



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS : UN DÉFI D'ÉQUITÉ

Mémoire de l'OIIQ présenté au Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

Consultation publique sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux

« Sous l'angle de la santé, l'équité implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'occasion d'atteindre son plein potentiel. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé quant à la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité »^[1].

Adopté par le Conseil d'administration de l'OIIQ le 22 janvier 2016

ÉDITION

ORIENTATION

Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm. A., CHE
Présidente, OIIQ

COORDINATION ET RÉDACTION

Johanne Lapointe, M.A.
Directrice,
Direction, Affaires externes, OIIQ

COLLABORATION

Denise Brosseau, notaire, MBA, Adm.A, ASC
Directrice générale, OIIQ

Suzanne Durand
Directrice
Direction, Développement et soutien
professionnel, OIIQ

Mario C. Dusseault, avocat
Avocat-conseil et directeur
Direction, Services juridiques, OIIQ

Judith Leprohon, inf., Ph.D.
Direction scientifique, OIIQ

Carole Mercier, inf., M.Sc., ASC
Secrétaire générale, OIIQ

Colette Ouellet
Directrice des communications, OIIQ

Sylvie Truchon, infirmière
Syndique
Bureau du syndic, OIIQ

René Villemure
Éthicien

RÉVISION LINGUISTIQUE

Claire Saint-Georges
Direction, Marketing, promotion
et événements, OIIQ

Soutien documentaire

Service, Veille et ressources documentaires
Direction, Communication, OIIQ

Ordre des infirmières et infirmiers du
Québec

4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou
1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org

oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2016
Bibliothèque et Archives nationales du
Québec, 2016
ISBN 978-2-89229-682-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89229-684-6 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du
Québec, 2016
Tous droits réservés

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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
1. INTRODUCTION.....	7
2. L'INTÉRÊT DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC : UN ENGAGEMENT SOCIÉTAL	9
3. L'ÉVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION ET L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS ET SERVICES	10
3.1. Des problèmes d'accès importants	10
4. UN SÉRIEUX REDRESSEMENT S'IMPOSE.....	12
4.1. Des préoccupations particulières et des choix d'importance	12
4.2. L'infirmière : acteur clé de l'accès aux soins de proximité et d'une première ligne forte.....	13
4.3. Le mode de financement : un obstacle à lever	14
5. RECOMMANDATIONS.....	15
5.1. Mettre en place un mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés.....	16
5.2. Désigner une instance indépendante et impartiale.....	16
5.3. Revoir la définition du « médicalement requis » en fonction des besoins de santé des personnes.....	17
5.4. Revoir le mode de financement	18
5.5. Adopter des critères pour soutenir les choix relatifs à la couverture publique.....	19
5.6. Ajouter une étape supplémentaire à la révision du panier de services assurés.....	20
5.7. Souscrire à la position du Protecteur du citoyen sur les frais accessoires.....	20
5.8. Retirer du panier de services assurés les interventions désuètes ou démontrées inefficaces.....	20
5.9. Moduler l'encadrement de certains services assurés en fonction de l'évolution de connaissances scientifiques et des consensus d'experts	20
6. CONCLUSION	21
7. RÉFÉRENCES	23
8. ANNEXE : CHAMP D'EXERCICE INFIRMIER.....	25

SOMMAIRE

Dans ce mémoire intitulé *Le panier de services assurés : un défi d'équité*, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) répond à l'invitation du Commissaire à la santé et au bien-être de se prononcer sur le panier de services assurés en soins de santé et services sociaux. L'OIIQ se réjouit de prendre part à cette consultation publique, à la fois en tant qu'organisation citoyenne et à titre d'ordre professionnel clé regroupant quelque 73 000 infirmières et infirmiers, dont 84 % travaillent dans le réseau public de la santé à offrir les meilleurs soins possibles à la population québécoise.

L'équité d'accès aux soins et services est le principe fondamental qui a guidé sa réflexion et ses recommandations pour améliorer la couverture publique des soins et services, plus particulièrement ceux donnés dans la communauté et impliquant des approches de collaboration interprofessionnelle.

Les besoins de la population ont changé, notamment en raison du vieillissement de la population et de la prédominance des maladies chroniques. Dans ce contexte, les pratiques de proximité interdisciplinaires, qui considèrent que la personne est un partenaire dans le maintien de sa santé, constituent des pratiques cliniques à promouvoir pour favoriser une bonne santé, ainsi que pour prévenir et guérir la maladie.

C'est pourquoi l'OIIQ plaide pour que la couverture publique des soins et services soit déterminée en fonction des bénéfices pour le patient ou des groupes de population et non en fonction du prestataire du service ou du lieu de prestation du service. Les soins de santé et services sociaux assurés doivent couvrir la gamme des besoins, allant de la prévention aux soins de fin de vie. Ils doivent être disponibles dans divers lieux de prestation et mettre à contribution les professionnels ayant les compétences et les habilitations les plus appropriées pour répondre aux besoins des personnes, sans égard à leur capacité de payer.

Il est indéniable que si on leur assure les conditions pour le faire les infirmières et les infirmiers du Québec pourront jouer un rôle central dans cette transformation du système de santé vers un accompagnement des personnes dans leurs besoins de santé et de bien-être, et ce, à proximité de leur milieu de vie.

Considérant qu'il faut sérieusement réexaminer la couverture publique pour donner un accès équitable aux soins de santé et services sociaux requis dans la communauté, et notamment aux soins et services des infirmières et d'autres professionnels, l'OIIQ fait **neuf recommandations** précises pour faire évoluer le panier de services assurés du Québec.

1. Mettre en place un mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés

L'OIIQ propose que le mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés soit placé sous la responsabilité d'une instance indépendante et impartiale qui s'appuiera sur des critères justes et équitables et sur les données scientifiques les plus récentes pour choisir ce qui doit être maintenu, ajouté ou retiré du panier de services assurés. De plus, le processus prévoira des échanges entre experts, praticiens et citoyens et un mécanisme de révision constant.

2. Désigner une instance indépendante et impartiale

L'OIIQ propose qu'on crée une instance indépendante et impartiale responsable du mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés s'appuyant sur les expertises et les missions respectives de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

3. Revoir la définition du « médicalement requis » en fonction des besoins de santé des personnes

L'OIIQ considère qu'il est impératif de prendre acte que la réponse adéquate à des besoins importants de la population implique des professionnels de disciplines variées qui offrent leurs services hors du milieu hospitalier et de revoir en conséquence la définition du « médicalement requis ».

