 millions en 2009-2010) ont un taux de croissance annuelle de 12 %.

4.5.2. La projection de bachelières

Comme nous l'avons vu dans le mémoire *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*, le nombre d'infirmières formées au baccalauréat ou au DEC-BAC connaît une croissance continue dans le temps au même titre que le nombre total d'infirmières, qui a tendance à suivre la démographie. La main-d'œuvre infirmière suit un cycle positif long, très peu altéré par les cycles économiques.

L'Annexe 1 présente toutes les projections relatives au nombre d'infirmières et infirmiers jusqu'à 2019 et pour la période 2019-2027.

Le taux de bachelières est de 34 % en 2012 (24 480) et sera de 40,8 % en 2018. Si le baccalauréat devenait la norme d'entrée dans la profession pour la relève qui s'inscrit dans une formation initiale à compter de 2014, la proportion des infirmières bachelières au sein de l'effectif infirmier du Québec pourrait avoisiner 62 % en 2027.

Comme l'accent de cette étude coûts/bénéfices est mis sur les syndiqués du réseau, les projections de l'OIIQ sont qu'il y aura 38 % de bachelières au sein du réseau de la santé en 2018 et 64 % en 2027. La croissance annuelle du taux de bachelières est donc de 2,9 %.

Si rien n'est fait, l'OIIQ prévoit que 44 % des infirmières seront des bachelières en 2027.

4.5.3. La projection de la demande de soins de santé de 2019 à 2027

Les projections de l'OIIQ ont été élaborées en évaluant les données actuelles du réseau de la santé, puis en les transposant avec la perspective de l'OIIQ sur la période 2019-2027. Cette perspective se fonde sur les tendances des dernières années, afin que les projections soient prudentes et le plus réalistes possible. Les projections les plus optimistes de l'OIIQ présupposent qu'un transfert des soins vers la première ligne s'est produit et que le nombre d'hospitalisations de courte durée demeure stable entre 2019 et 2027. Toutes nos projections sont tirées de notre analyse des données statistiques de documents du MSSS^{39, 40, 41}.

39. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013).

40. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

41. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

Dans notre modèle, les variables étudiées se basent sur nos projections pour 2019 et sur les croissances annuelles suivantes :

- ⦿ la croissance de la demande d'hospitalisations de courte durée se situera à 0,5 % en 2019 et 2020 (telle qu'elle est actuellement). Considérant que les premiers-nés de la génération que l'on appelle les baby-boomers auront 75 ans en 2021 et compte tenu du fait que les plus grands utilisateurs des hôpitaux ont 75 ans et plus, il nous est permis de croire qu'il y a aura une hausse d'au moins 1 % de la demande d'hospitalisations de courte durée à partir de 2021. C'est une hypothèse valable ;
- ⦿ dans la communauté, les services infirmiers à domicile s'établiront à 433,1 M \$ en 2019 et verront une croissance annuelle de 7 % ;
- ⦿ les composantes des services généraux d'activités cliniques qui nous intéressent (infirmières en GMF et services de santé courants) s'établiront respectivement à 182,28 millions et à 192,84 millions en 2019 et suivront une croissance annuelle respective de 22 % et de 6,2 % ;
- ⦿ les services ambulatoires de première ligne en santé mentale s'établiront à 208,42 millions en 2019 et connaîtront une croissance annuelle de 12 %.

En utilisant des projections prudentes, l'OIIQ minimise volontairement les gains potentiels de sa proposition. Toute croissance supplémentaire de la demande de soins de santé par rapport à celles qui sont présentées dans le cadre de cette analyse coûts/bénéfices engendrerait un impact positif encore plus fort sur le système de santé en raison d'une dotation supérieure en infirmières bachelères.

Les scénarios des bénéfices de l'OIIQ

Pour évaluer la valeur économique de sa demande de changement réglementaire, le modèle de l'OIIQ doit pouvoir chiffrer la valeur, pour le système de santé, du travail issu d'une plus grande dotation en infirmières bachelières. La prémisse de base du modèle à cinq scénarios de l'OIIQ est que l'arrivée d'un nombre croissant d'infirmières bachelières permettra d'éviter un grand nombre de complications dans divers milieux de santé.

Le modèle se veut progressif. Le premier scénario comprend les complications évitées dans les secteurs hospitalier et communautaire. Le deuxième scénario comprend les barèmes du premier scénario et y ajoute les activités cliniques ainsi que les activités ambulatoires en santé mentale. Le troisième scénario évalue la valeur économique de la stabilité du volume des soins hospitaliers en relation avec le virage vers les soins communautaires grâce à une plus grande dotation en infirmières cliniciennes (titulaires du baccalauréat). Le quatrième évalue la situation si rien n'est fait. Aux quatre scénarios précédents s'ajoute celui de la meilleure complémentarité infirmière clinicienne-médecin.

La méthode

L'arrivée annuelle de nouvelles bachelières créera un effet absolu sur les soins à chaque année. En d'autres termes, une proportion supérieure d'infirmières bachelières fera face à un nombre précis de patients et créera un effet précis sur les soins de l'année en question. Chaque année devient donc isolée des autres. Une proportion supérieure de bachelières fera face à une nouvelle demande de soins l'année suivante et ainsi de suite. Le modèle de l'OIIQ s'applique directement à chaque année. Cette approche a l'avantage de prendre en considération l'ambiguïté de la dynamique entre l'offre et la demande, c'est-à-dire que peu importe que la dynamique soit la résultante d'une plus grande demande directe venant des patients ou simplement d'une réallocation des dépenses gouvernementales entre les différents programmes.

Rappelons qu'une hospitalisation de courte durée dure en moyenne 6,9 jours et coûte 3 775 \$. Estimer le nombre d'hospitalisations évitées par le travail d'un plus grand nombre d'infirmières bachelières et multiplier ce montant par le coût moyen d'une hospitalisation de courte durée permet d'évaluer de façon prudente les retombées de la proposition de l'OIIQ. Tous les scénarios sont construits en utilisant des dollars de 2010.

Dans les cas où seuls des budgets de dépenses de programmes sont disponibles, l'OIIQ a appliqué son modèle sur l'ensemble du budget des dépenses du programme. L'objectif est de fournir un ordre de grandeur des coûts/bénéfices.

5.1. LE SCÉNARIO COMPLICATIONS ÉVITÉES DANS LES SECTEURS HOSPITALIER ET COMMUNAUTAIRE

Les données de base:

- coût moyen d'une hospitalisation de courte durée: 3 775 \$;
- croissance annuelle de la demande de soins: 0,5 % (2019-2020) et 1 % à l'hôpital (2021-2027), 7 % en soins infirmiers dans la communauté;
- augmentation de 2,9 % (voir Annexe 1) de la proportion de bachelières chaque année = 1,45 % moins de complications à l'hôpital et dans la communauté;
- entrée en vigueur de la norme relative à l'infirmière bachelière en 2019.

