

AVRIL 2016

COLLECTION SANTÉ

CLINIQUES DE SUPERINFIRMIÈRES : UNE SOLUTION FLEXIBLE POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Par Youri Chassin et Alexandre Moreau

Le statut d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, aussi décrite comme « superinfirmière », autorise cette professionnelle de la santé à poser des diagnostics et à prescrire certains médicaments. On lui délègue donc des pouvoirs qui étaient auparavant l'apanage des médecins. Parmi les 225 superinfirmières en exercice au Québec en 2015¹, certaines ont même ouvert des cliniques regroupant infirmières et professionnels de la santé sans médecin sur place pour superviser l'activité quotidienne. Dans un système de santé caractérisé par une approche bureaucratique, un rationnement des services et un accès difficiles aux soins, le cas des cliniques d'infirmières praticiennes illustre à quel point il est difficile pour les solutions innovantes de s'imposer.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Premier point de contact avec le système de santé, la première ligne est d'une importance stratégique dans l'amélioration de l'accès aux soins et dans l'orientation vers les soins appropriés, y compris les soins spécialisés. Les soins de premières lignes offerts en périphérie des hôpitaux, notamment par des cabinets privés, des pharmacies, des cliniques médicales ou des centres communautaires, ont pour but d'assurer la prévention des maladies et la promotion de la santé, tout en offrant divers traitements sur une base continue.

La volonté de développer les soins de première ligne hors des hôpitaux ne date pas d'hier puisque, dès le début des années 1970, c'est la préoccupation qui motivait la mise sur pied des centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec et le développement en parallèle des cabinets privés. Pour pallier certaines lacunes des CLSC, le gouvernement a opté au début des années 2000 pour le déploiement



des Groupes de médecine de famille (GMF) qui œuvrent en étroite collaboration avec des infirmières. Aujourd'hui, 293 CLSC, environ 250 GMF et plus de 800 cabinets privés constituent principalement le réseau de soins de première ligne au Québec, en plus de 118 hôpitaux².

Malgré les ressources de plus en plus importantes qui y sont consacrées depuis plus de vingt ans, les difficultés d'accès aux soins de première ligne constituent le talon d'Achille du système de santé québécois. Les temps d'attente pour obtenir les soins requis demeurent toujours aussi préoccupants. Selon les données de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015, à peine 13 % des médecins de famille du Québec rapportent que leurs patients peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant. En guise de comparaison, 37 % de leurs collègues ontariens sont de cet avis³. Qui plus est, environ le quart de la population québécoise n'a pas de médecin de

Cette Note économique a été préparée par **Youri Chassin**, économiste et directeur de la recherche à l'Institut économique de Montréal, et titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal, et **Alexandre Moreau**, analyste en politiques publiques à l'IEDM.

La **Collection Santé** de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'initiative privée permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.



Tableau 1

Les problèmes d'accès aux soins de première ligne au Québec			
INDICATEUR	QUÉBEC	ONTARIO	CANADA
Proportion de la population n'ayant pas de médecin de famille régulier	24,6 %	8,3 %	15 %
Proportion des médecins de famille donnant des rendez-vous le jour même ou le jour suivant	13 %	37 %	28 %
Hospitalisations évitables dues au manque d'accès aux soins de première ligne (taux normalisé par 100 000 habitants)	21 017 (275)	34 224 (267)	96 387 (289)
Proportion des visites évitables à l'urgence	n.d.	n.d.	21 %
Décès évitables dus au manque d'organisation des soins de première ligne (taux par 100 000 habitants)	16 398 (74,3)	25 984 (70,1)	68 635 (71,8)

Sources : Voir notes de fin 3 à 8.

famille régulier, soit la proportion la plus élevée des dix provinces canadiennes⁴.

Le manque d'accessibilité aux soins de santé de première ligne peut avoir des conséquences directes sur la santé des individus. Annuellement, ce sont plus de 21 000 hospitalisations qui pourraient être évitées au Québec advenant un meilleur accès aux soins de première ligne⁵. Une meilleure organisation de ces soins pourrait également minimiser le nombre de décès indirectement attribuables à un manque d'accessibilité, soit 16 398 par année⁶. De plus, au Canada, 21 % des visites dans les salles d'urgence sont potentiellement évitables⁷, des cas qui pourraient bien souvent être pris en charge par des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, seules ou en collaboration avec un médecin⁸ (voir Tableau 1).

QU'EST-CE QU'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE?