4. Revoir le mode de financement

L'OIIQ propose d'introduire dans la couverture publique les services de divers professionnels compétents et habilités à répondre aux besoins de la population. Les modes de paiement doivent encourager la prestation de services préventifs et thérapeutiques efficaces et centrer les interventions des différents professionnels autour des besoins des usagers.

5. Adopter des critères pour soutenir les choix relatifs à la couverture publique

L'OIIQ souscrit aux neuf critères pour soutenir les choix relatifs à la couverture publique présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son guide de consultation et propose qu'ils soient adoptés par l'instance indépendante et impartiale responsable du mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés.

6. Ajouter une étape supplémentaire à la révision du panier de services assurés

Chaque fois que le panier des services assurés sera révisé selon les critères établis, l'OIIQ propose que les parties prenantes marquent un temps d'arrêt pour s'assurer que cette révision ne crée aucune iniquité inacceptable. L'OIIQ entend par iniquité inacceptable une situation d'iniquité dont nul ne peut souhaiter qu'elle advienne et qui ne devrait jamais se concrétiser.

7. Souscrire à la position du Protecteur du citoyen sur les frais accessoires

L'OIIQ appuie le Protecteur du citoyen dans sa suggestion de faire « un premier pas qui consiste à interdire les frais accessoires pour les services assurés et pour lesquels les médecins participant au régime public sont rémunérés ».

8. Retirer du panier de services assurés les interventions désuètes ou démontrées inefficaces

L'OIIQ propose de retirer du panier de services assurés les interventions jugées désuètes à la lumière des neuf critères de révision du panier de services assurés afin d'être en mesure d'y introduire les interventions de pointe requises.

9. Moduler l'encadrement de certains services assurés en fonction de l'évolution de connaissances scientifiques et des consensus d'experts

L'OIIQ propose de baliser ou d'offrir autrement certains services assurés pour qu'ils produisent des résultats optimaux, sans nécessairement les retirer du panier de services, mais en fonction de l'évolution des connaissances. Ainsi, certains services pourraient continuer d'être offerts, mais par d'autres professionnels, à des fréquences différentes, avec des cibles différentes ou d'une autre manière.

1. INTRODUCTION

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) tient à saluer la démarche de consultation du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) du Québec visant à connaître les points de vue de la population et des groupes, associations ou organismes, sur la question de la couverture publique en soins de santé et services sociaux.

La démarche du Commissaire est prometteuse et l'OIIQ lui sait gré d'avoir mis sur pied cette consultation pour établir ses recommandations et pour éclairer les décideurs en se fondant sur les valeurs et les préoccupations citoyennes, ainsi que sur celles des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette démarche structurée permettra d'entendre toutes les parties prenantes et de décider ensemble d'un projet commun visant à définir le système de santé que nous souhaitons nous offrir au Québec. L'OIIQ est heureux d'y contribuer, à la fois à titre d'organisation citoyenne, mais aussi à titre d'ordre professionnel clé regroupant quelque 73 000 infirmières et infirmiers, dont 84 % travaillent dans le réseau public de la santé et des services sociaux à offrir les meilleurs soins possibles aux Québécois.

D'ailleurs, l'OIIQ a fait de l'accès à des soins et services sécuritaires et de qualité, adaptés aux besoins évolutifs de la population, son principal cheval de bataille des trois dernières années. L'équité d'accès est un principe fondamental pour l'OIIQ dont les interventions sont guidées par les valeurs de la profession infirmière que sont l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie professionnelle, la compétence professionnelle, l'excellence des soins, la collaboration professionnelle et l'humanité.

C'est ainsi que l'OIIQ intervient afin de promouvoir le développement de soins de proximité, en collaboration interprofessionnelle, pour les groupes de population dont les problèmes de santé sont parmi les plus importants. Par exemple, il cible les personnes atteintes de maladies chroniques ou de problèmes de santé mentale et les personnes hébergées en CHSLD.

Opter pour les soins de proximité et les pratiques interdisciplinaires est un choix partagé par beaucoup au Québec et ailleurs dans le monde. Comme dans d'autres pays, ce choix exige que le système de santé québécois reconnaisse que la nature des soins et services requis par la population a changé, notamment en raison du vieillissement de la population et de la prévalence de maladies chroniques. En effet, selon les connaissances scientifiques les plus à jour, des besoins dominants de la population exigent des organisations de soins de proximité intégrés et fluides, qui tiennent compte des meilleures pratiques en vue de favoriser une bonne santé, de prévenir et de guérir la maladie.

Ces pratiques doivent aussi considérer la personne comme un partenaire dans le maintien de sa santé tout au long du continuum de vie, selon une approche de collaboration avec elle et sa famille. Dans ce contexte, le système de santé doit passer d'un modèle développé pour des épisodes de soins aigus donnés à l'hôpital à un modèle qui privilégie davantage les trajectoires de soins et de services intégrés qui se déploient dans la communauté. Dans ce modèle, les interventions sont réalisées selon

une approche de collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière, le médecin, et d'autres professionnels.

L'OIIQ est d'avis qu'il est urgent que le Québec accélère ces changements importants quant aux offres de soins et de services interdisciplinaires de proximité et qu'en conséquence il entreprenne d'adapter les modes de financement de ces services et ses autres mécanismes institutionnels.

L'OIIQ en fait une question d'équité. En effet, nous considérons notamment qu'un retard à développer les pratiques interdisciplinaires de proximité au niveau requis et dans leur intégralité, celles-là mêmes qui sont reconnues efficaces pour certaines conditions de santé, entraînerait un traitement inéquitable de besoins de santé importants de la population. D'autant qu'il a été démontré que ces pratiques, en plus de leur valeur ajoutée sur les résultats de santé et sur la qualité de vie des personnes, réduisent les coûts des systèmes de santé.

En cela, l'OIIQ s'appuie sur des observations du Cadre de référence en gestion des risques du *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique* selon lesquelles « la notion d'équité a aussi une portée pratique sur le plan de l'harmonisation des pratiques... puisque la variation de celles-ci peut signifier un traitement plus ou moins équitable des besoins des populations desservies »^[1].