ANNÉE	HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE			COMMUNAUTÉ (services infirmiers à domicile)		BÉNÉFICES TOTAUX (en millions de \$)
	Nombre d'hospitalisations	Nombre de complications évitées	Bénéfices (en millions de \$)	Dépenses (en millions de \$)	Valeur des complications évitées (en millions de \$)	
	[↑ annuelle = 0,5 % (2019 à 2020) 1 % (2021 à 2027)]	[1,45 %]	[3 775 \$ / hosp.]	[↑ ann. = 7 %]	[1,45 %]	
2019	631 426	9 156	34,6 \$ M	433,1 \$ M	6,3 \$ M	40,8 \$ M
2020	634 583	9 201	34,7 \$ M	463,4 \$ M	6,7 \$ M	41,5 \$ M
2021	640 929	9 293	35,1 \$ M	495,9 \$ M	7,2 \$ M	42,3 \$ M
2022	647 338	9 386	35,4 \$ M	530,6 \$ M	7,7 \$ M	43,1 \$ M
2023	653 812	9 480	35,8 \$ M	567,7 \$ M	8,2 \$ M	44,0 \$ M
2024	660 350	9 575	36,1 \$ M	607,4 \$ M	8,8 \$ M	45,0 \$ M
2025	666 953	9 671	36,5 \$ M	650,0 \$ M	9,4 \$ M	45,9 \$ M
2026	673 623	9 768	36,9 \$ M	695,5 \$ M	10,1 \$ M	47,0 \$ M
2027	680 359	9 865	37,2 \$ M	744,1 \$ M	10,8 \$ M	48,0 \$ M
TOTAL			322,4 \$ M		75,2 \$ M	397,6 \$ M

MÉTHODE DE CALCUL

1. Effet Aiken (hausse de la proportion de 10 % de bachelières = baisse de 5 % des complications) appliqué à la demande anticipée de soins.
2. Dans ce cas, la proportion de bachelières croît de 2,9 % chaque année. Donc, selon notre modèle, 1,45 % moins de complications dans les milieux de santé.
3. Appliquez ce modèle aux projections du nombre d'hospitalisations. Ces multiplications fournissent, pour chaque domaine, les hospitalisations évitées.
4. Multipliez les complications évitées par le coût moyen d'une hospitalisation de courte durée (3 775 \$) pour obtenir la valeur totale des hospitalisations évitées.
5. Pour les soins infirmiers à domicile, multipliez le montant du poste de dépenses par 1,45 % pour obtenir l'effet de l'infirmière bachelière.

5.2. LE SCÉNARIO COMPLICATIONS ÉVITÉES DANS LES SECTEURS HOSPITALIER, COMMUNAUTAIRE, ACTIVITÉS CLINIQUES ET SOINS AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE

Les données de base :

- coût moyen d'une hospitalisation de courte durée: 3 775 \$;
- croissance annuelle de la demande de soins: 0,5 % (2019-2020) et 1 % (2021-2027) à l'hôpital, 7 % en soins infirmiers dans la communauté, 6 % en services de santé courants, 22 % en soins infirmiers en GMF et 12 % en ambulatoire santé mentale;
- augmentation de 2,9 % de la proportion de bacheliers chaque année = 1,45 % moins de complications dans tous les milieux analysés;
- entrée en vigueur de la norme relative à l'infirmière bachelière en 2019.

ANNÉE	BÉNÉFICES (scénario 5.1)		SERVICES DE SANTÉ COURANTS		SOINS INFIRMIERS EN GMF ET CLINIQUES-RÉSEAU		SOINS AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE		BÉNÉFICES TOTAUX (en millions de \$)
	Hospita- lisations courte durée	Services infirmiers à domicile	Dépenses/ coûts	Compli- cations évitées	Dépenses/ coûts	Compli- cations évitées	Dépenses/ coûts	Compli- cations évitées	
			[↑ ann. = 6 %]	[1,45 %]*	[↑ ann. = 22 %]	[1,45 %]*	[↑ ann. = 12 %]	[1,45 %]	
2019	34,6 \$ M	6,3 \$ M	192,8 \$ M	2,8 \$ M	182,3 \$ M	2,6 \$ M	208,4 \$ M	3,0 \$ M	49,3 \$ M
2020	34,7 \$ M	6,7 \$ M	204,4 \$ M	3,0 \$ M	222,4 \$ M	3,2 \$ M	233,4 \$ M	3,4 \$ M	51,0 \$ M
2021	35,1 \$ M	7,2 \$ M	216,7 \$ M	3,1 \$ M	271,3 \$ M	3,9 \$ M	261,4 \$ M	3,8 \$ M	53,1 \$ M
2022	35,4 \$ M	7,7 \$ M	229,7 \$ M	3,3 \$ M	331,0 \$ M	4,8 \$ M	292,8 \$ M	4,2 \$ M	55,5 \$ M
2023	35,8 \$ M	8,2 \$ M	243,5 \$ M	3,5 \$ M	403,8 \$ M	5,9 \$ M	328,0 \$ M	4,8 \$ M	58,2 \$ M
2024	36,1 \$ M	8,8 \$ M	258,1 \$ M	3,7 \$ M	492,6 \$ M	7,1 \$ M	367,3 \$ M	5,3 \$ M	61,2 \$ M
2025	36,5 \$ M	9,4 \$ M	273,5 \$ M	4,0 \$ M	601,0 \$ M	8,7 \$ M	411,4 \$ M	6,0 \$ M	64,6 \$ M
2026	36,9 \$ M	10,1 \$ M	290,0 \$ M	4,2 \$ M	733,3 \$ M	10,6 \$ M	460,8 \$ M	6,7 \$ M	68,5 \$ M
2027	37,2 \$ M	10,8 \$ M	307,4 \$ M	4,5 \$ M	894,6 \$ M	13,0 \$ M	516,0 \$ M	7,5 \$ M	72,9 \$ M
TOTAL	322,4 \$ M	75,2 \$ M		32,1 \$ M		59,9 \$ M		44,7 \$ M	534,3 \$ M

* 34,6 M \$

MÉTHODE DE CALCUL

- Effet Aiken (hausse de la proportion de 10 % de bacheliers = baisse de 5 % des complications) appliqué à la demande anticipée de soins.
- Dans ce cas, la proportion de bacheliers croît de 2,9 % chaque année. Donc, selon notre modèle, 1,45 % moins de complications dans les milieux de santé exposés dans le tableau-ci-haut.
- Pour les services de santé courants, les soins infirmiers en GMF et les soins ambulatoires en santé mentale, multipliez le montant du poste de dépenses par 1,45 % pour obtenir l'effet de l'infirmière bachelière.

5.3. LE SCÉNARIO SELON UN CONTEXTE DE SOINS TOURNÉS VERS LA COMMUNAUTÉ

Ce scénario tient compte de la valeur économique du virage des soins vers la communauté, c'est-à-dire de la valeur économique de la stabilité du volume des soins hospitaliers dans le temps. On se rappellera que les résultats des IGCC pour les « cas complexes » en Chaudière-Appalaches ont produit des baisses du nombre de consultations aux urgences (entre 27 % et 50 %) et des hospitalisations (entre 21 % et 44 %). Appliqué à l'ensemble du Québec, ce type de gestion – leadership infirmier, ancré dans une mosaïque complète de connaissances, pourrait agir comme tremplin d'une transformation en profondeur de la prestation des soins de santé au Québec. Il est à espérer que les planificateurs gouvernementaux se penchent sur les bénéfices de mettre en place des mesures comme celles-là. L'objectif est d'évaluer l'impact d'une plus grande dotation en infirmières bachelrières exerçant dans la communauté en calculant la valeur économique de la stabilité du volume des soins hospitaliers entre 2019 et 2027. Dans ce scénario, la stabilisation des soins hospitaliers et le virage progressif vers les soins dans la communauté reposerait en grande partie sur une main-d'œuvre infirmière bien formée et utilisée de façon optimale.