La présence d'infirmières praticiennes présente un grand potentiel d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne. L'existence d'une spécialisation en soins de première ligne remonte à 2007 au Québec, à la suite d'une entente avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec⁹. Auparavant, il existait quelques infirmières praticiennes dans trois spécialités : la néonatalogie (les problèmes médicaux des nouveau-nés, notamment les maladies congénitales ou les naissances prématurées), la néphrologie (les maladies touchant les reins) et la cardiologie. Le système de santé québécois n'en comptait toutefois que 29 en 2008¹⁰.

Ces trois spécialités s'exercent pratiquement exclusivement en contexte hospitalier. La spécialité en soins de première ligne ouvre donc de nouvelles possibilités, comme l'exercice de la profession en clinique, hors des hôpitaux.

Obtenu après des études de maîtrise en sciences infirmières et l'acquisition d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)¹¹, ce statut permet d'exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins, soit :

- la prescription de médicaments et d'autres substances;
- la prescription d'examens diagnostiques;
- la prescription des traitements médicaux;
- l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou qui présentent des risques de blessure; et
- l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux invasifs ou qui présentent des risques de blessure¹².

Ce sont plus de 21 000 hospitalisations qui pourraient être évitées au Québec advenant un meilleur accès aux soins de première ligne.

En d'autres mots, les principales responsabilités supplémentaires dont ont hérité les superinfirmières consistent dans le traitement des problèmes de santé courants et des urgences mineures. Elles peuvent s'occuper des cas d'amygdalites, d'otites ou de sinusites, de certaines ITSS¹³, prescrire certains antibiotiques pour les affections courantes, prescrire la pilule anticonceptionnelle, faire des points de suture, etc.¹⁴

Plusieurs de ces problèmes de santé, relativement fréquents et mineurs, occasionnent encore des visites à l'urgence lorsqu'on

n'a pas de médecin de famille ou qu'on ne peut obtenir un rendez-vous rapidement. Le rôle d'infirmière praticienne permet d'améliorer la réponse à ces urgences et d'augmenter ainsi l'accès aux soins de première ligne. Accroître le rôle des pharmaciens, une autre avenue mise de l'avant actuellement, procède de la même logique d'assouplir des règles rigides¹⁵.

L'EXPÉRIENCE ONTARIENNE

Plusieurs pays ont octroyé davantage de responsabilités aux infirmières bien avant le Québec. En Angleterre, depuis les années 1990, certaines infirmières peuvent prescrire des médicaments. La Norvège compte depuis un certain nombre d'années des cliniques dirigées par des infirmières¹⁶.

Plus près du Québec, en date de mars 2015, l'Ontario comptait 2587 infirmières praticiennes spécialisées dont 1897 détenaient une spécialisation en soins de première ligne¹⁷. Le gouvernement de la province encourage la création de cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien. Il a annoncé en février 2007 l'établissement de 25 de ces cliniques pouvant desservir 40 000 patients, les premières ayant vu le jour en 2009¹⁸.

Les infirmières praticiennes dirigent les activités des différents professionnels de la santé sans médecin sur place. Toutefois, un médecin de famille collaborateur est disponible pour les cas qui dépassent leur champ d'exercice.

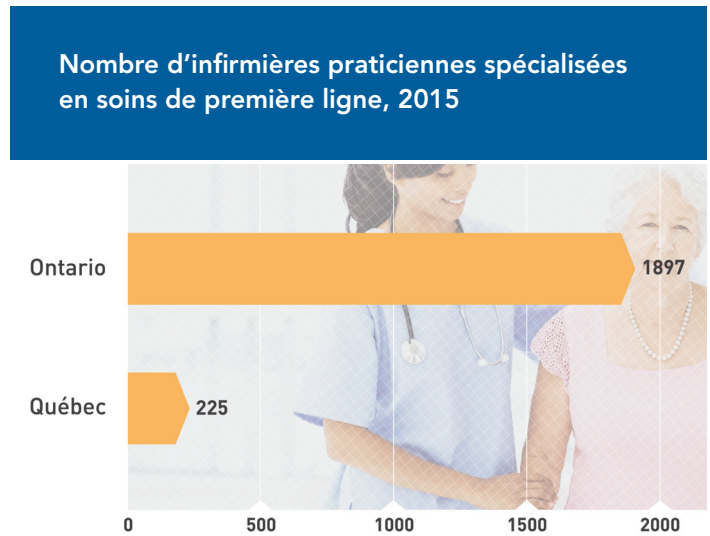
Le gouvernement ontarien voit dans ces cliniques une solution pour accroître l'accès aux soins de santé familiale, particulièrement pour les Ontariens n'ayant pas de médecin de famille¹⁹. Ces cliniques peuvent jouer plusieurs rôles utiles selon une approche souple répondant aux besoins de leurs clientèles. Elles permettent notamment d'aiguiller les patients dans le système de santé en les dirigeant vers les bons services de seconde ligne. Elles répondent aussi à un besoin de prévention, par exemple en participant à la stratégie de dépistage des cancers ou en prenant en charge des cas de maladies chroniques.