D'autres préoccupations et critères pris en considération pour maintenir, ajouter ou retirer des services sociaux et de santé du panier de services assurés sont présentés dans ce mémoire.

Dans tous les cas, les positions de l'OIIQ reposent sur un principe général d'équité tel que le définit l'Institut national de santé publique dans son *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*.^[1]

« Sous l'angle de la santé, l'équité implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'occasion d'atteindre son plein potentiel. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé quant à la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité »^[1].

En tout état de cause, pour revoir la couverture publique en soins de santé et services sociaux, le Québec doit se doter d'un mécanisme impartial et objectif de révision continue du panier de services assurés. Le processus adopté doit lui permettre de fonder ses décisions et ses actions sur les meilleures pratiques établies par des consensus d'experts, de praticiens et de citoyens à partir de données scientifiques et d'élargir ainsi la notion de ce qui est « médicalement requis », notion à la base de la *Loi canadienne sur la santé*^[2].

C'est à ces conditions que le Québec pourra « s'assurer de prendre en compte l'adéquation avec les besoins de la population ainsi que la qualité, l'accès réel et l'utilisation adaptée de ces soins et services »^[3] et que l'accès équitable aux soins et services pourra être amélioré.

2. L'INTÉRÊT DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC : UN ENGAGEMENT SOCIÉTAL

C'est en vertu de sa mission d'assurer la protection du public par et avec les infirmières, tout en veillant à l'amélioration de la santé des Québécois, que l'OIIQ s'intéresse à la question de la couverture publique en soins de santé et services sociaux.

Dans la foulée de la décision du gouvernement sur les frais accessoires, rappelons que l'OIIQ a déjà pris position en faveur d'une consultation publique afin de se doter collectivement d'orientations claires quant au panier de services assurés que nous souhaitons nous offrir.

Comme un grand nombre de citoyens, l'OIIQ est préoccupé par l'accès à des soins et services de qualité et sécuritaires et tient à s'impliquer dans les discussions entourant les grands enjeux de santé qui touchent les Québécois. Réunis en Assemblée générale annuelle à l'automne 2015, près d'un millier d'infirmières et d'infirmiers ont adopté à l'unanimité une motion^[4] visant à faire des membres de l'OIIQ des catalyseurs de la transformation du système de santé. La motion rappelle que chaque jour, ils sont sur le terrain et veillent à donner à la population les soins dont elle a besoin. Ils agissent aussi en promotion de la santé, en prévention de la maladie et par des interventions précoces.

Au nom de la santé des Québécois, ils veulent élargir leur cadre d'action afin de mieux accompagner et canaliser l'évolution du système de santé et agir pour favoriser un accès équitable et une plus grande fluidité entre les soins et services requis par la population. À l'heure où nous vivons de grands changements de société, où le monde de la santé est à l'avant-plan de ces transformations, nous voulons réitérer notre engagement à offrir à la population des soins et des services de qualité, professionnels et sécuritaires et prendre la parole pour faire connaître nos convictions. Ensemble, les infirmières et les infirmiers souhaitent continuer de mériter la confiance du public en agissant avec bienveillance, respect et équité.

De même, l'OIIQ souscrit entièrement aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*^[2] et aux cinq grands principes qui en découlent : la gestion publique du système, l'universalité des soins et services assurés, l'accès sans entraves aux soins et services, la transférabilité et l'intégralité des services assurés. Ces principes sont fondamentaux et d'une grande valeur et c'est sur la base de ces principes et de ses valeurs d'équité que l'OIIQ formule des recommandations propices à assurer une couverture publique adaptée à l'évolution des besoins de la population et à l'avancement des connaissances scientifiques en matière de santé et de bien-être.

En effet, les principes de la *Loi canadienne sur la santé*^{42]} sont toujours aussi valables. Il faut les interpréter et les appliquer aujourd'hui dans un contexte qui est très différent de celui des décennies 1960, 1970 et 1980. Il est incontestable que le monde dans lequel nous vivons aujourd'hui est bien différent de celui qui a vu naître notre système de santé.

En somme, notre engagement est de façonner les soins infirmiers de l'avenir et c'est sous cet angle que nous nous prononçons sur les enjeux d'un système public de santé et de services sociaux que chacun souhaite pérenne et plus accessible.

3. L'ÉVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION ET L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS ET SERVICES

Alors que de 1960 au début de la décennie 1990, le milieu hospitalier constituait le principal lieu où les patients recevaient presque tous leurs soins, le réseau de la santé et des services sociaux d'aujourd'hui est caractérisé par une offre considérable de soins et services dans la communauté, que ce soit à domicile, en centres de services ambulatoires, en cliniques de soins primaires ou dans des organismes communautaires. De plus, le réseau comporte actuellement un bon nombre de professionnels autres que les médecins pour assurer la prestation de soins et services en réponse aux besoins de santé de la population, sans compter les membres de la famille ou les proches qui sont appelés à assumer des responsabilités.

On peut affirmer sans ambages que le système de santé a connu des changements déterminants sur le plan des approches cliniques et des modes de prestation des soins et services, mais le panier de services assurés et son financement n'ont toutefois pas évolué au même rythme.

En somme, ces profonds changements n'ont pas été suivis d'activités supplémentaires déterminantes pour la santé et le bien-être de la population dans le panier de services assurés, plus particulièrement hors des établissements publics, par exemple les services offerts dans la communauté ou par d'autres professionnels que le médecin. Cette situation entraîne des conséquences nuisibles pour le déploiement des pratiques exemplaires et pour l'utilisation optimale des ressources en général et, en particulier, des ressources professionnelles. Sans compter que la population est privée d'un accès équitable à un ensemble de compétences professionnelles, dont celles de l'infirmière, pour répondre à ses besoins de santé.