ANNÉE	HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE			BÉNÉFICES TOTAUX
	[stable]	[↑ annuelle = 0,5 % (2019 à 2020) 1 % (2021 à 2027)]	Différentiel	[3 775 \$ / hosp.]
2019	631 426	631 426	0	– \$ M
2020	631 426	634 583	3 157	11,9 \$ M
2021	631 426	640 929	9 503	35,9 \$ M
2022	631 426	647 338	15 912	60,1 \$ M
2023	631 426	653 812	22 386	84,5 \$ M
2024	631 426	660 350	28 924	109,2 \$ M
2025	631 426	666 953	35 527	134,1 \$ M
2026	631 426	673 623	42 197	159,3 \$ M
2027	631 426	680 359	48 933	184,7 \$ M
TOTAL			206 539	779,7 \$ M

Nous avons établi un nombre annuel stable d'hospitalisations de courte durée entre 2019 et 2027 en comparaison avec les projections du nombre d'hospitalisations de courte durée des sections précédentes. Sur ces neuf années, le scénario 5.3 présente un différentiel cumulatif positif d'environ 206 539 hospitalisations par rapport au scénario 5.1. À un coût de 3 775 \$ (en dollars 2010) pour une hospitalisation de courte durée, la valeur réelle de ce virage vers la communauté s'établirait à environ 780 millions (en dollars 2010) pour la période 2019-2027. Si une hospitalisation de courte durée dure en moyenne 6,9 jours, le bien-être des patients

(et la productivité de l'économie du Québec) se traduirait par 1,4 million de jours passés hors de l'hôpital. Nous croyons qu'il s'agit d'une bonne indication de la vraie valeur d'un virage vers la communauté basé en partie sur les assises d'une plus grande dotation en infirmières formées à l'université. Si le rehaussement de la formation initiale peut engendrer pareil effet, les patients du Québec y gagneraient énormément compte tenu du fait que l'infirmière compose 50 % de l'effectif du réseau. Les nouvelles infirmières continueront de travailler en étroite interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé.

5.4. LE SCÉNARIO SI RIEN N'EST FAIT (*STATU QUO*)

Ce scénario évalue la situation telle qu'elle est actuellement.

Les données de base :

- ⊙ coût moyen d'une hospitalisation de courte durée : 3 775 \$;
- ⊙ croissance annuelle de la demande de soins : 0,5 % (2019-2020) et 1 % (2021-2027) à l'hôpital, 7 % en soins infirmiers dans la communauté, 6 % en services de santé courants, 22 % en soins infirmiers en GMF et 12 % en soins ambulatoires en santé mentale ;
- ⊙ augmentation de 0,5 % de la proportion de bachelières chaque année = 0,25 % moins de complications dans tous les milieux analysés ;
- ⊙ entrée en vigueur de la norme relative à l'infirmière bachelière en 2019.

Si la proposition de l'OIIQ était rejetée, la progression actuelle de la proportion d'infirmières bachelières continuerait certes de contribuer aux complications et hospitalisations évitées (environ 92 millions sur la période 2019-2027). Toutefois, cette proportion serait beaucoup moins importante que celle qui est présentée dans les scénarios 5.1 (397,6 millions), 5.2 (534,3 millions) et 5.3 (779,7 millions). Donc, le Québec se priverait de gains importants – d'une valeur ajoutée certaine – s'il décidait de choisir l'option du *statu quo* (voir tableau p. 32).

5.5. LE SCÉNARIO MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA COMPLÉMENTARITÉ INFIRMIÈRE BACHELIÈRE-MÉDECIN EN PREMIÈRE LIGNE

Dans ce scénario basé sur la littérature internationale, nous ajoutons l'hypothèse que, en plus des bénéfices cliniques pour le patient, 25 % – il s'agit du taux le plus prudent de la littérature – des actes accomplis par des médecins omnipraticiens en première ligne pourraient être confiés aux infirmières, bonifiant par le fait même l'offre médicale et permettant à l'ensemble des patients d'avoir un plus grand accès aux médecins de famille.

En 2019, la main-d'œuvre infirmière, selon les projections de l'OIIQ, sera constituée à plus de 42 % de bachelières. Il serait possible d'instaurer cet esprit de complémentarité tout de suite en 2013. Toutefois, comme la mise en œuvre de la proposition de l'OIIQ se ferait à partir de 2019, ce scénario de meilleure complémentarité débiterait aussi à partir de 2019.

Bien que la littérature soit féconde sur la nécessité ou la capacité d'adopter ce type de scénario, un tel changement dans la philosophie de pratique des actes ne se ferait pas du jour au lendemain. Si l'on compare la possibilité d'adopter ce scénario en relation avec des réformes

d'envergure réalisées dans le passé, on constate néanmoins que son application serait envisageable dans un laps de temps relativement court. Par exemple, la réforme majeure connue comme « le plan Rochon » avait mis moins de quatre ans à produire des résultats substantiels pour le système de santé (les hospitalisations de courte durée sont passées de plus de 788 000 en 1994-1995 à environ 646 550 en 1997-1998, une baisse de 18 % en seulement trois ans)^{42, 43, 44}.

Dans l'hypothèse que 25 % des actes posés par les omnipraticiens puissent être accomplis par des infirmières bachelières, cela signifierait que celles-ci pourraient prendre une part du coût des soins primaires évaluée à 441 millions par année (25 % de 1,765 milliard), la part correspondant aux salaires des omnipraticiens. Cela ne signifie pas automatiquement que la demande de médecins omnipraticiens baisserait, mais que cette somme pourrait dorénavant être consacrée au traitement de cas plus complexes et à une meilleure accessibilité de la médecine de famille à un plus grand nombre de Québécois.

En 2010-2011, les 8 356 omnipraticiens avaient un revenu moyen de 211 282 \$ (total de 1,765 milliard). Le salaire annuel d'une infirmière clinicienne se situerait à 68 616 \$⁴⁵ (voir l'Annexe 2).

Pour réaliser cette hypothèse issue de la littérature, il faudrait, théoriquement que les 11 000 infirmières en soins de première ligne initient 25 % des actes médicaux simples actuellement pratiqués par les 8 356 omnipraticiens (voir l'Annexe 2).

En fait, si les soins plus complexes restaient les mêmes et si l'on tient compte du salaire de l'infirmière qui posera le geste simple auparavant initié par l'omnipraticien (l'infirmière clinicienne gagne environ 32 % du salaire de l'omnipraticien) et qu'il faut 2 644 infirmières de plus qu'il n'y a d'omnipraticiens, le système de santé québécois, en réalité, verrait son efficacité accrue de 256 millions annuellement (441 millions, soit 32 % de 441 millions x le pourcentage supplémentaire d'infirmières requises de 31 %).

En se basant sur la rapidité du délai de mise en œuvre du plan Rochon, soit environ trois ans, pour les besoins de ce scénario, nous fixerons à la 5^e année – 2023, c'est-à-dire à partir de l'arrivée des infirmières formées au baccalauréat obligatoire –, les bénéfices potentiels d'une meilleure complémentarité.

Même si nous devons assister, par exemple, à une hausse des coûts salariaux des infirmières, celle-ci serait plus que compensée par la baisse importante des coûts unitaires de la main-d'œuvre (omnipraticien – clinicienne) pour produire des soins de santé en première ligne.

Pour les besoins de cette analyse, nous estimerons donc le bénéfice annuel d'une meilleure complémentarité infirmière clinicienne – omnipraticien en soins de première ligne à 256 millions par année à partir de 2023.

42. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013).

43. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

44. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012).

45. Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Direction des soins infirmiers, et Fleury, D. (2013).

Le scénario si rien n'est fait (*statu quo*)

ANNÉE	HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE			SERVICES INFIRMIERS À DOMICILE		SERVICES DE SANTÉ COURANTS		SOINS INFIRMIERS GMF ET CLINIQUES-RÉSEAU		SOINS AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE		BÉNÉFICES TOTALX (en millions de \$)
	Nombre d'hospita- lisations	Nombre de compli- cations évitées	Bénéfices (en millions de \$)	Dépenses (en millions de \$)	Nombre de compli- cations évitées	Dépenses (en millions de \$)	Nombre de compli- cations évitées	Dépenses (en millions de \$)	Nombre de compli- cations évitées	Dépenses (en millions de \$)	Nombre de compli- cations évitées	
	[↑ annuelle = 0,5 % (2019 à 2020) 1 % (2021 à 2027)]	[0,25 %]	[3 775 \$/hosp.]	[↑ ann. = 7 %]	[0,25 %]	[↑ ann. = 6 %]	[0,25 %]	[↑ ann. = 22 %]	[0,25 %]	[↑ ann. = 12 %]	[0,25 %]	
2019	631 426	1 579	6,0 \$ M	433,1 \$ M	1,1 \$ M	192,8 \$ M	0,5 \$ M	182,3 \$ M	0,5 \$ M	208,4 \$ M	0,5 \$ M	8,5 \$ M
2020	634 583	1 586	6,0 \$ M	463,4 \$ M	1,2 \$ M	204,4 \$ M	0,5 \$ M	222,4 \$ M	0,6 \$ M	233,4 \$ M	0,6 \$ M	8,8 \$ M
2021	640 929	1 602	6,0 \$ M	495,9 \$ M	1,2 \$ M	216,7 \$ M	0,5 \$ M	271,3 \$ M	0,7 \$ M	261,4 \$ M	0,7 \$ M	9,2 \$ M
2022	647 338	1 618	6,1 \$ M	530,6 \$ M	1,3 \$ M	229,7 \$ M	0,6 \$ M	331,0 \$ M	0,8 \$ M	292,8 \$ M	0,7 \$ M	9,6 \$ M
2023	653 812	1 635	6,2 \$ M	567,7 \$ M	1,4 \$ M	243,5 \$ M	0,6 \$ M	403,8 \$ M	1,0 \$ M	328,0 \$ M	0,8 \$ M	10,0 \$ M
2024	660 350	1 651	6,2 \$ M	607,4 \$ M	1,5 \$ M	258,1 \$ M	0,6 \$ M	492,6 \$ M	1,2 \$ M	367,3 \$ M	0,9 \$ M	10,5 \$ M
2025	666 953	1 667	6,3 \$ M	650,0 \$ M	1,6 \$ M	273,5 \$ M	0,7 \$ M	601,0 \$ M	1,5 \$ M	411,4 \$ M	1,0 \$ M	11,1 \$ M
2026	673 623	1 684	6,4 \$ M	695,5 \$ M	1,7 \$ M	290,0 \$ M	0,7 \$ M	733,3 \$ M	1,8 \$ M	460,8 \$ M	1,2 \$ M	11,8 \$ M
2027	680 359	1 701	6,4 \$ M	744,1 \$ M	1,9 \$ M	307,4 \$ M	0,8 \$ M	894,6 \$ M	2,2 \$ M	516,0 \$ M	1,3 \$ M	12,6 \$ M
TOTAL			55,6 \$ M		13,0 \$ M		5,5 \$ M		10,3 \$ M		7,7 \$ M	92,1 \$ M

MÉTHODE DE CALCUL

Pour calculer ce scénario, l'OIIQ a pris ses projections de demande des différents postes de santé et a multiplié ces postes par l'effet (0,25 %) d'une proportion plus élevée de bacheliers de 0,5 %.

Les résultats quantifiables

L'objectif recherché est de donner un ordre de grandeur des bénéfices potentiels du rehaussement de la norme d'entrée obligatoire dans la profession infirmière. Comme nous l'avons expliqué précédemment, cette analyse cherche, en premier lieu, à illustrer deux séries de bénéfices économiques potentiels :

- ⦿ les bénéfices économiques pour le système de santé du Québec ;
- ⦿ les bénéfices potentiels nets pour le gouvernement compte tenu des coûts de la formation supplémentaire requise.

Ces bénéfices feront certes partie d'un tout, parallèlement à plusieurs autres initiatives qui verraient à accroître la performance du système de santé québécois au profit du patient.

6.1. LES RÉSULTATS QUANTIFIABLES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le tableau suivant présente tous les résultats annuels découlant de nos quatre scénarios. De ces résultats, on a soustrait les dépenses en salaires comme dans le modèle de l'AQESSS. Le tableau dresse un portrait global des bénéfices potentiels (en dollars 2010) que produirait notre proposition de rehaussement de la norme d'entrée dans la profession infirmière au Québec.

		BÉNÉFICES NETS			
Année	Salaires AQESSS	A	B	C	D
	(en millions de \$)	Nombre de complications évitées : hôpital et services à domicile (en millions de \$) (scénario 5.1)	Nombre de complications évitées : hôpital, à domicile, services courants, GMF et cliniques-réseau, santé mentale (en millions de \$) (scénario 5.2)	Virage vers les soins en milieu de vie (en millions de \$) (scénario 5.3)	Complémentarité infirmière clinicienne/ médecin (en millions de \$) (scénario 5.5)
2019		40,8 \$ M	49,3 \$ M	– \$ M	– \$ M
2020	5,8 \$	35,7 \$ M	45,2 \$ M	6,1 \$ M	(5,8) \$ M
2021	11,7 \$	30,6 \$ M	41,4 \$ M	24,2 \$ M	(11,7) \$ M
2022	22,7 \$	20,4 \$ M	32,8 \$ M	37,4 \$ M	(22,7) \$ M
2023	33,7 \$	10,3 \$ M	24,5 \$ M	50,8 \$ M	222,3 \$ M
2024	50,3 \$	(5,3) \$ M	10,9 \$ M	58,9 \$ M	205,7 \$ M
2025	66,9 \$	(21,0) \$ M	(2,3) \$ M	67,2 \$ M	189,1 \$ M
2026	83,5 \$	(36,5) \$ M	(15,0) \$ M	75,8 \$ M	172,5 \$ M
2027	99,2 \$	(51,2) \$ M	(26,3) \$ M	85,5 \$ M	156,8 \$ M
TOTAL	373,8 \$	23,8 \$ M	160,5 \$ M	405,9 \$ M	906,2 \$ M
		+ D	+ D	+ D	
		930 \$ M	1 066,7 \$ M	1 312,1 \$ M	

Dans chacun des cas, l'impact salarial est le plus significatif en 2027. Au début du processus, les infirmières formées au collégial qui quitteront le marché du travail seront graduellement remplacées par les nouvelles bachelrières entrant dans la profession et ayant un salaire moins élevé.

Pour établir les estimations, chacune des trois premières colonnes a été additionnée séparément à la colonne D, de sorte qu'il y a trois résultats possibles: A+D, B+D, C+D. Au terme des neuf années entre 2019 et 2027, le système de santé québécois bénéficierait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires, variant entre 23,8 millions et 405,9 millions. Si l'on ajoute le facteur « meilleure complémentarité », l'avantage économique total varierait entre 930 millions et 1,31 milliard.