LES CLINIQUES DIRIGÉES PAR LES SUPERINFIRMIÈRES AU QUÉBEC

Le contraste entre les approches québécoise et ontarienne s'illustre avec clarté lorsqu'on compare le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans les deux provinces, l'Ontario en comptant huit fois plus (voir Figure 1). Le nombre de cliniques dirigées par des superinfirmières est à l'avenant. Dans le cadre des travaux menés pour la rédaction de cette *Note économique*, nous en avons répertorié six au Québec contre plus de 25 en Ontario²⁰.

Le rôle d'infirmière praticienne permet d'améliorer la réponse à ces urgences et d'augmenter ainsi l'accès aux soins de première ligne.

Figure 1



Sources : Voir notes de fin 1 et 17.

L'approche proactive adoptée par la province voisine tranche avec celle du ministère de la Santé québécois. Ce dernier reconnaît la capacité des infirmières praticiennes à travailler sans qu'un médecin ne supervise physiquement leur pratique, mais il souhaite préserver le modèle unique des GMF²¹.

Cependant, le fonctionnement des GMF est régi par une multitude de règles caractéristiques d'une approche centralisée plutôt que par le cadre souple d'une approche libéralisée. On impose par exemple 68 heures de services, on spécifie des taux d'assiduité à respecter ou on stipule une pondération des inscriptions selon la sévérité des cas pris en charge²².

Les initiatives comme les cliniques dirigées par des superinfirmières, parce qu'elles ne répondent pas à ce cadre précis, ne sont donc pas financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour un même acte médical, une infirmière praticienne coûte pourtant au système de santé environ trois fois moins cher qu'un médecin omnipraticien. Alors que ce dernier compte en moyenne sur des revenus bruts de 264 000 \$, la superinfirmière la plus expérimentée obtiendra 93 700 \$²³. Une organisation moins rigide des soins de santé mettrait cette différence à profit pour optimiser l'utilisation des ressources, surtout que selon certaines études, de 25 % à 70 % du travail des médecins généralistes en soins de santé primaires pourrait être effectué par des infirmières, avec référence ultérieure au médecin si nécessaire. Les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes mentionnent qu'elles n'ont besoin d'une supervision de leur médecin de référence que dans moins de 5 % des cas²⁴. Autrement dit, leurs compétences actuelles sont suffisantes pour répondre de façon relativement autonome à un grand nombre de problèmes de santé mineurs.

D'autre part, les superinfirmières ne peuvent travailler plus de 35 heures par semaine dans le secteur public au Québec. Il est toutefois possible, au-delà des 35 heures, de travailler au sein des cliniques privées, ce qui explique l'émergence de plusieurs de ces cliniques au Québec durant la dernière année. Les cliniques privées offrent davantage de flexibilité que le réseau public et mise davantage sur toutes les compétences dévolues aux infirmières praticiennes²⁵.

D'autres irritants sont présents : faible nombre de places disponibles dans les programmes de formation d'infirmière praticienne, manque de reconnaissance par la SAAQ ou la CSST, limitation de la liste des médicaments qu'elles peuvent prescrire²⁶.

Une infirmière praticienne coûte au système de santé environ trois fois moins cher qu'un médecin omnipraticien.

La résistance au changement mérite aussi d'être mentionnée. Selon le Dr Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la place des infirmières se limite à aider et soutenir les médecins. Les innovations comme les cliniques dirigées par les infirmières n'ont « pas leur place dans le réseau de la santé », selon lui, bien que les patients, eux, affluent²⁷.

CONCLUSION

Pour pallier le manque d'accessibilité à un médecin de famille et aux soins de première ligne en général, il est primordial que les ressources disponibles soient utilisées de la façon la plus efficace possible. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne représentent une solution pour ceux qui n'ont pas facilement accès à un médecin de famille et les cliniques qu'elles dirigent répondent justement à une telle demande.

Malheureusement, l'approche bureaucratique des soins de première ligne qu'a adoptée le gouvernement du Québec ne permet pas l'émergence de nouveaux modèles de soins. En adoptant une approche libéralisée et en faisant davantage confiance aux professionnels sur le terrain comme les pharmaciens, les médecins au sein des GMF et les superinfirmières, l'accès aux soins de première ligne en serait pourtant amélioré, ainsi que la qualité générale du système de santé québécois.