3.1. Des problèmes d'accès importants

Voici des exemples de problèmes d'accès importants qui découlent du retard à apporter les changements requis au panier de services assurés :

- le financement du panier de services assurés demeure en très grande partie axé sur les soins et services fournis par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste, peu importe l'endroit où ces services sont donnés. Dans la logique actuelle du panier de services assurés, les soins et services donnés par des professionnels hors du milieu hospitalier sont considérés comme des services qui

ne sont pas nécessaires sur le plan médical et donc, ils sont à la charge de l'usager. Cela entraîne un effet délétère déplorable sur un accès équitable à des soins et services jugés efficaces;

- le déplacement de services professionnels de réadaptation, d'adaptation et psychosociaux du milieu hospitalier vers la communauté n'a pas été accompagné d'une hausse importante de ces services dans le panier de services assurés. L'impossibilité pour les usagers d'y avoir accès en raison de longs délais d'attente dans les établissements publics pour les services diagnostiques ou thérapeutiques, et leur incapacité à consulter des professionnels en pratique privée pour des raisons financières mettent à mal le principe d'équité en matière d'accès à des soins et services considérés comme nécessaires sur le plan médical et répondant à des besoins réels;
- les personnes ayant des problèmes psychosociaux ou des troubles mentaux sont particulièrement désavantagées par cette situation, car un bon nombre de professionnels dans la communauté qui pourraient les aider ne font pas partie de la couverture publique; de plus, ils sont en nombre nettement insuffisant dans le réseau public de la santé. Cette iniquité d'accès pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale est patente surtout que « 23 % des Québécois de 15 ans et plus auraient vécu des troubles mentaux à un moment dans leur vie »^[5];
- depuis plus d'un an au Québec, les préoccupations de la population au sujet des frais accessoires dans les cliniques privées ont soulevé un questionnement légitime sur ce qui apparaît comme la « désassurance » implicite de certains services, au point où un recours collectif intenté contre 113 cliniques privées pourrait obliger le gouvernement à rembourser entre 100 et 200 millions de dollars aux usagers^[6];
- de plus, la protectrice du citoyen, tout en reconnaissant qu'il est complexe de réviser le financement du panier public de services assurés, suggère une première étape au gouvernement soit « d'interdire les frais accessoires pour les services assurés pour lesquels les médecins participant au régime public sont rémunérés »^[7]. Elle affirme « qu'à terme, cela entraîne un résultat moins équitable socialement »^[7];
- les usagers doivent composer avec de longs délais d'attente dans les établissements publics pour obtenir des services diagnostiques ou thérapeutiques, ce qui porte atteinte au principe d'accès aux services requis au moment opportun;
- la difficulté d'accès aux services de proximité engendre des engorgements considérables dans les services des urgences par des clientèles qui ne devraient pas y être (soit des priorités 4 et 5);
- certains services médicaux et diagnostiques, notamment en imagerie médicale, en pharmacothérapie et en réadaptation ne sont couverts qu'en milieu hospitalier. Les personnes qui en ont les moyens paient pour obtenir ces services hors de l'hôpital. Les autres ne peuvent y avoir recours et attendent souvent de longues périodes pour y avoir accès gratuitement en milieu hospitalier, aggravant ainsi leur état de santé et leur souffrance.

4. UN SÉRIEUX REDRESSEMENT S'IMPOSE

Il est indéniable qu'un sérieux redressement s'impose. Comme on peut le constater, l'inaction entraîne de nombreuses conséquences néfastes. Pourtant, nous n'avons évoqué qu'une partie seulement de ces conséquences. L'Ordre reconnaît qu'il n'est pas simple de maîtriser le coût du panier de services assurés dans un contexte où les besoins de la population sont croissants. Toutefois, de nombreuses commissions, de nombreux comités d'experts et d'universitaires ont avancé des pistes de solution intéressantes qui n'ont pas été prises en considération.

Dans sa lettre sur le financement des frais accessoires reliés aux services assurés, la protectrice du citoyen rappelle que « depuis 40 ans, on constate au Québec un glissement graduel vers une contribution directe de plus en plus grande des usagers (les dépenses privées) et que le Protecteur du citoyen en illustre les conséquences néfastes sur l'accès équitable aux services de santé et aux services sociaux »^[7] dans son avis sur les frais accessoires. D'autres pays aux prises avec les mêmes enjeux d'accès aux soins et aux services publics ont fait les choix qui s'imposaient.

De plus, le degré de satisfaction de la population canadienne à l'égard du fonctionnement du système de santé s'est classé 10^e sur 11 pays sondés en 2014 selon l'étude du Commonwealth Fund^[8]. Chez les Québécois de 55 ans et plus, seulement 23 % considèrent qu'il fonctionne bien^[9]. Ces données devraient inciter fortement à revoir certains aspects des modes de prestation des soins et services et, par voie de conséquence, leur financement.

Dans son guide de consultation^[3], le CSBE reconnaît ces états de fait, insiste sur la nécessité de faire des choix et nous enjoint de lui indiquer les préoccupations particulières et les critères les plus importants à considérer pour introduire, maintenir ou retirer des services de santé ou des services sociaux du panier de services assurés.

4.1. Des préoccupations particulières et des choix d'importance

Pour l'OIIQ, plusieurs enjeux se situent au niveau de la couverture publique des soins de proximité, offerts par des infirmières et d'autres professionnels; cette couverture favorise le développement d'une première ligne de soins forte. Plus particulièrement, doivent être **pleinement** assurés dans le panier de services :

- les soins et services de proximité pour certains groupes de population, offerts selon une approche de collaboration interprofessionnelle. On cible ici les soins et services aux personnes âgées, le suivi et la gestion des maladies chroniques, la pratique clinique en santé mentale de proximité, les soins palliatifs et de fin de vie;
- les pratiques cliniques préventives et les services courants offerts par des infirmières : vaccination, prescription dans certains domaines de soins, consultation infirmière, etc.;
- l'interdisciplinarité de manière générale. Par exemple, ce sont des infirmières et d'autres professionnels qui, en collaboration avec le médecin, offrent la meilleure réponse aux besoins des personnes et des groupes aux prises avec des problèmes psychosociaux, de santé mentale, la toxicomanie, l'isolement social, la violence familiale et l'itinérance.

4.2. L'infirmière : acteur clé de l'accès aux soins de proximité et d'une première ligne forte

L'étendue de la pratique infirmière est large, allant de la promotion de bonnes habitudes de vie, à la prévention des problèmes de santé, au traitement des problèmes aigus, au suivi de maladies chroniques et aux soins palliatifs et de fin de vie. Les infirmières contribuent à tous les domaines des soins et aux services de santé, tout au long de la vie des personnes.