Si l'on prend la combinaison engendrant le rapport coûts/bénéfices le moins favorable à la proposition de l'OIIQ, soit l'addition des colonnes A et D, c'est au début de l'année 2023 que tous les coûts en salaires supplémentaires sur la période 2019-2027, soit 373,8 millions, seraient amortis par les bénéfices obtenus dans le système de santé.

À noter que nous anticipons des bénéfices annuels récurrents après 2027.

Si nous avons choisi d'autres prémisses analytiques basées sur la littérature internationale, les résultats auraient été tout aussi convaincants.

6.2. LES RÉSULTATS QUANTIFIABLES INCLUANT LES COÛTS DE LA FORMATION SUPPLÉMENTAIRE

Le tableau suivant montre tous les résultats annuels découlant de nos quatre scénarios. De ces résultats, on a soustrait les dépenses en salaires comme dans le modèle de l'AQESSS, ainsi que nos estimations du coût annuel de la formation supplémentaire requise (24 millions). Il s'agit d'un second portrait des bénéfices potentiels quantifiables (en dollars 2010) que produirait un rehaussement de la norme d'entrée dans la profession infirmière au Québec.

Année	Salaires AQESSS + coûts supplémentaires de formation (en millions de \$)	BÉNÉFICES NETS			
		A	B	C	D
		Nombre de complications évitées : hôpital et services à domicile (en millions de \$) (scénario 5.1)	Nombre de complications évitées : hôpital, à domicile, services courants, GMF, cliniques-réseau, santé mentale (en millions de \$) (scénario 5.2)	Virage vers les soins en milieu de vie (en millions de \$) (scénario 5.3)	Complémentarité infirmière clinicienne/ médecin (en millions de \$) (scénario 5.5)
2019	24,0 \$	16,8 \$ M	25,3 \$ M	(24,0) \$ M	(24,0) \$ M
2020	29,8 \$	11,7 \$ M	21,2 \$ M	(17,9) \$ M	(29,8) \$ M
2021	35,7 \$	6,6 \$ M	17,4 \$ M	0,2 \$ M	(35,7) \$ M
2022	46,7 \$	(3,6) \$ M	8,8 \$ M	13,4 \$ M	(46,7) \$ M
2023	57,7 \$	(13,7) \$ M	0,5 \$ M	26,8 \$ M	198,3 \$ M
2024	74,3 \$	(29,3) \$ M	(13,1) \$ M	34,9 \$ M	181,7 \$ M
2025	90,9 \$	(45,0) \$ M	(26,3) \$ M	43,2 \$ M	165,1 \$ M
2026	107,5 \$	(60,5) \$ M	(39,0) \$ M	51,8 \$ M	148,5 \$ M
2027	123,2 \$	(75,2) \$ M	(50,3) \$ M	61,5 \$ M	132,8 \$ M
TOTAL	565,8 \$	(192,2) \$ M	(55,5) \$ M	189,9 \$ M	690,2 \$ M
		+ D	+ D	+ D	
		498 \$ M	634,70 \$ M	880,10 \$ M	

Pour établir les estimations, chacune des trois premières colonnes a été additionnée séparément à la colonne D, de sorte qu'il y a trois résultats possibles: A+D, B+D, C+D. Au terme des neuf années entre 2019 et 2027, le gouvernement québécois bénéficierait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires, variant entre 498 millions et 880,1 millions.

Les colonnes C et D du tableau précédent illustrent le levier que pourrait constituer l'infirmière bachelière pour accélérer la prestation des soins dans la communauté tout en permettant à l'omnipraticien de se concentrer sur les cas plus complexes.

Si l'on prend la combinaison engendrant le rapport coûts/bénéfices le moins favorable à la proposition de l'OIIQ, soit l'addition des colonnes A et D, c'est au cours de l'année 2024 que tous les coûts de la proposition sur la période 2019-2027 (565,8 millions) seraient amortis par les bénéfices.

À noter que nous anticipons des bénéfices annuels récurrents après 2027.

Le système de santé du Québec a tout à gagner. En retardant l'adoption de la proposition de l'OIIQ, le gouvernement épargnerait certes des coûts salariaux à court terme, mais paierait plus cher les soins à long terme et remettrait à plus tard l'optimisation nécessaire du rendement des soins infirmiers. Il commettrait ainsi un acte de « désépargne » à long terme. L'opportunité économique réside dans la capacité du Québec à saisir l'occasion dès maintenant de doter la relève infirmière du Québec de la formation dont elle a et aura besoin pour assurer la prestation de soins infirmiers de qualité adaptés à la complexité croissante des soins et des besoins grandissants des patients. La mise en œuvre de la proposition de l'OIIQ constituerait une des pierres angulaires de ces changements qui ont déjà été opérés avec succès dans plusieurs pays du monde.



Bénéfices qualitatifs plus difficilement quantifiables

Outre les résultats chiffrés de la section précédente, le mémoire de l'OIIQ déposé à l'OPQ en juin 2012 citait déjà un grand nombre de bénéfices qualitatifs potentiels, notamment l'adéquation formation-compétences, la capacité de mieux servir les besoins à venir, un meilleur suivi des maladies chroniques, une meilleure qualité des soins, une plus grande maîtrise des technologies, une capacité accrue de s'adapter à l'interdisciplinarité et au décloisonnement des soins, etc. Ce mémoire fournissait aussi des exemples précis sur les effets positifs du baccalauréat obligatoire sur l'attractivité de la profession vécus dans d'autres provinces et ailleurs dans le monde.

Le levier que constitue une plus grande dotation en infirmières formées au baccalauréat ou au DEC-BAC pour l'amélioration du système de santé québécois produit aussi d'autres bénéfices indirects importants pour la société québécoise.

7.1. LES BÉNÉFICES SOCIOÉCONOMIQUES TOTAUX POUR LA SOCIÉTÉ

L'appréciation substantielle de la valeur du capital infirmier permettra à la société d'offrir un accès accru à des soins de qualité pour ses citoyens, et créera un élément de certitude qui influencera le rendement de bien d'autres investissements en santé et ailleurs. À terme, l'amélioration des soins infirmiers minimiserait certaines externalités économiques liées à la maladie telles qu'une hausse de la productivité au travail et une baisse de l'absentéisme. Les heures passées à attendre aux urgences ou sur une civière sont autant d'heures perdues pour la productivité du Québec.

L'OIIQ est d'avis que le coût d'intégration d'une bachelière dans les milieux de soins est moins onéreux et que l'infirmière de formation universitaire est un gage de stabilité dans la rétention de postes. De plus, comme l'infirmière bachelière travaille en moyenne deux ans de plus que la technicienne, les coûts supplémentaires en éducation sont surpassés par les bénéfices que les nouvelles infirmières apporteront chaque année au gouvernement.

Si l'on tient compte de tous les bénéfices directs et indirects, et si l'on ajoute le bienfait que constitue l'amélioration du bien-être du patient, les bénéfices socioéconomiques nets d'un rehaussement de la formation infirmière initiale pour la société québécoise seraient encore plus importants que les fourchettes d'avantages présentées dans les sections 6.1 et 6.2.

Les économistes sont d'avis que les bénéfices indirects constituent la partie la plus importante de ce type de changements. Il est difficile d'estimer et de chiffrer la valeur totale des bénéfices socioéconomiques nets. En restant dans des estimations prudentes, il serait raisonnable d'évaluer les bénéfices socioéconomiques nets en multipliant par 2 à 3 les bénéfices directs.