RÉFÉRENCES

1. Effectifs en date du 31 mars 2015. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015 : Le Québec et ses régions*, 2015, p. 16.
2. Mylaine Breton et al., « L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 42, no 2, avril-juin 2011, p. 102-103; Index santé, Répertoire santé, mars 2016; Jessica Nadeau, « Barrette veut "quadriller le Québec de GMF" », *Le Devoir*, 27 mai 2015.
3. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015, 28 janvier 2016, p. 9.
4. Statistique Canada, Tableau CANSIM no 105-3024 : Personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2013.
5. Basé sur le taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans à partir de la population de 2013. Calculs de l'auteur; Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 : Résultats et analyses*, septembre 2015, p. 16 et 41; Statistique Canada, Tableau CANSIM 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, 2015.
6. Représente les décès prématurés ayant des causes qui auraient pu être traitées par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, tels que le dépistage et le traitement efficace d'une maladie. Statistique Canada, Tableau CANSIM 102-4311 : Mortalité prématurée et potentiellement évitable, moyenne de trois ans, 2009-2011.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence* (fichier Excel), novembre 2014. Ces données étaient uniquement disponibles dans certaines provinces.
8. Institut canadien d'information sur la santé, Tableaux de données : Sources de visites potentiellement évitables au service d'urgence, Onglet 4, novembre 2014; Gouvernement du Québec, *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, article 8 à 8.7, janvier 2016.
9. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, *Lignes directrices pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, 2^e édition, mise à jour 2014, p. 6.
10. Institut canadien d'information sur la santé, Tableaux de données : Les infirmières autorisées 2014.
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Infirmière praticienne spécialisée*.
12. Gouvernement du Québec, *Infirmier praticien spécialisé*.
13. ITSS : infections transmissibles sexuellement ou par le sang (gonorrhée, chlamydia, syphilis, VIH, etc.).
14. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, *op. cit.*, note 9, p. 8-10 et 34, et entrevue avec Kim Dupuis, infirmière praticienne et copropriétaire de la Clinique Santé Praticienne +, à St-Hippolyte.
15. Voir Yanick Labrie, « Accroître le rôle du pharmacien pour améliorer l'accès aux soins », Note économique, IEDM, avril 2015.
16. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale*, 2015, p. 20.
17. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Membership Statistics Highlights 2015*, décembre 2015, p. 7.
18. Gouvernement de l'Ontario, *Introduction aux cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien*, avril 2010, p. 3-4.
19. *Ibid.*, p. 6.
20. Au Québec, il s'agit de la Clinique Santé Praticienne + de St-Hippolyte, de la Coopérative de solidarité SABSA à Québec, de la Clinique de soins infirmiers du Campanile à Québec, de la Clinique Curaprim sur la Rive-Sud, de la Clinique de soins infirmiers de la Capitale et de la clinique Accès santé praticienne à Notre-Dame-des-Prairies. Gouvernement de l'Ontario, *Principales observations : Plans d'amélioration de la qualité 2014-2015 (Soins primaires)*, 2014, p. 4; Nurse Practitioners' Association of Ontario, *Nurse Practitioner-Led Clinics*.
21. Isabelle Porter, « Le ministre Barrette ouvert aux cliniques sans médecin », *Le Devoir*, 26 mars 2015.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Cadre de gestion : Groupe de médecine de famille (GMF) et groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R)*, juillet 2015, p. 2-4. Les GMF desservant des régions comptant moins d'habitants peuvent obtenir des exemptions quant aux heures d'ouverture.
23. Commission de la santé et des services sociaux du Québec, *L'étude des crédits 2014-2015 : Régie de l'assurance maladie du Québec—Réponses aux questions générales et particulières*, p. 123. Les médecins étant des travailleurs autonomes, ils peuvent déduire des dépenses de leurs revenus bruts. Leurs revenus nets imposables s'élevaient en moyenne à 219 200 \$ (données de 2012-2013); Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Infirmière praticienne spécialisée*.
24. Damien Contandriopoulos et al., *Rapport préliminaire : La Coopérative de solidarité SABSA*, juin 2015, p. 17 et entrevue avec Kim Dupuis, infirmière praticienne et copropriétaire de la Clinique Santé Praticienne + à St-Hippolyte.
25. Ariane Krol, « La preuve par l'infirmière », *La Presse +*, 19 mars 2016.
26. Pascale Breton, « Six freins à la profession de super infirmière », *La Presse*, 5 avril 2014.
27. Élisabeth Fleury, « Les médecins appuient la clinique sans médecin », *La Presse*, 22 janvier 2016.

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit. Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source. Institut économique de Montréal © 2016