Au Québec, les quelque 73 000 infirmières et infirmiers veillent chaque jour à offrir des soins de santé de qualité, professionnels et sécuritaires. Nous avons à cœur d'inspirer et de modeler les interventions de promotion de la santé, de prévention de la maladie et les soins pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain.

Il est indéniable que, si on leur assure les conditions pour le faire, les infirmières et les infirmiers du Québec pourront jouer un rôle central dans la transformation du système de santé vers un accompagnement des personnes dans leurs divers besoins de santé et de bien-être, et ce, à proximité de leur milieu de vie.

En services de proximité, les infirmières peuvent notamment accomplir des interventions de haute qualité dans le domaine de la prévention, assurer le suivi régulier des personnes âgées et des patients ayant des maladies chroniques et offrir des soins de fin de vie. En vertu du [champ d'exercice](#) que leur a conféré la loi, elles peuvent procéder à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes dans une perspective globale. De fait, elles peuvent accomplir une bonne partie du travail requis en pratique de famille, selon une approche collaborative avec les médecins et les autres professionnels.

Or, les services des médecins en première ligne et dans les services de proximité sont souvent utilisés pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes, y compris pour les soins que les infirmières, et notamment les infirmières praticiennes spécialisées, sont habilitées à donner. En raison du champ d'exercice infirmier et des compétences approfondies des infirmières, ainsi que du fait que les services fournis par les infirmières présentent un ratio coûts-bénéfices avantageux pour le système de santé, les soins et services infirmiers devraient davantage faire partie du contenu du panier de services assurés.

Pour l'OIIQ, il est important que les soins et services donnés par les infirmières soient accessibles dans le régime public. Pour cette raison, l'OIIQ est d'avis que le panier de services assurés doit favoriser le développement des soins infirmiers dans la communauté, que ce soit à domicile, en groupe de médecine de famille (GMF) ou en clinique de première ligne. Le panier de services assurés doit faire la distinction entre les services attendus des médecins et ceux que donnent les infirmières ou les autres professionnels de la santé habilités. Ces précisions auraient comme effet de réduire les services médicaux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et assureraient l'utilisation efficiente des ressources, sans nuire à l'efficacité des services.

4.3. Le mode de financement : un obstacle à lever

Le mode de financement de notre système de santé n'est pas étranger à notre difficulté à développer une première ligne forte et à donner un accès équitable aux soins de proximité requis. En effet, le fonctionnement du système de santé québécois à l'aide de trois enveloppes budgétaires étanches (celle des établissements, celle des médecins, celle des médicaments), et leur mode de paiement respectif, défavorisent d'une part le paiement de services à d'autres professionnels que les médecins, et d'autre part, la prestation de services dans d'autres lieux que l'hôpital. Dans les faits, dans le système actuel, la seule enveloppe budgétaire sur laquelle le gouvernement exerce un plein contrôle est celle des établissements. Par voie de conséquence, cette enveloppe devient la cible privilégiée des compressions pendant que les autres semblent ne pas trop subir de restrictions.

Actuellement, nombre d'infirmières praticiennes spécialisées de première ligne travaillent en GMF. Elles ne sont pas remboursées par la RAMQ pour les activités médicales qu'elles exercent. Elles sont rémunérées par leur « établissement-employeur » qui, en quelque sorte, prête des ressources au GMF. Pour cet établissement, il s'agit d'un élément dissuasif fort à l'embauche des IPS puisqu'il doit puiser à même son budget de fonctionnement déjà comprimé pour offrir les services de l'IPS aux patients. Si un médecin donne le même service, il est payé par la RAMQ et ainsi, ne grève pas le budget de l'établissement. Pourtant, pour la performance clinique et financière globale du système de santé, l'IPS représente une ressource appropriée aux besoins de l'utilisateur et moins coûteuse. Il apparaît que les modes de rémunération « deux poids deux mesures » défavorisent le déploiement des IPS au niveau souhaité. Voilà une illustration d'une conséquence liée au fonctionnement par enveloppes budgétaires distinctes et étanches.

De même, le financement des actes médicaux fait que l'offre de services des infirmières et d'autres professionnels, ainsi que leur autonomie de pratique dans leur champ d'exercice respectif, sont souvent limitées par la pratique médicale. Des situations récentes au Québec avec l'entrée en vigueur de l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les omnipraticiens sur leur rémunération en témoignent :

- en GMF, des médecins demandent maintenant d'effectuer la première visite de grossesse, une activité qui était jusqu'à présent souvent réalisée par l'infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmière clinicienne;
- des médecins demandent aussi de donner les vaccins aux enfants, une activité qui était largement confiée aux infirmières; cette demande des médecins entraîne un déplacement des usagers des cliniques de vaccination dans les CLSC vers les GMF.

Par ailleurs, nous constatons une augmentation du nombre de cliniques de consultation infirmière. Ces cliniques sont dirigées de façon autonome par des infirmières cliniciennes ou des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), en collaboration avec des médecins et d'autres professionnels et sont reconnues pour augmenter l'accès aux soins et services¹. L'expérience de ces cliniques, qu'elles soient publiques ou privées, montre que les soins et services donnés par une infirmière clinicienne ou une IPS, avec d'autres professionnels

¹ Par exemple, la clinique en cardiologie dirigée par les infirmières au CHUM^[10].

qui ne sont pas des médecins, répondent aux besoins de santé des patients. Dans la grande majorité des cas, le patient n'a pas besoin d'être dirigé vers un médecin^[11]. Ce mode de prestation des soins et services de santé montre clairement que le panier de services assurés ne peut plus être axé essentiellement sur les soins et services donnés par les médecins.

Il en va de même pour l'accès général aux soins et services dans la communauté. Prenons, par exemple, les soins palliatifs et de fin de vie établis à la suite de l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*^[12] qui privilégie les soins au domicile des personnes. La couverture par le régime public des médicaments de confort requis ne s'applique qu'aux patients soignés à l'hôpital. Il est bien évident qu'il y a là deux poids deux mesures, une situation qui défavorise le maintien des personnes à domicile, entrave leur souhait de mourir chez elles ainsi que la volonté gouvernementale de donner, le plus possible, les soins au domicile des patients.