Si la proposition de l'OIIQ était acceptée, les bénéfices totaux pour la société québécoise, pour la période 2019-2027, varieraient entre 1,29 milliard et 4 milliards (multiplicateur appliqué aux résultats des sections 6.1 et 6.2).





Conclusion

Cette analyse a démontré que les bénéfices économiques créés par le rehaussement de la norme d'entrée dans la profession infirmière compenseront et dépasseront largement le salaire des nouvelles bachelières. Le rehaussement de la formation infirmière initiale occasionnerait des impacts cliniques et économiques positifs et significatifs au Québec. Devant ce constat, il ne faut pas se surprendre que d'autres provinces canadiennes et d'autres pays dans le monde aient choisi cette voie.

Pour effectuer cette analyse coûts/bénéfices, l'OIIQ a été prudent. En résumé, au terme des neuf années entre 2019 et 2027, le système de santé québécois bénéficierait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires, variant entre 930 millions et 1,3 milliard. Si l'on déduit les coûts supplémentaires de formation pour les nouvelles infirmières, les avantages nets varieraient alors entre 498 millions et 880 millions. Pour la société, les bénéfices varieraient entre 1,29 milliard et 4 milliards. À noter que nous prévoyons aussi des bénéfices annuels récurrents après 2027.

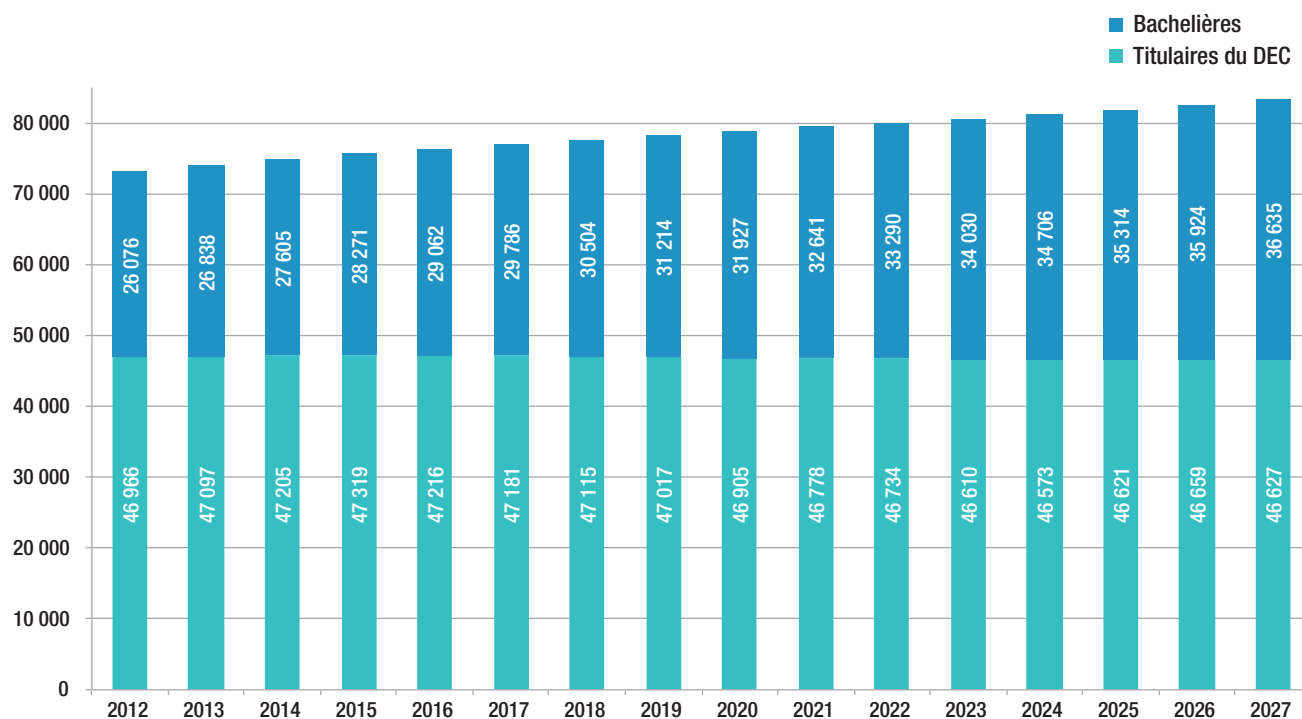
Le rehaussement de la formation de la relève infirmière québécoise est une solution de choix pour le gouvernement car, à terme, elle accélérera l'accès aux soins, maximisera l'utilisation des ressources et la productivité du réseau, entraînera des économies substantielles et permettra de continuer à assurer les soins à une population vieillissante aux prises avec des maladies chroniques multiples. Les gains de productivité et les économies d'échelle résultant du rôle accru des infirmières créent un gain systémique à chaque étape des soins. Pour réaliser ces bénéfices, l'organisation du continuum de soins devra permettre aux infirmières bachelières d'exercer pleinement leurs compétences au profit du patient.

Selon les hypothèses de cette analyse coûts/bénéfices, il s'agit d'une mauvaise argumentation que d'avancer que le système de santé québécois n'a pas les moyens de recruter et de soutenir des infirmières et infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire. Si notre proposition était adoptée dès 2014, le MSSS pourrait faire des épargnes considérables lorsqu'il prendra la décision de réorienter une bonne partie des ressources en première ligne, aux soins à domicile et aux soins dans la communauté, puisque davantage d'infirmières auront été formées pour amorcer ce virage incontournable.

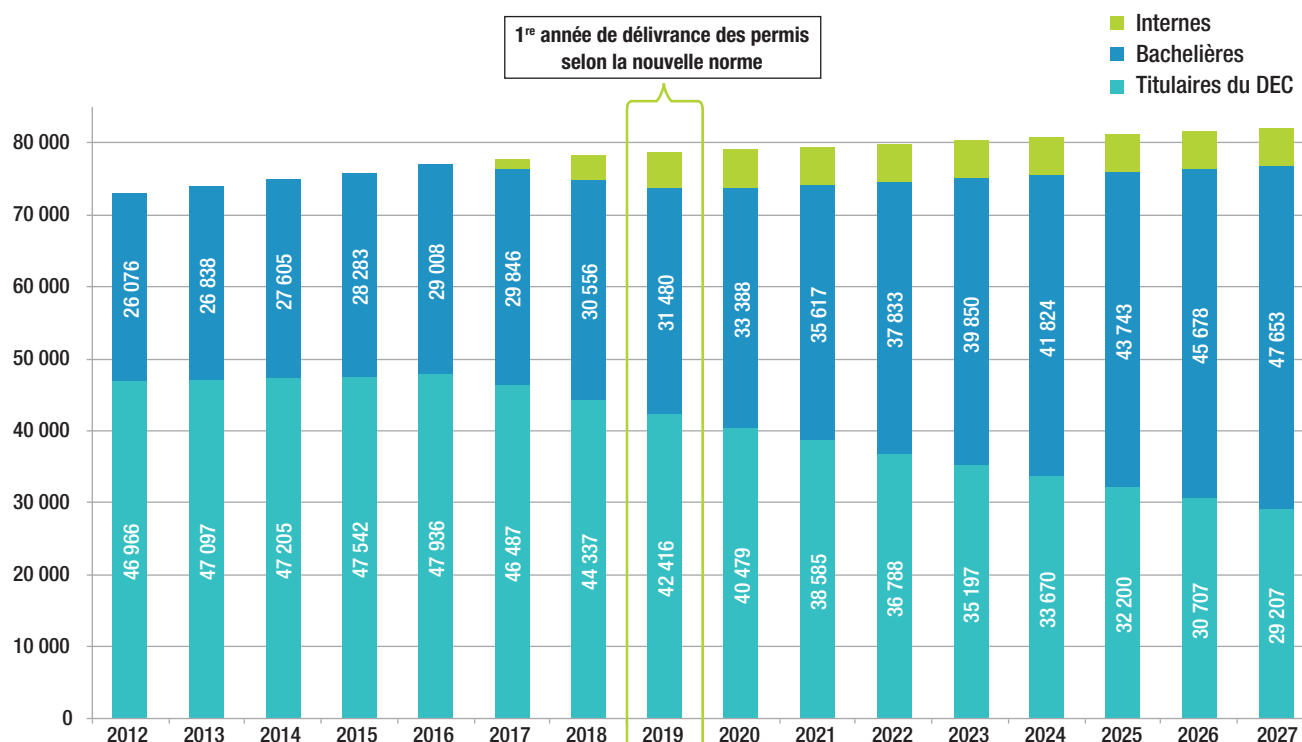
RÉFÉRENCES

- AIKEN, L.H. (2008). « Economics of nursing », *Policy, politics, nursing practice*, vol. 9, n° 2, p. 73-79.
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., CHEUNG, R.B., SLOANE, D.M., ET SILBER, J.H. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 12, p. 1617-1623. DOI : <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>> [Consulté le 20 juin 2013].
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., LAKE, E.T., ET CHENEY, T. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes », *Journal of Nursing Administration*, vol. 38, n° 5, p. 223-229.
- ANTONELLI, R.C., STILLE, C.J., ET ANTONELLI, D.M. (2008). « Care coordination for children and youth with special health care needs: a descriptive, multisite study of activities, personnel costs, and outcomes », *Pediatrics*, vol. 122, n° 1, p. e209-e216. DOI : <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2254>> [Consulté le 20 juin 2013].
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA ET ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (2004). *Énoncé de position. Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière*, Ottawa, AIIIC; ACESI. <http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS76_educational_prep_f.pdf> [Consulté le 20 juin 2013].
- BLEGAN, M.A., GOODE, C., PARK, S.H., VAUGHN, T., ET SPETZ, J. (2013). « Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes », *Journal of Nursing Administration*, vol. 43, n° 2, p. 89-94.
- CASTONGUAY, C. (2012). *Santé : l'heure des choix*, Montréal, Les Éditions du Boréal.
- CHO, S.H., KETEFIAN, S., BARKASKAS, V.H., ET SMITH, D.G. (2003). « The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs », *Nursing Research*, vol. 52, n° 2, p. 71-79.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2009). *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelés – Recommandations, enjeux et implications*, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, vol. 4, Québec, CSBE. <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-Recommandations-t4-042009.pdf> [Consulté le 20 juin 2013].
- DALL, T.M., CHEN, Y.J., SEIFERT, R.F., MADDOX, P.J., ET HOGAN, P.F. (2009). « The Economic Value of Professional Nursing », *Medical Care*, vol. 47, n° 1, p. 97-104. <<http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=01000&article=00014&type=abstract>> [Consulté le 20 juin 2013].
- DENIS, L. (2012). *Pour le baccalauréat*, blogue de la directrice-générale de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Montréal, AQESSS. <http://www.aqesss.qc.ca/1990/Pour_le_baccalaurat.aqesss?postid=197> [Consulté le 20 juin 2013].
- DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, ET FLEURY, D. (2013). *L'infirmière de demain : besoins de la population du Québec*, Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière, Québec, MSSS.
- ESTABROOKS, C.A., MIDODZI, W.K., CUMMINGS, G.G., RICKER, K.L., ET GIOVANNETTI, P. (2005). « The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality », *Nursing Research*, vol. 54, n° 2, p. 74-84.
- FAFARD, A. (2012). *Actions-Santé. Évaluation du programme. Pour une meilleure réponse des besoins des grands consommateurs de services en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/Rapport_d_%C3%A9valuation_Actions-Sant%C3%A9.pdf> [Consulté le 20 juin 2013].
- GROUPE SANTÉ CONCERTO (2012). *Un projet-vitrine novateur* - janvier 2011 - mars 2013. Faits saillants et résultats, Montréal, GROUPE SANTÉ CONCERTO.
- GROUPE SANTÉ CONCERTO (2013). *Maladies chroniques en première ligne médicale, Un succès pour les patients et pour l'équipe interdisciplinaire, Faits saillants et résultats*, Montréal, GROUPE SANTÉ CONCERTO.
- GUNDENSEN LUTHERAN HEALTH SYSTEM (n.d.). « Transforming healthcare: Patient care coordination », retrieved from <<http://www.gundluth.org/upload/docs/CareCoordination.pdf>>
- KÉROUAC, S., ET SALETTE, H. (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers – Une réponse aux défis des systèmes de santé*, Westmount, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. <http://www.sidiief.org/~media/Files/7_0_Publications/7_1_Publications/SIDIIEF/7_1_1_Profil_Formation/MemoireFCouleurInteractive.aspx> [Consulté le 20 juin 2013]
- LAURANT, M., REEVES, D., HERMENS, R., BRASPENNING, J., GROU, R., ET SIBBALD, B. (2004). « Substitution of doctors by nurses in primary care », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271. DOI : <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>> [Consulté le 20 juin 2013]
- MANGA, P., ET CAMPBELL, T. (1994). *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a More Cost-Effective Health Care System*. Ottawa, Queen's University – University of Ottawa Project on the cost-effectiveness of Health Care.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Contour financier - Dépenses par programme et par centre d'activités - 2011-2012*, Québec, MSSS. <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=q4QyofpgSw4=>>> [Consulté le 20 juin 2013]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). « INFO-MED-ÉCHO Statistiques sur l'hospitalisation pour des soins de courte durée au Québec (2012-02 Février) », *INFO-MED-ÉCHO*, n° 14, Québec, MSSS. <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=v2iBZs3jU+Q=>>> [Consulté le 20 juin 2013]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *MED-ÉCHO - Hospitalisations Soins de courte durée (1982-1983 à 2010-2011) / Chirurgie d'un jour (1996-1997 à 2010-2011) - Québec - Tableaux de données principaux*. Québec, MSSS. <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=BTTrSzU9HIA=>>> [Consulté le 20 juin 2013]
- MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2013). *L'offre de formation en soins infirmiers*, Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière, Québec, MESRST.
- NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., STEWART, M., ET ZELEVINSKY, K. (2002). « Nurse Staffing Levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 22, p.1715-1722. DOI : <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa012247>> [Consulté le 20 juin 2013]
- RICHARDSON, G., MAYNARD, A., CULLUM, N., ET KINDIG, D. (1998). « Skill mix changes: substitution or service development? », *Health Policy*, vol. 45, n° 2, p. 119-132.
- ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION (2011). *The value of nurse education and residency program*, RWJF. <<http://thefutureofnursing.org/resource/detail/value-nurse-education-and-residency-programs>> [Consulté le 20 juin 2013].
- ROBLES, L., SLOGOFF, M., LADWIG-SCOTT, E., ZANK, D., LARSON, M. K., ARANHA, G., ET SHOUP, M. (2011). « The addition of a nurse practitioner to an inpatient surgical team results in improved use of resources », *Surgery*, vol. 150, n° 4, p. 711-717.
- ROY, J. (2012). « Rémunération des médecins : pas sur l'or pour autant », *Argent*, 30 avril 2012. <<http://argent.canoe.ca/nouvelles/affaires/remuneration-des-medecins-pas-sur-or-pour-autant-30042012>> [Consulté le 20 juin 2013]
- SHAMLIYAN, T.A., KANE, R. L., MUELLER, C., DUVAL, S.A., ET WILT, T. J. (2009) « Costs Associated with Increased RN staffing in Acute-Care Hospitals: Simulation Exercise », *Nursing Economics*, vol. 27, n° 5, p. 302-314, 331.
- TOURANGEAU, A.E., DORAN, D.M., MCGILLIS HALL, L., O'BRIEN PALLAS, L., PRINGLE, D., TU, J.V., ET CRANLEY, L.A. (2007). « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, n° 1, p. 32-44. DOI : <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x>>
- TURBIDE, S. (2012). « La sous-utilisation des infirmières coûte cher », *Le Progrès-Dimanche*, 6 mai 2012, p. 28-29.
- UNRUH, L. (2003). « Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals », *Medical Care*, vol. 41, n° 1, p. 142-152.
- VANHOOK, P. M. (2007). « Cost-utility analysis: a method of quantifying the value of registered nurses », *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 12, n° 3, manuscript 5. <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/CostUtilityAnalysis.html>> [Consulté le 20 juin 2013]
- VILLENEUVE, M., ET MACDONALD, J. (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Projection du nombre d'infirmières, selon le niveau de formation,
SI RIEN N'EST FAIT, Ensemble de l'effectif, 2012 à 2027