Ces situations soulèvent des questions d'équité d'accès, de pertinence dans l'offre médicale de services et de coûts-bénéfices. Elles ont un impact négatif direct sur les services à la population et sur les coûts du système de santé. Il faut bien l'avouer, la couverture publique actuelle des services reflète peu l'évolution des approches cliniques, les besoins de santé autres que médicaux et le déplacement des soins et services du milieu hospitalier vers la communauté. Le financement en fonction du lieu et du dispensateur de soins est révolu. Il est grand temps que le financement de notre système de santé soit conçu en fonction des besoins des usagers afin qu'ils puissent recevoir les services dans les lieux les plus appropriés, donnés par les professionnels les plus adéquats à leurs besoins.

De fait, la couverture publique des services devrait favoriser un accès équitable aux services et aux professionnels répondant le mieux aux besoins de santé de la population.

Des pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Suède, pour n'en nommer que quelques-uns, ont entrepris des transformations importantes dans leurs modes de prestation et de financement des soins et services. Ces transformations ont misé sur les soins et services de proximité et le regroupement de différents prestataires de services autour des besoins des usagers. Les systèmes de santé de ces pays, qui relèvent principalement de l'État, affichent une meilleure performance que celui du Québec sous plusieurs aspects.

5. RECOMMANDATIONS

L'ensemble des préoccupations soulevées dans ce mémoire sur le panier de services assurés et l'absolue nécessité de donner aux Québécois un accès équitable à leur système de santé public amènent l'OIIQ à faire les recommandations suivantes.

5.1. Mettre en place un mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés

Il faut sortir d'une situation rigide et sans issue, mal adaptée à l'évolution des besoins de santé de la population, en se dotant d'un mécanisme de décision et de révision du panier de services assurés qui définit de façon adéquate la notion du « médicalement requis ». Pour ce faire, l'OIIQ propose que ce mécanisme soit placé sous la responsabilité d'une instance indépendante et impartiale qui fonctionnera à partir de critères justes et équitables s'appuyant sur les données scientifiques les plus récentes pour choisir ce qui doit être maintenu, ajouté ou retiré du panier des services assurés. De plus, le processus prévoira des échanges entre experts, praticiens et citoyens et un mécanisme de révision constant.

5.2. Désigner une instance indépendante et impartiale

L'OIIQ propose que la création de cette instance indépendante et impartiale s'appuie sur les expertises et les missions respectives de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

L'INESSS a « pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux en évaluant, notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels. Il émet des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal »^[13]. Il agit dans un souci constant d'équité et d'éthique.

« Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois »^[14]. Pour accomplir sa mission, le Commissaire apprécie notamment les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et consulte les citoyens, les experts et les acteurs du système de santé et de services sociaux^[14].

À eux deux, ces organismes possèdent les caractéristiques et les savoir-faire pour « délimiter la couverture publique en fonction de critères de qualité et d'efficacité, les choix devant être fondés sur la connaissance scientifique et la délibération publique »^[15] et agir dans le cadre d'un processus rigoureux et transparent.

Il s'agit d'un changement profond dans la façon de reconsidérer la couverture publique des soins et des services, mais il s'impose si l'on veut assurer à la population un accès équitable et aussi complet que possible au système public de santé et de services sociaux et en préserver la pérennité.

Les Suédois, les Norvégiens et les Danois se sont dotés les premiers de telles instances responsables des mécanismes de décision et de révision de leur panier de services assurés^[15]. Aujourd'hui, le Royaume-Uni dispose d'une organisation considérée comme exemplaire à travers le monde, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Ce pays arrive aux premiers rangs en ce qui concerne la mise en place de processus qui contribuent à un régime public de santé efficace et efficient.

Plusieurs groupes de travail, des chercheurs et des experts du domaine de la santé ont recommandé que le Québec s'inspire de ces pays, et plus particulièrement des Britanniques, pour se doter de mécanismes appropriés pour établir les priorités dans la couverture publique en soins de santé et services sociaux et favoriser les meilleures pratiques cliniques. L'OIIQ est d'avis que, plus que jamais, ces recommandations devraient se concrétiser.

5.3. Revoir la définition du « médicalement requis » en fonction des besoins de santé des personnes

La *Loi canadienne sur la santé*^[2] ne donne pas de définition de ce qui est médicalement requis, laissant aux provinces, en cohérence avec les principes qu'elle établit, la latitude de le définir selon leurs propres objectifs sociosanitaires et leurs cadres financiers.

« Actuellement, les services sont couverts par le régime public s'ils sont considérés comme « médicalement nécessaires » et « requis d'un point de vue médical ». Le Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* fournit une liste détaillée des services assurés dispensés en centre hospitalier, lorsque ces services sont requis du point de vue médical »^[15].

De son côté, la RAMQ fait référence aux services médicaux « qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien... ou par un médecin spécialiste » ainsi qu'aux « soins médicaux essentiels à la santé de la population »^[16].

En somme, notre système de santé fonctionne essentiellement selon la définition que les services médicalement requis sont ceux que donnent les médecins et les dentistes (pour certains groupes de personnes) et ceux offerts dans un hôpital. Les actes médicaux couverts dans le panier de services assurés sont essentiellement définis à la suite de négociations entre le gouvernement et les fédérations médicales et correspondent, au Québec, aux actes remboursés par la RAMQ.

Les soins et services en milieu hospitalier sont plus larges et englobent les activités diagnostiques et les services thérapeutiques fournis non seulement par les médecins, mais aussi par d'autres professionnels, et financés en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)^[17].

Interprétée ainsi, la notion de médicalement requis **restreint la discussion aux services donnés par un médecin ou dans un hôpital**. Elle n'inclut pas d'autres soins ou services requis par la personne, offerts par des infirmières ou d'autres professionnels hors des établissements publics, qui ont, ou pourraient avoir, un impact positif sur son état de santé.

De plus, l'offre de services des infirmières et d'autres professionnels ainsi que leur autonomie de pratique selon leur champ d'exercice peuvent être limitées par la pratique médicale et les services donnés par le médecin, même lorsqu'il y a intérêt à ce que ces services soient offerts par d'autres professionnels. Cette notion de « médicalement requis » offre peu de réponses, par exemple, aux besoins des personnes et des groupes aux prises avec des problèmes sociaux en forte croissance au cours des dernières décennies comme la toxicomanie, l'isolement social, la violence familiale et l'itinérance.