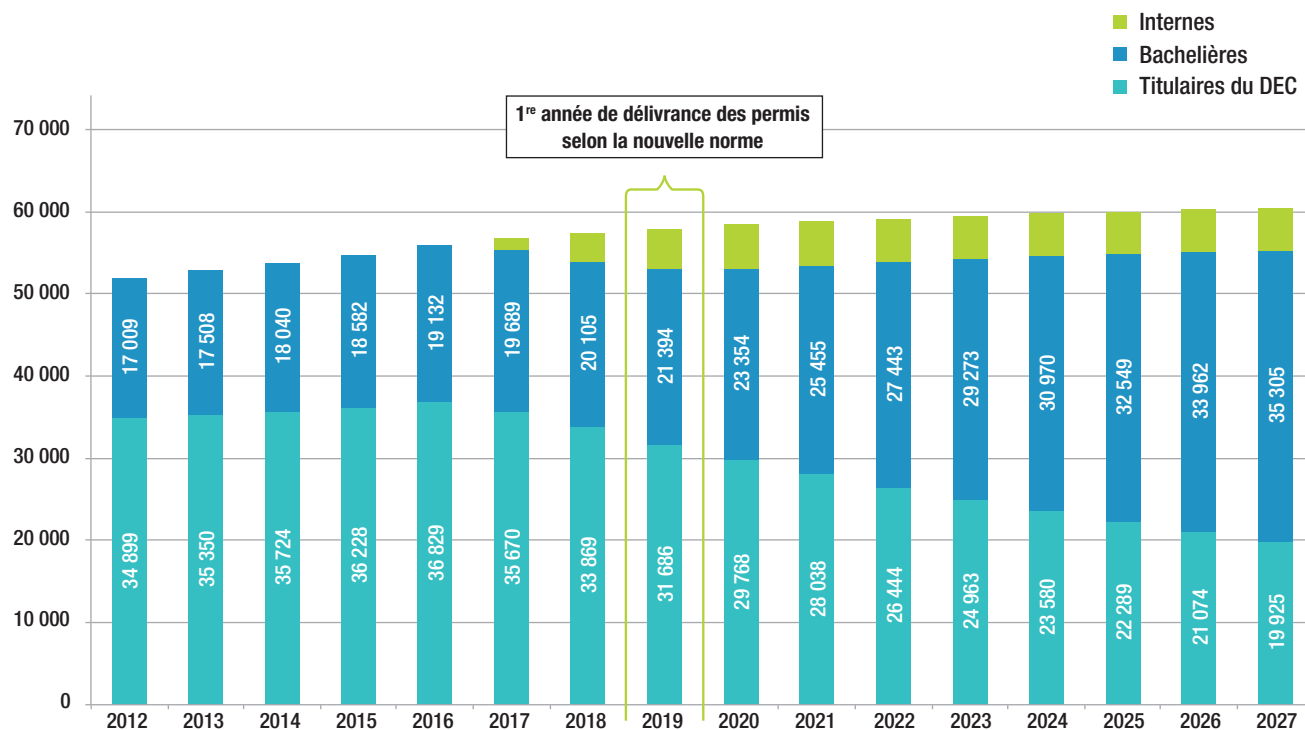
Projection du nombre d'infirmières selon le niveau de formation,
Ensemble de l'effectif infirmier du Québec, 2012 à 2027



Annexe 1

GRAPHIQUES SUR LES PROJECTIONS DU NOMBRE D'INFIRMIÈRES

Projection du nombre d'infirmières syndiquées dans le réseau public,
selon le niveau de formation, 2012 à 2027



Personnel infirmier à l'emploi (en nombre)

	2005	2007	2009	2011	2012			
					Total	TCR	TPR	TPO
Infirmières	41 394	40 956	38 098	36 707	36 371	16 387	14 469	5 515
Infirmières cliniciennes + IPS	13 181	14 001	15 631	17 135	18 269	10 834	5 283	2 152
Infirmières auxiliaires	14 230	14 848	16 081	17 357	18 121	5 989	10 317	1 815
P.A.B.	36 886	37 587	38 595	39 872	40 368	11 768	15 636	12 964
Auxiliaires familiales	5 963	5 937	5 844	5 919	6 148	2 865	998	2 285
TOTAL PERSONNEL RÉSEAU	235 335	242 476	252 963	261 606	266 146			

Rémunération totale du personnel infirmier

	2005-2006		2007-2008	2009-2010	2011-2012	
	Salaire de base moyen	\$	\$	\$	Salaire de base moyen	\$
Infirmières	47 052	1 519 921 866	1 662 193 223	1 663 418 413	58 367	1 679 513 724
Infirmières cliniciennes + IPS	58 069	640 831 941	770 014 891	883 991 980	68 616	1 007 886 171
Infirmières auxiliaires	36 303	392 853 134	457 932 384	535 194 081	43 351	604 528 809
P.A.B.	29 804	802 766 176	918 368 940	1 015 267 922	34 838	1 066 237 956
Sous-total inf. + inf. clin. + IPS		2 160 753 807	2 432 208 114	2 547 410 393		2 687 399 895
TOTAL PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS		3 356 373 117	3 808 509 438	4 097 872 396		4 358 166 660

Coût de la main-d'œuvre médicale

	2005		2011		DIFFÉRENCE
	Nombre	\$	Nombre	\$	
Omnipraticiens	7 168	947 026 504	8 356	1 765 480 007	86,4 %
Spécialistes	7 831	1 511 980 290	9 179	3 066 998 777	102,8 %
TOTAL	14 999	2 459 006 794	17 535	4 832 478 784	96,5 %

46. Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Direction des soins infirmiers, et Fleury, D. (2013).