Cependant, ni la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*^[18] ni la *Loi sur l'assurance maladie*^[19] ne définissent la notion de ce qui est considéré par le régime public comme « médicalement nécessaire » et « requis d'un point de vue médical ». La situation est identique dans le cas de la *Loi canadienne sur la santé*^{42, 15]}.

Autrement dit, il n'y a pas d'obstacles législatifs à définir ce qui est « médicalement requis » sur de nouvelles bases. Le Québec pourrait donc, à l'intérieur de sa juridiction, définir la notion de « médicalement requis » en changeant de paradigme.

L'OIIQ est d'avis que cet exercice est fondamental et absolument requis selon le principe et l'objectif qui suivent : **donner un accès aux professionnels les plus appropriés pour répondre aux besoins de santé des personnes, sans entraîner de coûts pour les usagers.**

En clair, les soins et services à inclure dans le panier de services assurés doivent être déterminés en fonction des bénéfices pour le patient ou pour un groupe de population, et non en fonction du prestataire du service ou du lieu de prestation du service. Les services de santé et les services sociaux assurés doivent couvrir la gamme des besoins, allant de la prévention aux soins de fin de vie et doivent mettre à contribution les professionnels ayant les compétences et les habilitations les plus appropriées à ces besoins.

Par exemple, si la guérison dépend de l'intervention d'un physiothérapeute à domicile, il faut donner au physiothérapeute la possibilité de traiter la personne à son domicile, sans égard à sa capacité de payer.

De même, si la gestion et le suivi des maladies chroniques exigent les services de professionnels de diverses disciplines, il faut permettre à ces professionnels d'offrir ces services, sans les restreindre. Par ailleurs, en s'inspirant des meilleures pratiques, on pourrait, selon cet exemple, changer la proportion des ressources professionnelles affectées au traitement des maladies chroniques. Ainsi, dans certaines situations, la prestation des soins établie selon un ratio de dix médecins pour une infirmière, une nutritionniste, (etc.), pourrait passer à un ratio d'un médecin pour dix infirmières et deux nutritionnistes, (etc.). Les ratios utilisés ici sont fictifs et ils ne servent qu'à illustrer notre propos, ils ne constituent pas nécessairement des ratios jugés efficaces ou prometteurs.

Ces exemples – et il y en aurait plusieurs autres – démontrent qu'il est impératif de prendre acte que la réponse adéquate à des besoins importants de la population implique des professionnels de disciplines variées qui offrent des services hors du milieu hospitalier et de revoir en conséquence la définition du « médicalement requis ».

5.4. Revoir le mode de financement

Nous savons que cette proposition peut susciter des craintes quant à la capacité du gouvernement de financer cette nouvelle définition du « médicalement requis ». Toutefois, plusieurs pays ont introduit, dans leur couverture publique, d'autres professionnels compétents et habilités à répondre aux besoins de la population. Ils en ont retiré des avantages notables sur l'efficacité et la performance clinique et financière de leur système de santé.

En effet, les modèles internationaux d'organisation de soins qui obtiennent les meilleurs résultats favorisent, par leur mode de financement et leur mode de rémunération, la pratique de groupe, la multidisciplinarité, les services de proximité, les rôles professionnels de pointe et innovants, dont les rôles infirmiers, ainsi que la coordination des soins et services.

Revoir le mode de financement du système québécois est devenu impératif. De nombreuses commissions, des groupes de travail et des experts se sont penchés sur la question et recommandent tous des changements importants à la fois pour améliorer l'accès, s'assurer d'un accès équitable et réduire les coûts de système. Les constats aussi sont assez consensuels : les mécanismes de rémunération des médecins et le financement axé sur les ressources les plus chères comme les hôpitaux n'incitent pas à adopter les meilleures pratiques. Plusieurs solutions existent. Il faut les mettre en pratique et aller de l'avant. Il n'est pas exagéré d'affirmer que passer à l'action relève d'une nécessité absolue.

Aux yeux de l'OIIQ, il est très clair que la révision du mode de financement devrait viser en premier lieu à favoriser le déploiement des soins de proximité. À cet effet, citons encore l'exemple inspirant du Royaume-Uni qui possède une structure de services dans la communauté apparentée aux GMF et dont le système de santé est reconnu comme l'un des meilleurs au monde.

Le mode de financement par capitation du Royaume-Uni accorde aux médecins en première ligne un budget leur permettant d'acheter les soins et services requis par l'utilisateur, notamment des services professionnels. Ainsi, le financement est associé non pas à l'acte médical, mais aux soins de santé et aux services sociaux requis par l'état et les problèmes de santé de l'utilisateur. Cette approche de paiement encourage la prestation de services préventifs et thérapeutiques efficaces et favorise l'intégration de différents professionnels autour des besoins des usagers.

5.5. Adopter des critères pour soutenir les choix relatifs à la couverture publique

Actuellement, certains critères sont utilisés pour soutenir la décision sur la couverture publique des soins de santé et des services sociaux. Dans son guide de consultation^[3], le CSBE présente neuf critères :

- les bénéfices supplémentaires que le service apporte (par exemple, des bénéfices sur l'efficacité, comme l'augmentation de la durée de vie ou l'amélioration de sa qualité, ou encore des bénéfices sur la sécurité, telle la diminution des risques pour la santé);
- la gravité de la maladie ou du problème de santé;
- le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème de santé;
- l'urgence du besoin;
- l'absence d'un soin efficace déjà remboursé par l'État;
- l'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société;
- l'importance des coûts que l'État devrait assumer;
- l'importance des coûts du service pour l'État par rapport aux bénéfices qu'il apporte;
- la solidité des données scientifiques.

L'OIIQ souscrit à ces critères et propose qu'ils soient adoptés par l'instance indépendante et impartiale qui sera responsable du processus de décision et de révision du panier de services assurés.

5.6. Ajouter une étape supplémentaire à la révision du panier de services assurés

Chaque fois que le panier des services assurés est révisé et que les choix sont établis à la lumière des critères adoptés pour décider de la couverture publique, l'OIIQ propose que les parties prenantes marquent un temps d'arrêt pour s'assurer qu'aucune **iniquité inacceptable** ne soit ainsi créée.

L'OIIQ entend par iniquité inacceptable une situation d'iniquité dont nul ne peut souhaiter qu'elle advienne et qui ne devrait jamais se concrétiser. Cette iniquité devrait être « nommée », prise en compte et faire l'objet d'une veille constante. L'OIIQ croit sincèrement que cette notion constitue une considération éthique des plus intéressantes pour ne pas perdre de vue le principal objectif : un accès équitable aux soins et services.

5.7. Souscrire à la position du Protecteur du citoyen sur les frais accessoires

En toute cohérence avec ses valeurs et les principes qui le guident pour favoriser un accès équitable aux soins, l'OIIQ appuie le Protecteur du citoyen dans sa suggestion de faire « un premier pas qui consiste à interdire les frais accessoires pour les services assurés et pour lesquels les médecins participant au régime public sont rémunérés »^[7].

5.8. Retirer du panier de services assurés les interventions désuètes ou démontrées inefficaces

Dans son guide de consultation, le CSBE souligne que des interventions désuètes ou dont l'efficacité est remise en question sont encore remboursées. Selon l'OIIQ, il est bien évident qu'il faut les retirer du panier de services assurés afin de pouvoir y introduire des interventions de pointe. On entend souvent des personnes crédibles affirmer que 30 % de l'offre de soins serait désuète, plus ou moins pertinente, sans grande efficacité. Tout comme pour la décision d'ajouter ou de maintenir des activités, celles qui sont remises en question devraient faire l'objet d'un processus d'examen selon les critères de choix déterminés.

5.9. Moduler l'encadrement de certains services assurés en fonction de l'évolution de connaissances scientifiques et des consensus d'experts

Plusieurs intervenants, dont bon nombre d'experts, suggèrent chaque année des solutions pouvant améliorer la qualité des soins et des services en fonction de l'évolution des connaissances sur l'efficacité de certains services assurés ou sur la pertinence de les offrir. Nous pensons notamment aux situations de surdiagnostic, de surtraitement, à certains programmes de dépistage, aux bilans de santé annuels pour les personnes en bonne santé et à la pharmacothérapie. Souvent ces services doivent être donnés mais à des fréquences différentes, par d'autres professionnels, avec des cibles

différentes ou de tout autre manière. Il ne s'agit pas nécessairement de les retirer du panier de services assurés, mais plutôt de les baliser ou de les offrir autrement pour qu'ils produisent des résultats optimaux.

6. CONCLUSION

Le panier de services assurés actuel est centré sur les actes médicaux et les services offerts en milieu hospitalier. Cependant, nous savons que certains services peuvent être fournis par des infirmières en établissement et en clinique médicale, en pratique autonome ou en collaboration avec le médecin (notamment dans les GMF). De plus, les soins de santé et les services sociaux offerts par les infirmières et par d'autres professionnels hors des établissements publics représentent une réponse substantielle aux besoins de santé de la population.

L'accès à ces services n'est pas équitable pour une grande partie de la population québécoise du fait qu'ils ne font pas partie du panier de services assurés ou ne sont pas suffisamment déployés dans le réseau public de santé et de services sociaux.

Les soins de santé et les services sociaux offerts par les infirmières et d'autres professionnels doivent être davantage intégrés à la couverture publique des services. De plus, les inclure dans les soins et services universels couverts par l'État ou dans le régime public d'assurance faciliterait la transformation de notre système de santé souhaitée depuis longtemps, en assurant l'adaptation des modes de prestation des soins et services et de meilleurs résultats en matière d'accès et d'utilisation optimale des ressources.

7. RÉFÉRENCES

1. Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf
2. *Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985, chapitre C-6.
3. Commissaire à la santé et au bien-être. (2015). *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PanierServices/CSBE_Guide_consultation_Panier_services.pdf
4. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Soins infirmiers de l'avenir*. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/dossiers-strategiques/soins-infirmiers-de-lavenir>
5. Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
6. Fleury, É. (2015-10-14). *Frais accessoires: 113 cliniques visées par la demande de recours collectif*, *Le Soleil*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201510/13/01-4909524-frais-accessoires-113-cliniques-visees-par-la-demande-de-recours-collectif.php>
7. Le Protecteur du citoyen. (2015-10-05). *Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés*, lettre de R. Saint-Germain, La protectrice du citoyen, adressée au Ministre de la Santé et des Services sociaux et aux Membres de la Commission de la santé et des services sociaux.
8. Canadian Institute for Health Information. (2015). *How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey of Older Adults*. Repéré à <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC1251>
9. Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé : résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2014.pdf
10. *En cardiologie, une clinique dirigée par des infirmières*. (2016-01-04). *Nouvelles du CHUM*. Repéré à <http://www.chumontreal.qc.ca/salle-de-presse/nouvelles-du-chum/en-cardiologie-une-clinique-dirigee-par-des-infirmieres>

11. Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J., . . . Lachapelle, K. (2015). *La Coopérative de solidarité SABSA. Rapport préliminaire. Projet de recherche ESPI*. Repéré à <http://pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/09/Sabsa-FINAL.pdf>
12. *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, chapitre S-32.0001.
13. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). À propos de l'Institut. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/a-propos/a-propos-de-linstitut.html>
14. Commissaire à la santé et au bien-être. (2013). La mission du Commissaire. Repéré à <http://www.csbe.gouv.qc.ca/commissaire/organisation/mission.html>
15. Groupe de travail sur le financement du système de santé. (2008). *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée : rapport*. Repéré à http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf
16. Régie de l'assurance maladie du Québec. (2015). Services médicaux. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-medicaux.aspx>
17. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.
18. *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, chapitre A-28.
19. *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, chapitre A-29.
20. *Loi sur les infirmières et infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8.

8. ANNEXE : CHAMP D'EXERCICE INFIRMIER

Pour apprécier la contribution de la profession infirmière aux objectifs du système de santé, il nous semble important de présenter en détail le champ d'exercice infirmier ainsi que la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée.

La *Loi sur les infirmières et les infirmiers*^{20]} définit, à l'article 36, le champ d'exercice infirmier de la façon suivante :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

Dix-sept activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

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

15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;

17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins ».

En ce qui concerne l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*^[20] définit le cadre de pratique de l'IPS :

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

1° prescrire des examens diagnostiques;

2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;

3° prescrire des médicaments et d'autres substances;

4° prescrire des traitements médicaux;

5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice ».