

**Mémoire présenté dans le cadre de la**  
**Commission d'étude sur les services de santé et les**  
**services sociaux**

par

**Force jeunesse**



**Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec**

**COMITÉ JEUNESSE**

**AJMQ**



19 octobre 2000

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos</b>	1
<b>Introduction</b>	2
<b><u>Chapitre 1 : Promotion de la santé et prévention de la maladie</u></b>	5
Grandes orientations gouvernementales	6
Un succès mitigé au Québec	7
Quelques pistes de solutions	
Financement de la promotion de la santé et prévention de la maladie	8
Des cliniques préventives intégrées à la structure de CLSC	10
Promouvoir la recherche en promotion de la santé et prévention de la maladie	12
Collaboration accrue entre les différents ministères	13
<b><u>Chapitre 2 : La transformation du réseau</u></b>	15
Avons-nous réellement réussi le virage ambulatoire?	15
Adapter les services de première ligne aux nouveaux besoins	17
Une technologie sans cesse plus coûteuse	18
Un accès plus rapide aux services de santé	19
<b><u>Chapitre 3 : Ressources humaines</u></b>	21
Conséquences de la rareté des ressources	22
Vers une saine transmission intergénérationnelle des connaissances	24
Une utilisation des ressources humaines adaptée aux besoins actuels	25
La nécessité de la collaboration interprofessionnelle	26
<b><u>Chapitre 4 : Fondation pour la pérennité du système de santé</u></b>	29
Tableau X	32
<b>Conclusion</b>	33
<b>Bibliographie</b>	34

## **Avant-propos**

**Force Jeunesse** est un regroupement de jeunes travailleurs(euses) et professionnels(elles) qui œuvrent pour l'amélioration des conditions de travail et les perspectives d'avenir des jeunes. Ainsi, les personnes qui se sont associées au sein de Force Jeunesse sont directement concernées par les questions touchant notre système de santé et de services sociaux.

Le groupe s'est principalement fait connaître par la lutte qu'il a menée contre l'usage de clauses «orphelin» dans les contrats de travail. Force Jeunesse a également participé au Sommet du Québec et de la jeunesse en février 2000.

### ***Les associations membres de Force Jeunesse :***

- Association de défense des jeunes enseignants du Québec (ADJEQ);
- Association des étudiantes et des étudiants de Laval inscrits aux études supérieures (AELIÉS);
- Association des étudiants aux grades supérieurs de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (AEGSFM);
- Association des jeunes de la fonction publique (AJFP);
- Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ);
- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- Conseil des jeunes décideurs de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec;
- Groupe d'action pour l'égalité et l'équité salariale du SPCUM (GAPES);
- Jeunesse du monde;
- Syndicat des employés des cinémas (AIEST-262, FTQ);
- Syndicat TCA (Unité Air Canada, section locale 2213-FTQ).

### **Rédaction du mémoire :**

Martin Koskinen, Président de Force Jeunesse  
Karine Labarre, Présidente du Comité jeunesse de l'OIIQ

### **Collaborateurs :**

Benoit Gareau, Force Jeunesse  
Stéphane Grenier, Force Jeunesse  
Frédéric Lapointe, Secrétaire général de Force Jeunesse  
Joël Monzée, Président de l'AEGSFM  
Ziad Nasreddine, Président de l'AJMQ  
Johanne Rioux, Vice-présidente de l'AJMQ

## Introduction

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux nous convie à une consultation portant sur les enjeux auxquels fait face le système public de santé et des services sociaux ainsi que sur les avenues de solutions. Plus spécifiquement, elle demande aux groupes invités à concentrer leurs efforts à la recherche de solutions aux défis financiers et organisationnels de notre réseau.

Cela dit, l'essence même de notre participation s'explique par une volonté d'être présents et actifs lors des débats sur les défis collectifs qui confrontent la société québécoise. D'autant plus que l'héritage légué aux jeunes est souvent compromis par des choix de nos élites qui ne considèrent aucunement les effets sur les générations montantes ou futures. L'obsession du présent et la gestion de crises éphémères occultent bien souvent les conséquences néfastes de ces façons de faire. Qui peut nier que l'endettement excessif de nos gouvernements est à l'origine des compressions draconiennes qu'a subit notre système de santé? Les mises à la retraite improvisées des dernières années ne sont-elles pas en partie responsables des maux que nous connaissons? Il existe une multitude d'exemples pour illustrer que nos dirigeants ont fait, trop souvent, le pari du présent contre l'avenir au Québec. Nous ne prétendons pas être de parfaits prophètes mais des citoyens qui sont préoccupés par le devenir de la société québécoise.

Les jeunes travailleurs de la santé et des services sociaux sont les héritiers du système de santé actuel. Ils ne peuvent céder à la morosité et au cynisme ambiants dans l'espace public. Comme l'a si bien écrit Fernand Dumont, *«les problèmes collectifs ne disparaissent pas parce que nous en avons trop parlé ; ils subsistent parce que nous ne les avons pas résolus. Ne point céder à la lassitude et les remettre obstinément sur la place publique semblent les devoirs élémentaires de qui ne renonce pas à la réflexion»*<sup>1</sup>. Les acteurs du système de santé et des services sociaux et la population doivent de bonne foi retrousser leurs manches et faire face aux défis présents. Le climat de travail morne et le message de résignation tenu par certains acteurs n'aident en rien à la recherche de solutions. C'est donc avec volonté et conviction que Force Jeunesse, le Comité jeunesse de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, l'Association des étudiants aux grades supérieurs de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et l'Association des jeunes médecins du Québec vous soumettent leurs idées et leurs réflexions afin de contribuer à la recherche de solutions qui seront bénéfiques à court, moyen et long termes pour les services de santé et les services sociaux québécois.

---

<sup>1</sup> Fernand Dumont, *Raisons communes*, Montréal, Boréal, 1995, p. 252

**La motivation à la base de nos réflexions est l'offre et le maintien à long terme de services et de soins de qualité pour tous les citoyennes et citoyens.** Elle doit être la préoccupation première de tous les acteurs impliqués dans les services de santé et les services sociaux. À cela s'ajoute un souci pour le maintien de la santé et de la qualité de vie de nos concitoyens, en axant davantage nos interventions sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Cette motivation et ces orientations doivent s'insérer dans des pratiques et des politiques qui pondèrent les besoins actuels, et les demandes de soins de santé à prévoir dans les prochaines années. Il est primordial que nos élus, les acteurs du système de santé et des services sociaux et la population comprennent les défis de financement qui pèseront, dans un avenir prochain, sur notre régime de soins. Nous suggérons dans notre mémoire un moyen pour faire face aux coûts croissants de la santé et des services sociaux. L'équité entre les générations et la responsabilisation vis-à-vis l'avenir sont les prémisses qui guident cette suggestion.

**Nous nous présentons d'emblée comme étant des partisans d'un système public de santé et de services sociaux.** De plus, nous affirmons sans réserve que le caractère universel de notre système doit être sauvegardé. L'humanisme de la société québécoise se mesure en partie par sa volonté d'assurer à tous ses citoyennes et citoyens l'accès à des soins de santé et des services sociaux. L'arbitrage quant au niveau d'accès et la disponibilité des soins doit se faire par une véritable délibération à l'intérieur de notre société. Nous sommes d'avis qu'un système public financé par nos taxes et impôts est le meilleur moyen d'assurer une contribution et un intérêt marqué des plus privilégiés de notre société, quant à la qualité de services et des soins offerts pour l'ensemble de la population. La pression politique exercée par les citoyens est, malgré tout, le meilleur gage de protection contre l'érosion de la qualité des services de santé et de services sociaux pour toute la population québécoise. Il faut ajouter qu'une éclaircie se pointe au niveau financier (contribution accrue du gouvernement fédéral au Transfert social canadien)<sup>2</sup> et que la fin des compressions nous offre une période d'accalmie pour faire les choix judicieux devant mettre fin aux ratés qu'a connus notre régime public.

L'opportunité qui s'offre à nous doit être saisie et comprise par tous, en raison des conséquences malheureuses qui pourraient s'abattre sur nous par manque de prévoyance et de volonté. Les statistiques et les prévisions sont probantes quant aux coûts croissants des dépenses de santé et des services sociaux<sup>3</sup> dont sont responsables les changements démographiques, les développements technologiques (médicaments et équipements) et les nouveaux besoins. Il serait déplorable que notre génération soit placée devant des choix déchirants, dont le

---

<sup>2</sup> Hélène Buzetti, «Des attentes partiellement comblées», *Le Devoir*, 12 septembre 2000

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Le système québécois de santé et de services sociaux*, 9 juin 2000

démantèlement du réseau public de santé ou même le désengagement financier de l'État dans des secteurs aussi primordiaux que le financement de l'éducation supérieure ou l'environnement afin de soutenir les dépenses en santé. Il ne faut jamais oublier que le ratio du nombre de travailleurs sur le nombre de retraités qui se situe à 4.7 aujourd'hui se situera à 2,1 en 2050<sup>4</sup>. Donc, afin que les générations montantes et futures puissent soutenir pleinement les charges sociales dont elles auront la responsabilité, il faut qu'on leur donnent les outils et les moyens d'y parvenir.

Il est vrai que le sous-financement du réseau, ces dernières années, a accentué les problèmes quotidiens. Mais malgré le manque de ressources financières, il est faux de prétendre qu'un réinvestissement pur et simple permettra à notre système de combler ses lacunes. Il est grandement temps que les ajustements et les réformes des façons de faire soient remises à l'ordre du jour. Les leçons du passé doivent nous permettre d'entrevoir l'avenir avec optimisme et réalisme. Les travailleurs, les professionnels et les cadres des services de santé et des services sociaux doivent relever les défis qui sont posés par les contraintes diverses qui pèsent sur notre régime public et universel. Le corporatisme improductif et le misérabilisme des acteurs sont des freins aux tentatives de changements. Autrement dit, les acteurs actuels sont la clé du virage, qu'il soit ambulatoire ou de tout autre ordre.

Notre mémoire traitera en premier lieu de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, suivi de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, s'ajoute à cela le chapitre concernant les ressources humaines. Le dernier chapitre portera sur l'établissement de la Fondation pour la pérennité du système de santé.

---

<sup>4</sup> Régie des rentes du Québec, *La sécurité du revenu à la retraite*, 29 août 2000

## Chapitre 1

### **Promotion de la santé et prévention de la maladie**

Au cours des dernières années, au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde, les concepts de promotion de la santé et prévention de la maladie furent fréquemment utilisés dans le but de convaincre les autorités, les professionnels de la santé ainsi que la population de leurs bienfaits et de l'importance qu'on devrait leur accorder dans la définition de nos priorités en matière de santé. Les orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les différentes études, politiques et réformes qui ont guidé nos actions depuis trente ans reconnaissent tous les effets positifs de ces deux concepts sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Se préoccuper des gens lorsqu'ils sont en santé ou lorsqu'ils présentent des facteurs de risques pouvant entraîner la maladie, n'est-ce pas là un excellent moyen d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de notre système de santé? Cependant, pouvons-nous affirmer que malgré tous ces efforts déployés, le financement alloué à la promotion et à la prévention, les programmes instaurés auprès des clientèles à risques ainsi que la formation des professionnels de la santé dans ce domaine sont significatifs des grandes orientations qui nous ont été proposées et des résultats de nombreuses études?

Nous remarquons que malgré les démarches entreprises, encore aujourd'hui l'aspect préventif est plus souvent qu'autrement négligé au profit du processus thérapeutique proprement dit. Mais pourquoi en est-il ainsi? Quels moyens devons-nous mettre en place pour favoriser l'application des mesures préventives?

**La politique de la santé et du bien-être (1992)<sup>5</sup>, mentionne que «le système est perçu comme un dispensateur de services et que jusqu'à présent le système de santé et des services sociaux a peu agit sur les véritables causes des problèmes».** C'est pourquoi nous jugeons que nos actions devront être déterminées de façon à préserver la qualité et l'accessibilité des services de santé à longue échéance. Nous croyons qu'il est donc essentiel que la promotion de la santé ainsi que la prévention de la maladie soit prioritaire pour le gouvernement afin d'améliorer l'état de santé de la population. C'est dans cette optique que nous vous proposerons des solutions préventives car nous ne pourrons éternellement éteindre des feux déjà bien attisés.

---

<sup>5</sup> MSSS, *Politiques de la santé et du bien-être*, Québec, 1992

## Grandes orientations gouvernementales

C'est en 1974 que nous a été proposée une nouvelle vision de la santé par la présentation du document «*Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*», plus communément appelé le rapport Lalonde. Auparavant, la santé se définissait comme un état à atteindre après l'apparition de maladies physiques et mentales. Désormais, elle sera perçue sous l'angle du maintien d'un état de bien-être permettant à l'individu de fonctionner. La définition de la santé dépasse donc largement le concept d'absence de maladie. C'est pourquoi ce même rapport nous fait valoir que l'état de santé de l'individu dépend de trois principaux facteurs :

- Son environnement physique et social
- Ses habitudes de vie
- L'organisation des soins de santé

Cette conception fut par la suite renforcée par «*Le plan d'ensemble pour la promotion de la santé* » que Jake Epp nous proposa en 1986. Le ministre Epp fait mention dans son document des trois principaux défis à relever afin de promouvoir la santé. Il s'agit :

- De réduire les inégalités sociales
- D'accroître les actions préventives
- De favoriser l'économie

Nous pouvons donc constater que l'état de santé des individus est en interdépendance avec des facteurs extérieurs à notre système de santé tels l'environnement, le niveau d'éducation, le niveau de revenu et le taux de chômage, les croyances et les valeurs de chacun. Nous devons tenir compte de ces facteurs dans le choix des interventions prioritaires.

Un document d'une importance notable venait encore une fois consolider l'intérêt que nous devons accorder à la promotion de la santé. Issue de la première conférence internationale de la promotion de la santé, la charte d'Ottawa, nous proposa en 1986, cinq stratégies permettant d'améliorer la santé de la population. Ces stratégies tout comme celles élaborées dans les rapports précédents recommandent qu'on tienne compte de l'environnement de la personne, des aptitudes personnelles et des ressources disponibles dans nos choix d'interventions pour maintenir les gens en santé.



Les orientations canadiennes amènent l'OMS<sup>6</sup> à citer le Canada comme étant l'un des premiers pays à avoir délaissé la perspective étroite de la santé centrée sur la seule prestation des soins de santé afin d'adopter une vision plus large de celle-ci. De plus, ce même organisme affirme que dans les pays développés, c'est en accentuant les interventions en promotion et en prévention que l'on pourra réduire la demande pour les services spécialisés.

### **Un succès mitigé au Québec...**

O'Neill et Cardinal<sup>7</sup>, mentionnent que contrairement aux autres provinces canadiennes, le concept de promotion de la santé n'a jamais été populaire au Québec. En effet, la manque de financement associé aux activités préventives, l'implication mitigée des différents ministères dans l'élaboration de programmes pour réduire les inégalités sociales ainsi que la difficulté à obtenir des subventions de recherche dans les domaines préventifs sont quelques exemples des embûches rencontrées. Et pourtant, de la Commission Castonguay-Nepveu (1969), à la Commission Rochon (1988), il y a eu émergence au Québec d'une vision de la médecine dite «plus globale» accompagnée d'une idéologie préventive. **Ces rapports confirment qu'à elle seule une médecine basée uniquement sur le processus thérapeutique est très coûteuse et ne permettra pas de répondre à la demande de soins sans cesse croissante.** Il faut donc mettre à la disposition des citoyens et des groupes ayant une incidence sur eux, des ressources, des mesures et fournir l'information nécessaire qui leur permettront de se responsabiliser et d'adopter des comportements de santé.

Tous s'entendent sur l'importance d'agir de façon préventive auprès de la population afin de réduire la demande de services, de répondre aux besoins des individus dans leur globalité ainsi que de diminuer les taux de mortalité et de morbidité. Nous devrions supposer qu'avec toutes ces recommandations et lignes directrices formulées, nos dirigeants auraient davantage favorisé l'application de mesures préventives. Malheureusement, nous constatons qu'il reste beaucoup à faire en ce qui concerne les activités et les programmes de promotion et de prévention.

Nous vous proposons des solutions qui encourageront l'investissement et la mise en place d'interventions précoces en amont qui viseront à prévenir la demande de soins. **Nous partageons donc l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)<sup>8</sup> à l'effet que «si nous n'empruntons pas cette**

---

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport du bureau régional de l'Europe*, août 1998

<sup>7</sup> Michel O'Neill & Lise Cardinal, «Health Promotion in Quebec : Did It Ever Catch On ?» in O'Neill M., Pederson A., et Rootman I., *Health Promotion in Canada : Provincial, National and International Perspectives*, Canada, WB Saunders, 1994, 401 p., p. 262-278

<sup>8</sup> MSSS, *Santé au Québec : Quelques indicateurs*, juin 2000

**voie (approche préventive), nous sommes condamnés à devoir développer toujours davantage nos services d'urgence et nos services spécialisés. Le résultat serait désastreux, à moyen terme pour les finances publiques et pour la qualité de vie des personnes en cause».**

## **Quelques pistes de solutions**

- **Financement de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie**

Madame Pauline Marois annonçait dernièrement que c'est 200 millions \$ qui seront placés par le gouvernement dans un fonds spécialement dédié aux soins de santé primaires<sup>9</sup>. L'investissement dont parlait la ministre se fera en grande partie au niveau des soins curatifs dans les CLSC tels les services courants et les soins à domicile. Cependant, les soins de santé primaires, selon l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, comprennent des soins de promotion, de prévention, de réadaptation et de soutien visant à prévenir la maladie et promouvoir la santé.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les investissements sont consentis selon la demande de soins. Or, de façon générale la population ne se préoccupe pas prioritairement de promouvoir sa santé et se réfère au système lors de l'apparition de maladie. Il est donc facile d'investir dans le développement technologique sans cesse plus coûteux et dans des mesures à court terme tels l'octroi de ressources additionnelles pour la diminution de l'engorgement des urgences ou la réduction des listes d'attente en chirurgie afin d'apaiser les pressions exercées par l'opinion publique.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, la promotion de la santé est davantage fondamentale auprès des gens de milieux défavorisés car ces personnes sont généralement moins en santé, sont plus susceptibles de développer des maladies et consomment plus de soins médicaux que les individus des classes sociales supérieures. Nous pouvons également affirmer que les individus issus de milieux défavorisés ont un faible poids politique lorsqu'il est temps de défendre leur point de vue et leurs intérêts. Fernand Dumont affirmait qu' «à la surface de la vie collective, il est facile de s'en rendre compte : certains groupes sont mieux organisés que d'autres pour faire valoir leurs idées et leurs intérêts; des élites influent sur l'opinion publique»<sup>10</sup>. Mais, puisque la demande de soins est grandissante, vu le vieillissement de la population, et que

<sup>9</sup> *La Presse*, «La part du lion ira au CLSC», 13 septembre 2000

<sup>10</sup> Fernand Dumont, *Raisons communes*, Montréal, Boréal, 1995,

l'engorgement des urgences est devenu un phénomène quotidien, nous avons doublement intérêt à se préoccuper de prévention. La réduction des besoins en soins et en services des clientèles de milieux défavorisés passe donc obligatoirement par une stratégie de prévention et de promotion de la santé.

**Les changements démographiques auxquels nous sommes confrontés et les contraintes financières qui pèsent sur notre système de santé et des services sociaux, nous amènent à revoir nos priorités et nos façons de faire en ce qui concerne la distribution des soins.** En effet, l'investissement en promotion de la santé et prévention de la maladie doit faire partie de nos priorités car il aura un impact direct sur l'utilisation des services de santé. De plus, certaines études démontrent que le taux de stress élevé et la difficulté d'adaptation des jeunes gens, entraînent de mauvaises habitudes de vie. En effet, l'usage du tabac, le peu d'exercice physique et l'augmentation du taux de chômage et de suicide chez les adolescents constituent une menace particulière en regard de la diminution de l'espérance de vie et l'augmentation de la demande de soins.

Il est donc fondamental qu'émerge au Québec une volonté politique d'appliquer des solutions qui auront des répercussions positives sur le système de santé à longue échéance. Il est désolant de constater que les réinvestissements de 2,7 milliards de dollars par le gouvernement pour l'année, 2000-2001, visaient uniquement trois objectifs soit<sup>11</sup> :

- Liquidier l'hypothèque du passé.
- Répondre aux besoins du présent.
- Améliorer l'accessibilité aux services ainsi que leur qualité.

Il est donc nécessaire que les éventuelles décisions en regard du financement du système de santé soient orientées vers l'élaboration de mesures visant l'amélioration des services du réseau à long terme. M. O'Neill<sup>12</sup> mentionne que *«les gens qui travaillent dans le système de santé sont bien placés pour savoir que ce ne sont pas les milliards qui y sont dépensés qui influencent beaucoup notre état de santé»*. En effet, car nous dépensons actuellement l'argent de façon à calmer l'opinion publique et les corporations; ce qui nous empêche d'agir sur les véritables causes des problèmes du système. La promotion de la santé et la prévention de la maladie sont donc régulièrement les grandes oubliées. Et pourtant, une population mieux informée et plus en santé consomme moins et différemment les services de santé.

**Force Jeunesse désire que la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux recommandent des mesures précises visant un réinvestissement spécifique dans les soins de promotion et de prévention.**

---

<sup>11</sup> MSSS, *Organisation des services : État de la situation et perspectives*, juin 2000

<sup>12</sup> Michel O'Neill & P. Gosselin, et Boyer M., *La santé politique : petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*, Centre collaborateur de l'OMS, Québec, p. 20

**Une enveloppe budgétaire fermée pour les activités préventives, attribuée par les régies régionales, aux différents CLSC selon les besoins en matière de promotion et de prévention de la population desservie est recommandée.**

**Nous estimons donc que l'investissement en promotion de la santé et prévention de la maladie est prioritaire. Nous souhaitons également que l'annonce du réinvestissement du gouvernement fédéral d'environ 5 milliards de dollars sur cinq ans pour le système de santé et des services sociaux inclura un montant spécifique pour les activités préventives<sup>13</sup>.**

- ***Des cliniques préventives intégrées à la structure des CLSC***

Les expériences du passé en matière de promotion et de prévention nous démontrent que malgré les missions spécifiques des différents établissements du système de santé, il est facile d'escamoter les interventions préventives au profit du processus thérapeutique.

La mission initiale des CLSC était d'offrir à la population des services préventifs, sociaux et communautaires. Cependant, au milieu des années 1980, les CLSC ont dû s'adapter à une réorientation des services. On y introduisit des services courants et des services de maintien à domicile pour en faire des organismes de première ligne. Le virage ambulatoire est un autre facteur qui a contribué à amplifier les activités curatives au détriment des orientations préventives en CLSC. **En demandant aux CLSC de produire plus de services de première ligne sans injecter des ressources humaines et financières supplémentaires, il était prévisible que l'on réduirait la qualité et la quantité des services préventifs offerts à la population.** Ces décisions, provenant d'une logique comptable, font en sorte qu'il y a de moins en moins d'infirmières qui, par exemple, pratiquent en santé scolaire ou font du suivi et de l'enseignement à des clientèles à risque. Et pourtant, tous les rapports et études traitant de la promotion et de la prévention s'entendent pour dire qu'il faut agir dès la petite enfance afin de déceler précocement toute habitude de vie ou comportement qui pourrait être nuisible à la santé.

La survie des CLSC a donc été menacée au milieu des années 1980, c'est pourquoi les orientations devaient être modifiées. Bozzini<sup>14</sup>, mentionne que *«les menaces qui pesaient sur les CLSC à cette époque ont eu tendance à inciter*

---

<sup>13</sup> Hélène Buzetti, «Des attentes partiellement comblées», *Le Devoir*, 12 septembre 2000

<sup>14</sup> Bozzini L., «Local Community Service Centers in Quebec: Description, Evaluation, Perspective», *Journal of Health Policy*, vol. 9, n. 3, automne 1988, p. 346-375

*ceux-ci à se soumettre à des mesures de productivité, à favoriser l'augmentation des actes individuels au détriment des approches communautaires».*

À la lumière de nos observations, nous nous rendons compte que c'est à l'époque où les départements de santé communautaire (DSC) existaient que la promotion de la santé a été la plus populaire auprès de nos décideurs et de la population. Les DSC furent créés au début des années 1970. Ils devaient assumer des fonctions précises en santé communautaire et en santé publique. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé étaient donc sous leur responsabilité. C'est suite à la réforme Côté que les DSC disparurent car ils faisaient face à certaines difficultés d'adaptation reliées à l'ambiguïté de leur rôle. La présence des DSC avait permis une valorisation des rôles et des fonctions de la santé communautaire au sein de notre société.

**C'est pour les raisons mentionnées précédemment que nous vous proposons la création de cliniques de promotion de la santé et de prévention de la maladie intégrées à la structure des CLSC.** Ces cliniques seraient responsables d'évaluer les besoins de santé de la population desservie, de planifier toutes interventions et d'appliquer les programmes préventifs, soit :

- Le suivi post-partum et permettre l'application des programmes existants.
- Les programmes de promotion et de prévention en petite enfance.
- Des ressources professionnelles disponibles à temps complet dans les milieux scolaires.
- L'accessibilité à des services de promotion de la santé, de consultation et à des ressources offertes pour les clientèles à risque.
- L'élaboration de programmes préventifs en fonction des besoins de santé de la population desservie.
- L'information sur les services communautaires offerts pour un territoire donné.

De telles cliniques, ayant des objectifs clairs, un mandat spécifique ainsi qu'une enveloppe budgétaire fermée, permettront aux CLSC de répondre aux besoins de la population en matière préventive. Nous savons que les CLSC joueront un rôle de première ligne prédominant dans les années à venir et qu'ils seront responsables de dispenser de plus en plus de soins curatifs, ce qui est tout à fait souhaitable. C'est pourquoi il est fondamental d'établir dès maintenant des règles strictes qui permettront le maintien des activités préventives dans la communauté en collaborant avec le milieu (groupes communautaires, établissements d'enseignement et autres).

- **Promouvoir la recherche en promotion de la santé et prévention de la maladie**

Il y a malheureusement peu de recherche qui s'effectue dans le domaine de la promotion de la santé. La difficulté à obtenir des subventions de recherches dans ce domaine est l'une des causes qui explique cette situation. En effet, O'Neill<sup>15</sup> affirme que le Fonds de recherche en santé au Québec (FRSQ), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ainsi que le Fonds pour la formation de chercheurs et l'avancement de la recherche (FCAR) n'ont aucune catégorie spécifique pour la recherche en promotion de la santé.

L'autre difficulté à laquelle les chercheurs sont confrontés c'est, qu'actuellement, les budgets accordés à la recherche en santé publique sont peu importants. **Par exemple, à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, c'est seulement 4 % des budgets qui sont consacrés à la recherche dans les domaines de la santé publique, que ce soit au niveau de l'administration ou de la prévention.**

Des 280 stagiaires post-doctoraux de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, un seul fait des recherches dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Les recherches concernant les effets de la prévention et de la promotion sur l'amélioration de l'état de santé des québécois sont très peu valorisées.

Certes, il existe des réseaux de recherches québécois qui visent à améliorer nos connaissances par exemple sur l'état de santé des québécois (santé environnementale) et l'utilisation des médicaments. Cependant, il est primordial d'accroître les efforts en ce sens.

**Force Jeunesse recommande qu'une bonification des budgets alloués pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie fasse partie des priorités. Que cette allocation soit attribuée sous forme de chaires de recherche ou sous toute autre forme. Il faut offrir plus d'opportunités de recherches en santé publique.**

---

<sup>15</sup> O'Neill M., Pederson A., et Rootman I., *Health Promotion in Canada : Provincial, National and International Perspectives*, Canada, WB Saunders, 1994, p. 262-278

- **Collaboration accrue entre les différents ministères**

De nombreuses études démontrent que le niveau d'éducation, le niveau de revenu, le taux de chômage et les conditions d'emplois ainsi que l'environnement physique et social sont des éléments ayant une influence sur l'état de santé des populations. Dans cette même optique, nous pouvons déduire qu'à lui seul le MSSS ne peut contribuer suffisamment au maintien de la santé de la population. Pour ce faire nous avons besoin de la collaboration des autres partenaires tels les ministères de l'Éducation, de l'Environnement, ainsi que celui du Travail.

Des facteurs tels que :

- La diminution du taux de décrochage scolaire.
- La diminution du taux de chômage.
- La réinsertion sociale.
- Un environnement sain.
- L'accessibilité aux activités physiques.
- L'aide accrue aux milieux défavorisés.

ont tous une influence directe sur l'état de santé des individus. Il est donc essentiel d'en tenir compte dans la détermination des priorités gouvernementales en matière de santé et dans l'élaboration des politiques publiques.

Les gens des milieux défavorisés doivent avoir accès aux ressources et au soutien dont jouissent les individus des classes sociales supérieures en ce qui concerne, entre autres, l'accès aux périodes de conditionnement physique. **Nous croyons que des mesures prises dernièrement telles l'imposition d'un coût pour l'accessibilité aux parcs extérieurs et la diminution des cours d'activité physique dans nos institutions scolaires ne font qu'augmenter les inégalités sociales et ont une influence directe sur l'état de santé général des individus.**

Pour terminer, comme le souligne l'OMS, il est de la responsabilité de l'État de mettre en place des programmes visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Nous croyons que le gouvernement du Québec doit davantage s'engager dans l'élaboration et la mise en application de programmes préventifs ainsi que dans l'évaluation de ses résultats.

Il est également de la responsabilité de l'État de valoriser ce champ de pratique pour les professionnels de la santé qui désirent s'y perfectionner. En effet, très peu de professionnels désirent se spécialiser en promotion et en prévention. Le

manque d'intérêt dépend entre autre du fait qu'au sein de notre société, c'est le savoir scientifique propre qui est valorisé par la médecine. Une approche basée davantage sur des disciplines épidémiologiques et biostatistiques est beaucoup moins attrayante car elle obtient très peu de considération de la part des autorités et du public.



## Chapitre 2

### La transformation du réseau

Comme nous l'avons mentionné précédemment, un système de soins de santé uniquement orienté vers les soins curatifs ne fait qu'augmenter la demande de soins spécialisés et contribue à la hausse croissante des coûts du système de santé. Le MSSS<sup>16</sup> nous indique que «*le rythme de croissance structurelle des besoins de santé excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie du Québec. À moyen et à long terme, l'accélération des dépenses pourrait donc dépasser notre capacité collective de payer pour des services sociaux et de santé*». Malgré cela, nous avons comme collectivité, l'obligation d'offrir des services et des soins curatifs de qualité qui respecte la dignité humaine. Il faut donc revoir la façon dont sont dispensés les soins et services de première ligne. Réduire la consommation des services hospitaliers est un excellent moyen de réduire les coûts qui permettra de maintenir l'accessibilité au système et ainsi fournir une technologie médicale adéquate compte tenu de son évolution constante.

L'augmentation phénoménale des coûts du système de santé à laquelle nous avons dû faire face depuis les 30 dernières années amène la Commission Rochon à revoir l'organisation des soins dans le système de santé et des services sociaux. La transformation du réseau plus communément nommée le virage ambulatoire popularisa les termes efficacité et efficience du système de santé. **Nous sommes d'avis qu'il était nécessaire de revoir la façon dont étaient dispensés les services de santé et les services sociaux au Québec afin de mieux répondre aux besoins de la population et de contrer l'augmentation des coûts.** Le virage ambulatoire avait pour but premier de réduire les coûts du système de santé, et ce, parfois sans trop se soucier de la qualité des soins offerts aux bénéficiaires. Par ailleurs, en développant une médecine ambulatoire, le virage devait permettre de réduire les services hospitaliers et, par le fait même, leur consommation.

### **Avons-nous réellement réussi le virage ambulatoire?**

Ainsi, le virage devait permettre au système de santé d'augmenter son efficacité et son efficience en diminuant la durée des séjours hospitaliers, le nombre de lits de court séjour, en augmentant les chirurgies d'un jour, en diminuant l'engorgement des urgences, en développant les services ambulatoires, etc. Ces objectifs devaient être atteints en réorganisant les services de première ligne afin que l'hôpital ne soit plus la porte d'entrée de notre système de santé.

---

<sup>16</sup> MSSS, *Financement : État de la situation et perspectives*, juin 2000

Nous sommes persuadés qu'un virage dans le système de santé et des services sociaux s'imposait. Cependant un manque de coordination entre les services de premières lignes et les centres hospitaliers ainsi qu'un manque de ressources humaines et budgétaires sont à l'origine des problèmes que nous devons actuellement surmonter.

**En effet, l'analyse des expériences de désinstitutionnalisation en santé mentale et de réorganisation des services de première ligne vécues dans d'autres pays et provinces canadiennes nous amène à constater que les étapes suivantes doivent être rencontrées pour permettre un virage réussi<sup>17</sup>:**

- Développer des services en communauté avant la réduction des soins hospitaliers.
- Reconnaître le coût double pendant la période de transition afin de financer les services hospitaliers pendant que les soins en communauté se développent.
- Voir le virage comme un processus continu et non un événement isolé.
- Développer avant les changements, une structure bien définie avec une mission, des buts, des objectifs, une stratégie d'implantation et une méthode d'évaluation de l'atteinte des objectifs.
- Promouvoir une communication adéquate entre les différents secteurs de soins.
- Prendre soin des aidants naturels.
- Anticiper l'impact des changements au niveau des tendances sociales, démographiques, politiques et législatives sur le processus du virage ambulatoire.

Puisque le virage ambulatoire consiste à utiliser les services de première ligne tels les CLSC, les cliniques privées, les organismes communautaires ainsi que la ligne Info-santé plutôt que d'avoir recours aux services hospitaliers, il faut assurer la coordination entre ces services et adapter leur accessibilité de façon à répondre adéquatement aux besoins de santé de la population.

Puisque le contexte actuel n'est plus celui des coupures budgétaires, est-il possible de revoir l'organisation des services de première ligne afin d'obtenir des résultats favorables pour la population, les professionnels et les dirigeants?

---

<sup>17</sup> M. Doré, *La désinstitutionnalisation au Québec*, Santé mentale au Québec, XXII, 2, 1997

## Adapter les services de première ligne aux nouveaux besoins

Un service de première ligne tel le service de consultation d'infirmières à *Info-santé* disponible 24 heures sur 24, et ce, 7 jours par semaine, est un exemple d'efficacité ayant diminué la consommation des services hospitaliers. Madame Desrosiers trace un portrait des économies potentielles au budget de la RAMQ associé au service *Info-santé* dès plus éloquent<sup>18</sup> :

*En l'absence d'Info-santé CLSC\*, 75,8 % de la clientèle aurait utilisé un service plus coûteux selon la répartition suivante :*

- 31 % à l'urgence, dont le coût moyen par visite est de 71,07 \$.
- 7,8 % aux cliniques d'hôpital, dont le coût moyen par visite est de 34,09 \$.
- 31 % au cabinet privé, dont le coût moyen par visite est de 24,79 \$.
- 6 % au CLSC, dont le coût moyen par visite est de 41,47 \$.

*\*à l'exclusion du coût des services diagnostiques complémentaires requis*

La ligne *Info-santé* permet donc d'éviter bon nombre de fréquentations coûteuses et inutiles des services de soins de santé. C'est pourquoi, nous sommes d'avis qu'il faut renforcer les services de première ligne afin de répondre à la demande croissante de soins ce qui devrait permettre de désengorger les urgences par une utilisation adéquate des services hospitaliers.

Malheureusement, nous remarquons que quelques années après le virage ambulatoire, les services de première ligne sont encore méconnus de la population car encore aujourd'hui bon nombre d'individus faute d'être orientés correctement, fréquentent encore les urgences de façon inappropriée. C'est pourquoi, une large promotion, une meilleure accessibilité et une bonne coordination des services de première ligne sur un territoire donné doivent être rencontrées ou entreprises.

**Nous recommandons donc qu'il y ait une réorganisation de services afin de permettre une meilleure coordination des soins entre les cliniques médicales privées, les centres hospitaliers et les CLSC.** L'objectif à atteindre est l'uniformisation des heures d'ouvertures des CLSC afin que les citoyens soient dûment informés des services offerts.

De plus, il faudra s'assurer que la prise en charge des individus par les services de première ligne soit possible 24 heures sur 24, et ce, 7 jours par semaines.

---

<sup>18</sup> G. Desrosiers & M. Valois, «L'efficacité et l'efficacités de la pratique infirmière dans un système en mutation » dans Goulet, O. et Dallaire, C., *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p., p. 57-75

Cela nécessitera des médecins, des travailleurs sociaux, des infirmières, des pharmaciens d'être disponibles en dehors des heures régulières d'ouverture.

Cette mesure est des plus nécessaires car elle permettra d'éviter les fréquentations non justifiées des services d'urgence. En effet, nous remarquons qu'il y a une augmentation observable de l'engorgement des urgences en dehors des heures régulières qui pourraient être évitées par une accessibilité accrue des services de première ligne. Une connaissance accrue des disponibilités de ses services devrait amener les usagers à en faire un plus grand usage.

La rémunération de l'effectif médical en CLSC versus celle des médecins en clinique privée n'encourage guère la pratique de la médecine en CLSC. **C'est pourquoi, nous proposons que certaines mesures soient mises en place telle l'obligation pour tous les omnipraticiens (non seulement ceux ayant 10 ans et moins de pratique) à donner un minimum d'heures pour les activités médicales prioritaires dont la pratique en CLSC. Cette mesure permettra de contrer les présentes pénuries d'effectifs médicaux dans ces lieux de pratique.**

Adapter les services de première ligne de façon à permettre une utilisation adéquate est sans aucun doute fondamental pour augmenter l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé. Le virage ambulatoire a permis une réorientation des services vers la communauté, cependant les mesures nécessaires telle la non disponibilité des ressources humaines et financières n'ont pu permettre de répondre à la demande croissante des services curatifs en CLSC. Nous sommes donc d'accord avec la ministre de la Santé lorsqu'elle annonçait dernièrement qu'une partie du réinvestissement du gouvernement fédéral en santé devrait servir à financer les soins de première ligne. Utiliser adéquatement les services de santé et les services sociaux permettra des économies qui contreront quelque peu l'augmentation des coûts du système reliée en grande partie à la démographie et à l'évolution de la technologie médicale.

### **Une technologie sans cesse plus coûteuse...**

Les médecins dépendent de plus en plus de la technologie qui leur permet de faire une évaluation plus juste et approfondie sur l'état clinique de la personne. Cette technologie est souvent cruciale pour établir un diagnostic et permet de détecter précocement certaines pathologies si l'accessibilité à celle-ci se fait dans un temps raisonnable. Plus les pathologies seront détectées tôt, moins les traitements nécessaires seront coûteux.

L'imagerie médicale actuelle a permis d'améliorer les soins tout en réduisant les coûts unitaires de plusieurs traitements. Par exemple, les nouvelles technologies

chirurgicales moins invasives, permettent au bénéficiaire de récupérer beaucoup plus rapidement, ce qui a un impact positif sur la durée de séjour puisqu'elle s'en trouve raccourcie.

Quoique les nouvelles technologies soient essentielles à la détermination d'un diagnostic et à leur traitement, nous savons qu'elles se développent très rapidement et qu'elles sont très coûteuses. Nous pouvons donc nous demander si le développement technologique n'est pas plus rapide que nos besoins réels. Mme Fournier<sup>19</sup>, nous mentionne «*que bien souvent c'est la logique de production qui prend le pas sur la logique de santé*». **De plus, le MSSS<sup>20</sup> relate le fait que les économies des coûts unitaires reliées à l'utilisation de la nouvelle technologie sont généralement annulées par des coûts supplémentaires dus à l'effet du nombre ce qui occasionne une augmentation nette des dépenses en santé.**

**Une évaluation juste et adéquate de l'utilisation de technologies médicales en regard des besoins de la population est nécessaire afin d'éviter une surconsommation très coûteuse.**

Néanmoins, nous sommes d'avis qu'il faut revoir les besoins de technologies médicales en régions éloignées. En effet, le coût des transferts des individus associé à l'inaccessibilité de l'imagerie médicale telle la résonance magnétique en région éloignée est déplorable. Nous croyons que l'évaluation des besoins de la population desservie en fonction de la mission des établissements et des besoins qui y sont associés doit être faite afin d'éviter les nombreux transferts très coûteux et le retard des interventions médicales précoces dû aux longues listes d'attente.

### **Un accès rapide aux services de santé**

Le système de santé actuel est très efficace si la personne peut obtenir rapidement une consultation médicale afin qu'on puisse débiter l'investigation, les traitements et faire le suivi. Malheureusement, le système ne suffit plus aux demandes nombreuses en raison, entre autres, de la pénurie d'effectifs et du vieillissement de la population. Il n'est pas rare que des personnes voient leur état de santé se détériorer lors de l'attente d'un examen, d'un traitement ou d'une chirurgie. Ce qui amplifie considérablement le stress associé à la maladie et les probabilités de rémission dans certains cas.

---

<sup>19</sup> L. Fournier, «Pourquoi le virage ambulatoire? », dans Goulet, O. et Dallaire, C., *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p., p. 7-28

<sup>20</sup> MSSS, *Financement : État de situation et perspectives*, juin 2000

**Le retard de l'accessibilité aux services de santé a une influence directe sur l'engorgement des services d'urgence puisque pour accéder plus rapidement au système les gens utiliseront l'urgence comme voie d'entrée.** Par le fait même, les coûts s'en trouveront augmentés puisque l'état de santé se sera détérioré, et exigera donc des traitements et une durée hospitalisation plus longue.

Nous croyons donc qu'il faut revoir l'accessibilité aux méthodes diagnostiques et aux traitements en services externes afin de diminuer les coûts reliés à l'hospitalisation et à la détérioration de l'état de santé des individus.

De plus, afin de permettre l'accessibilité aux services de santé, nous devons revoir le rôle des professionnels de la santé de la première ligne. **Une meilleure coordination entre médecins et infirmières permettra aux citoyens d'être vus plus rapidement et orientés vers les spécialités lorsque leur état de santé le requiert.**

*Selon Manga et Campbell<sup>21</sup>, une meilleure complémentarité entre les omnipraticiens et les infirmières permet une diminution de 12 % des coûts de soins de santé et des services de première ligne, ce qui représente pour le Québec, une économie estimée à environ 120 \$ à 240 \$ millions de dollars.*

**Un partenariat entre les omnipraticiens et des infirmières dites praticiennes pourrait contrer cette difficulté d'accessibilité au système de santé.** L'orientation de la clientèle vers les spécialités et le suivi de santé des enfants en bas âge sont des exemples d'interventions pour lesquels ces professionnels de la santé pourraient s'associer. Cette forme de pratique pour les infirmières nécessitant une formation universitaire spécialisée de deuxième cycle est déjà reconnue dans cinq provinces canadiennes soit l'Alberta, l'Ontario, Terre-Neuve, le Manitoba et la Saskatchewan. **C'est pourquoi nous sommes en faveur de la formation et de la reconnaissance des infirmières praticiennes au Québec.**

---

<sup>21</sup> Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), *Mémoire présenté à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, septembre 2000

## Chapitre 3

### Ressources humaines

L'actuelle pénurie d'effectifs médicaux dans le système de santé ainsi que la répartition inéquitable des ressources dans les différentes régions du Québec représentent d'importants facteurs qui influencent directement la qualité des services offerts à la population. Les menaces de démissions en bloc de la part des médecins, les infirmières épuisées par l'obligation de faire de nombreuses heures supplémentaires ainsi que la fermeture d'un grand nombre de lits et salles d'opération sur une longue période de temps contribuent à intensifier les craintes de la population à l'égard du système de santé.

De quelle façon le gouvernement pourra-t-il faire oublier ses prises de positions antérieures qui provoquent aujourd'hui tant de mécontentement? Se plier aux demandes des groupes de pression et investir des sommes massives d'argent de façon ponctuelle pour mettre fin à l'engorgement des urgences ainsi qu'aux listes d'attente en chirurgie ne sont certainement pas les façons de faire les plus appropriées. D'autant plus, que l'on sait que ces investissements n'ont à peu près pas d'effet sur la qualité et la quantité des services offerts puisqu'ils contribuent à camoufler les véritables causes des problèmes. En effet, les professionnels de la santé, doivent apprendre à composer avec des décisions qui ont pour principal but de calmer les pressions exercées par l'opinion publique. **Pouvons-nous être continuellement pris en otage par des corporations et des décisions politiques qui ne considèrent que les effets à court terme?**

Des décisions, tels la bonification des offres de retraites des employés du secteur public à l'été 1997, ainsi que le contingentement accru dans les facultés de médecine et de sciences infirmières ont entraîné bon nombre de répercussions négatives. Malgré l'information véhiculée par les autorités publiques, nous savons que les admissions en médecine n'ont été que très peu augmentées. **Nous croyons que nos dirigeants sont complaisants à l'égard de la rareté des ressources humaines en santé car elle entraîne des économies du fait d'une moindre disponibilité des services. C'est rentable d'un point de vue gouvernemental puisqu'elle réduit les coûts du système de santé.** La logique comptable inhérente à l'atteinte du déficit zéro comportait un coût non estimé; celui d'une diminution de la qualité et de la quantité des services de santé offerts à la population.

## Conséquences de la rareté des ressources humaines

### - La profession d'infirmière

Selon l'étude «*L'Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen terme au Québec*»<sup>22</sup>, la population d'infirmières est vieillissante depuis un certain temps, comme c'est le cas de la plupart des autres professions médicales. En effet, en 1999, le pourcentage d'infirmières âgées de 40 ans et plus était de 58,5 %, alors que celui des infirmières âgées de 50 ans et plus inscrites au tableau atteignait 23,6 %. Nous devons donc apprendre à composer avec un important rajeunissement de la profession infirmière au cours des prochaines années puisque selon ces mêmes statistiques, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) prévoit que le pourcentage d'infirmières âgées de 40 ans et plus diminuera à 44 % en 2010.

Dans un tel contexte, deux décisions passées sont lourdes de conséquences. La mise à la retraite massive d'infirmières à l'été 1997 est certainement à mettre en cause lorsqu'on évalue l'origine des pénuries actuelles de personnel. Les tergiversations récentes en ce qui a trait à la réforme de la formation à la profession d'infirmière manquaient de synchronisme dans la perspective d'un renouvellement accéléré des effectifs infirmiers : indépendamment des intentions de chacun, ce n'était peut-être pas le moment le plus propice.

Le résultat est une pénurie durable, au point d'être désespérante, en personnel infirmier. La même étude de l'OIIQ démontre que, selon deux scénarios possibles dont le nombre d'entrées dans la profession et le nombre de départs prévu, le manque de ressources humaines pourrait atteindre 4600 infirmières en 2010. C'est 10 % moins d'effectifs infirmiers qu'actuellement ! Ces données tiennent pourtant compte d'une augmentation prévisible du nombre d'admissions dans les collèges et universités.

Ces données démontrent que l'actuelle pénurie d'infirmières qui affecte l'ensemble des milieux de soins n'est que le début d'une problématique qui s'échelonnera sur une dizaine d'années. **Cette pénurie sera d'autant plus accentuée si l'on considère que les présentes statistiques ne considèrent pas le fait qu'un rajeunissement d'une profession féminine comme la profession d'infirmière s'accompagne de nombreux retraits préventifs, congés de maternité et congés parentaux.** L'infirmière qui quitte la pratique lors de son retrait préventif n'y reviendra, en moyenne, qu'un an et demi après.

Ces pénuries permanentes ont des conséquences directes sur les conditions de travail des jeunes infirmières, sur leur santé et leur sécurité au travail, sur la

---

<sup>22</sup> Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec : étude exploratoire*, Montréal, 1999



qualité et la quantité des soins prodigués à leurs patients. La formation de la relève et la transmission intergénérationnelle des connaissances en ont souffert en particulier.

### **- La profession médicale**

Les phénomènes de pénurie, vieillissement de l'effectif ainsi que de féminisation menant à d'importantes contraintes familiales n'est pas propre à la profession d'infirmière. En effet, ils sont de plus en plus présents chez les médecins. Voici quelques statistiques<sup>23</sup> notables qui amèneront d'importantes modifications dans la façon de pratiquer la médecine au cours des prochaines années :

- *Depuis 1996, le nombre total de médecins est en baisse au Québec.*
- *Le nombre de médecins est de 21,1/10 000 habitants au Québec comparativement à 17,9/10 000 en Ontario.*
- *60 % des admissions en faculté de médecine sont des femmes.*
- *39 % des omnipraticiens et 24 % des spécialistes sont des femmes.*
- *Les omnipraticiennes dispensent 24 % moins de services que leurs confrères. Cette proportion est de 18 % chez les spécialiste.*
- *Dans moins de vingt ans, 27 % des médecins seront âgés de plus de 60 ans.*

Au cours des dernières années, certaines mesures visant à augmenter le nombre d'admissions dans les Facultés de médecine et de sciences infirmières ont été mises en place. Cependant, des 50 d'admissions supplémentaires prévues en médecine, nous avons eu droit qu'à environ seulement 30 de hausse réelle. Et pourtant, il y a présentement une pénurie qui s'échelonne sur plusieurs années. C'est à se demander si ce phénomène ne plaît pas à nos dirigeants politiques et aux corporations qui défendent les médecins (pression à la hausse sur les salaires causée par une demande qui dépasse l'offre disponible?).

**Force Jeunesse est d'avis qu'il est fondamental pour les années à venir de relever significativement les admissions dans les Facultés de médecine et de sciences infirmières.**

---

<sup>23</sup> MSSS, *Système québécois de santé et des services sociaux : points de repère*, juin 2000

## **Vers une saine transmission intergénérationnelle des connaissances**

Le départ massif de quelques 4000 infirmières à l'été 1997, en plus de ceux qui surviendront au cours des prochaines années, entraîneront non seulement une pénurie de main d'œuvre un peu partout au Québec mais également une importante perte d'expertise dans les milieux spécialisés et ultra-spécialisés.

**Le déficit de transmission intergénérationnelle des connaissances des professions médicales doit être au cœur des préoccupations puisqu'il affectera considérablement la qualité des soins offerts à la population.**

Prenons par exemple le cas des jeunes infirmières. Il y a à peine deux ans, les exigences cliniques pour travailler à l'unité de soins intensifs étaient de deux à trois années d'expérience en médecine-chirurgie. Maintenant cette exigence n'est plus que de deux à trois mois de pratique car la pénurie dans les milieux ultra-spécialisés se fait actuellement sentir. Malgré ce phénomène de plus en plus fréquent, les périodes d'orientation sont les mêmes qu'auparavant. Le manque de budget associé à la formation et le besoin d'infirmières rapidement formées en sont les principales causes. Mettre en place des mécanismes qui permettront aux jeunes professionnels du domaine de la santé de bénéficier de l'expertise des infirmières d'expérience est de première importance.

En ce qui concerne l'intégration des infirmières, il faut mettre en place des systèmes de préceptorat et bonifier les budgets à la formation afin d'offrir des périodes d'intégration dans les milieux spécialisés et ultra-spécialisés qui s'adapteront aux nouvelles conditions et exigences du système.

De plus, il faut revoir l'organisation actuelle du travail qui, dans plusieurs milieux est non favorable au partage de l'expérience. En effet, nous retrouvons une très forte concentration de jeunes infirmières de soir et de nuit comparativement au quart de jour. Afin de contrer le manque d'expérience et permettre le développement de l'expertise, les milieux anglophones ont instauré des systèmes de rotation et/ou des quarts de travail de 12 heures. Peut-être est-ce une alternative à envisager afin d'équilibrer les équipes de travail ? Les programmes de retraites progressives qui permettront aux infirmières d'expérience de quitter les milieux de façon graduelle sont également un moyen pour permettre aux plus jeunes de bénéficier de leur expérience avant leur départ.

Le déficit de transmission intergénérationnelle de connaissances auquel sont confrontées les jeunes infirmières affecte également la profession médicale. C'est pourquoi les mesures qui seront retenues afin d'attirer les médecins en régions éloignées devront tenir compte d'un principe d'équité intergénérationnelle – ne pas créer des ghettos pour jeunes médecins – et prendre en considération l'objectif de cohabitation des différentes générations dans un même milieu médical.

**C'est l'ensemble des médecins du Québec qui devra être sollicité par les mesures gouvernementales visant à répartir équitablement les ressources médicales vers les régions éloignées.**

Nous croyons que tous les médecins doivent se sentir concernés par le manque d'effectifs en régions. Les solutions qui suivent adhèrent au principe d'équité intergénérationnelle et contribuent à assurer à tous les citoyens une gamme complète de soins et services adéquats.

- Créer des incitatifs pour les régions éloignées ainsi que pour la pratique de la médecine en temps de pénurie.
- Implanter un système de jumelage des hôpitaux régionaux et hôpitaux spécialisés urbains afin d'établir une liste de garde.
- Et si les pénalités salariales des médecins doivent être maintenues, les répartir équitablement **à l'ensemble** des médecins qui pratiquent dans les grands centres.

Diminuer les salaires de tous les médecins afin de créer des incitatifs pour consacrer les augmentations salariales aux médecins qui pratique en région éloignée ne contribue pas à augmenter l'enveloppe budgétaire associée à la rémunération médicale.

Nous croyons qu'en sensibilisant nos effectifs médicaux par des moyens touchant l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes, nous contribuerons à enrayer les problèmes de pénurie en région éloignée. Le jumelage demandant aux médecins d'un centre spécialisé de faire une garde pour une période de temps déterminée dans un centre en région éloignée en est un autre exemple. De cette façon, c'est avec chaque médecin qu'est partagée la responsabilité de prodiguer des soins en région éloignée lorsqu'il doit faire sa garde.

**Nous sommes d'avis qu'obliger les jeunes médecins à pratiquer en région éloignée afin d'équilibrer les ressources ne peut qu'encourager l'exode de ceux-ci vers d'autres provinces ou vers les États-Unis.**

### **Une utilisation des ressources humaines adaptée aux besoins actuels**

Dans la très grande majorité des cas, les professionnels de la santé tels les travailleurs sociaux, infirmières de liaison, ergothérapeutes et physiothérapeutes des différents établissements ne travaillent que selon un horaire régulier soit du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00.

**Le manque de ressources disponibles pour la prise en charge de la clientèle les fins de semaine, les soirs et les nuits est une composante majeure qui contribue à amplifier l'engorgement des urgences.**

En l'absence de ces professionnels, plusieurs congés de bénéficiaires occupant des lits de courte durée sont régulièrement retardés. En effet, tout transfert vers les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), centres de réadaptation ou qui nécessitent des soins à domicile doit être supervisé par l'un ou l'autre de ces professionnels afin d'assurer une continuité adéquate des services. Nous devons nous ajuster à la demande actuelle qui nécessitent la présence d'infirmières de liaison et travailleurs sociaux les soirs et les fins de semaine que ce soit au sein des centres hospitaliers ou des CLSC. **Les durées de séjours inutilement trop longues seront de cette façon diminuées significativement. De plus, le manque des professionnels de la santé dans les milieux de vie entraîne bon nombre de réhospitalisations qui pourraient être évitées.** Ces mesures contribueront à améliorer l'utilisation des services et à améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau.

Puisqu'il y a une pénurie d'effectifs, il faut trouver de nouvelles façons de faire et s'adapter aux nouvelles réalités. Il est donc nécessaire de revoir l'organisation du travail ce qui facilitera l'adaptation au changement. L'embauche de plus de personnel de soutien tels les préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales et secrétaires médicales permettra aux professionnels, telles les infirmières de se consacrer à leurs fonctions d'évaluation, de formation et de suivi des clientèles, permettant ainsi l'amélioration de leurs interventions et leur efficacité auprès des personnes nécessitant des soins et des services de santé.

**La population doit pouvoir avoir accès à des ressources professionnelles en tout temps à l'extérieur des CHSGS et CHSLD afin d'éviter que ceux-ci ne deviennent la première porte d'entrée du système de santé.**

### **La nécessité de la collaboration interprofessionnelle**

La collaboration entre les professionnels de la santé est nécessaire afin de favoriser l'élaboration de plans de traitement communs qui permettront au bénéficiaire d'améliorer son état de santé plus rapidement. En effet, l'être humain est un être multidimensionnel ce qui signifie qu'il est en constante relation avec ses facteurs biologiques et psychologiques, ses valeurs et ses croyances, son environnement social et physique et ses habitudes de vie. Lorsque la maladie survient, elle entraîne non seulement un débalancement d'ordre physiologique mais provoque également un bouleversement psychologique, social ainsi que la perturbation des valeurs et des croyances. C'est pourquoi, il

est essentiel que les professionnels de la santé collaborent ensemble dans l'élaboration de plans d'intervention pour la clientèle.

**L'interdisciplinarité est une valeur fondamentale à laquelle les professionnels de la santé doivent adhérer pour assurer aux individus des soins complets leur permettant de conserver ou recouvrer la santé.**

Malheureusement, on se rend compte que la communication et la coordination des soins entre les intervenants des différents milieux ne sont pas assurés. Le MSSS<sup>24</sup> souligne que «*Les mesures susceptibles d'encourager le travail interprofessionnel sont, à toutes fin utiles, inexistantes*».

**En tant que professionnels de la santé, nous recommandons la création d'une formation commune d'interdisciplinarité.** La connaissance du travail de chaque professionnel de la santé dans le plan de traitement est fondamentale pour arriver à coordonner nos actes.

Olive Goulet<sup>25</sup> mentionne que «*L'efficacité des relations entre professionnels, notamment entre les infirmières et les médecins, s'accroît également lorsqu'elles reposent sur des modes de communication directs, que les rôles respectifs sont clarifiés, que le pouvoir est partagé et que l'information pertinente circule librement et de façon continue* ».

La reconnaissance des professions selon le titre réservé ou exclusif est nécessaire afin d'assurer le contrôle des actes de chaque professionnel en vue d'assurer au public une protection adéquate en regard des soins qu'il reçoit. Cependant, l'attribution des actes professionnels ne doit pas être un obstacle au partage de l'information et à la collaboration interdisciplinaire.

**Les guerres de pouvoir entre les professionnels de la santé influencent considérablement la qualité des soins offerts à la population car elles empêchent l'information pertinente à plus d'un professionnel de circuler.** Une communication interprofessionnelle adéquate permet, entre autres, d'ajuster les traitements de façon à diminuer les détériorations dans l'état de santé et de considérer les besoins globaux de la personne pour la planification de son congé ou de sa réadaptation.

**Malgré les lois professionnelles et actes auxquels ils doivent se conformer, les professionnels de la santé ne doivent pas perdre de vue qu'ils ont pour objectif commun de répondre à tous les besoins que requière l'état de santé des individus. Se refermer en adoptant des attitudes et positions qui ne favorisent que les intérêts professionnels des praticiens, est**

---

<sup>24</sup> MSSS, *Organisation des services, état de situation et perspectives*, juin 2000

<sup>25</sup> Goulet, O., «L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière», dans Goulet, O. et Dallaire, C., *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p., p. 147-151

**inacceptable en regard des valeurs qui sous-tendent nos professions respectives.**

Dans cette optique, l'intervention de chaque professionnel de la santé se fait sur une base d'égalité car chacun possède des connaissances spécifiques qui lui permettra de contribuer à procurer à l'individu les moyens et ressources qui lui permettront de recouvrer ou de conserver la santé. Notre vision de professionnel doit être axée sur les soins et services que nous offrons aux bénéficiaires et devons donc faire abstraction de tous conflits professionnels qui peuvent nuire à ceux-ci.

## Chapitre 4

### Fondation pour la pérennité du système de santé

Le financement des services de santé et des services sociaux au Québec représente un défi collectif de taille. Par exemple, l'État québécois consacrait, en 1985-1986, 31.6 % de ses dépenses de programmes au secteur de la santé et des services sociaux<sup>24</sup>. Pour le budget 2000-2001, ce pourcentage s'établit à 39.2 %<sup>25</sup>. Le poids réel et relatif des dépenses consacrées à la santé par l'État québécois est donc en progression constante. Les pressions démographiques (vieillesse de la population) et l'évolution de la technologie et de la pratique ne peuvent être évitées. Ne pas s'y attarder serait faire preuve d'une insouciance indéfendable envers les prochaines générations de bénéficiaires et de contribuables. Pouvons-nous, collectivement, sacrifier les responsabilités gouvernementales dans les domaines de l'éducation, de l'environnement, du développement économique, etc., afin de maintenir un système qui sera de plus en plus affamé, et ce, au point de remettre en cause le développement du Québec?

Cela dit, la privatisation ou la création d'un réseau parallèle ne nous permettra fort probablement pas de réduire nos coûts si nous voulons assurer collectivement pour tous les Québécois le même degré de services et de soins. Les systèmes fiscalisés, où l'État joue le rôle d'assureur, sont des plus compétitifs en ce qui a trait aux coûts des services de santé pour une collectivité. «Les dépenses de santé en pourcentage du PIB augmentent lorsqu'on passe d'un financement par l'impôt à un financement par l'assurance publique ou par le système privé<sup>26</sup>.» Donc, un régime public universel financé par nos impôts et nos taxes est économiquement conséquent en plus d'être la meilleure garantie d'offrir des services et des soins de qualité pour tous nos concitoyens.

Nous devons donc tenir compte de ces considérations et offrir une avenue intéressante afin de se sortir collectivement de cette impasse (coûts croissants des services de santé et des services sociaux), tout en favorisant une réforme des façons de faire. La proposition de Force Jeunesse est des plus simples, elle ressemble à celle retenue pour rendre viable le Régime des rentes du Québec. Nous proposons au gouvernement de constituer une importante réserve d'actifs au cours des prochaines années pour faire face à l'augmentation des coûts reliés au vieillissement de la population et aux autres facteurs mentionnés précédemment. Le **Fonds pour la pérennité du système de santé** pourrait ainsi être constitué.

---

<sup>24</sup> Denis Bédard, *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ÉNAP, janvier 2000, p. 3

<sup>25</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Guide d'animation*, août 2000, p. 8

<sup>26</sup> Caroline Chapain et François Vaillancourt, «Le financement des services de santé au Québec» dans Bégin, C., dir., et al., *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, Montréal, PUM, 1999, 439 p., p. 107

L'utilisation éventuelle d'une épargne publique aussi gigantesque doit être connue et largement acceptée afin que les citoyens acceptent de consacrer une partie importante des surplus gouvernementaux à cette fin. **Nous proposons que cette réserve d'actifs constitue une fondation consacrée exclusivement, en vertu d'une loi de l'Assemblée nationale, à la pérennité de notre système de santé.** La loi constitutive du Fonds pourrait fixer l'agenda de cotisation du gouvernement, prévoir tout autre moyen supplémentaire de financement ainsi que fixer le calendrier de réinvestissement dans le système de santé.

Qu'il s'agisse d'une cotisation annuelle récurrente de deux milliards \$ ou de toute autre somme, cet investissement sera disponible au moment où les contribuables d'aujourd'hui en auront réellement besoin tout en contribuant d'autre part à l'équité fiscale intergénérationnelle. On peut penser qu'en situation de récession, le gouvernement s'abstiendra de cotiser à la fondation afin de respecter le financement de ses programmes, sans pour autant réaliser un important déficit budgétaire. En cas d'explosion des taux d'intérêts, le gouvernement pourrait exploiter l'épargne publique présente dans la Fondation pour reprendre d'une main ce qu'il perd de l'autre (frais d'intérêts sur la dette publique). **Ainsi, la Fondation jouerait un second rôle, celui de protéger le système de santé contre les cycles économiques en raison du coussin budgétaire dégagé.** Nous sommes persuadés que ceux qui ont souffert des compressions récentes dans le système de santé valoriseront cette assurance budgétaire collective.

À moins d'études sérieuses démontrant le contraire, il nous apparaît que l'avantage de la Fondation sur un remboursement pur et simple de la dette publique est avant tout politique : il s'agit d'illustrer concrètement l'utilité future d'une politique d'épargne publique. Quand nous considérons le niveau de difficulté politique relié à la réalisation de surplus budgétaires continuels, cet avantage politique n'est pas à prendre à la légère. Rappelons que les citoyens de toutes les générations profiteraient d'une telle politique, de même que les autres missions de l'État puisqu'elles ne risqueraient plus d'être sacrifiées dans le futur pour sauver le système de santé face à l'explosion de ses coûts.

Il est grandement temps que nous nous attardions, au Québec, au choix qui s'offrent à nous en cette période de surplus budgétaires. Les pressions quotidiennes et les tentations politiciennes vont être croissantes au fur et à mesure que les marges de manœuvre budgétaires augmenteront. Qu'il s'agisse de nouvelles dépenses ou encore de l'allègement de la fiscalité, toute décision d'affectation des surplus budgétaires doit d'abord prendre en considération les défis que devra surmonter la société québécoise à long terme.

Dans le contexte de la croissance économique actuelle, nous croyons que le gouvernement doit abandonner sa politique du déficit zéro et se fixer de nouveaux objectifs budgétaires afin de financer la Fondation pour la pérennité du



système de santé. Nous croyons que pour l'année en cours, le gouvernement est en mesure de mettre de côté un surplus de 500 millions \$. C'est, en quelque sorte, ce qu'il a déjà fait l'an dernier en épongeant les déficits accumulés des hôpitaux. Pour l'exercice budgétaire prochain (2001-2002), si la croissance économique est toujours au rendez-vous, c'est 1 milliard \$ qui devrait être consacré à la Fondation. Chaque année de croissance devrait permettre au gouvernement d'augmenter son versement annuel à la Fondation. Le scénario présenté ci-après (tableau X) n'est que l'une des nombreuses possibilités qui s'offrent au gouvernement. Le tableau comprend l'hypothèse d'une récession et suppose que le gouvernement réinvestit en santé les rendements dégagés par la Fondation. Une capitalisation des intérêts durant les premières années augmente évidemment les ressources disponibles à long terme, mais les réinvestissements comportent l'avantage d'être plus visibles politiquement. Ce tableau suppose également que les versements cesseraient progressivement autour de l'an 2025, augmentant d'autant les ressources disponibles pour faire face à l'augmentation des coûts de notre système de santé.

Ainsi, en nous privant à court terme d'un certain financement des services publics et surtout d'une partie des importantes baisses d'impôt envisagées à ce jour, nous disposerons d'une somme d'environ 6 milliards \$ supplémentaires à partir des années 2025-2030. Ces sommes devraient nous permettre d'affronter avec plus de sérénité le défi de l'augmentation du poids des dépenses publiques en santé. Remarquez que, dans ce scénario, il a été supposé qu'une récession surviendra d'ici la fin de la décennie. Dans un tel cas, l'argent disponible pour maintenir à flot le système de santé serait plus important que si nous conservions l'actuelle politique du déficit zéro (et du surplus zéro). Par conséquent, nous aurions les moyens d'assurer la qualité du service et de maintenir un climat de travail sain, sans pour autant sacrifier les contribuables ou les travailleurs du système de santé en raison des coûts de santé sans cesse croissants.

Tableau X : Exemple d'évolution des versements de l'État, des fonds de la Fondation, des réinvestissements de la Fondation et du différentiel de financement disponible.

Années	Versements (M\$)	Fondation (M\$)	Réinvesti (10%)	Disponible (D-B)
2000-2001	500	0	0	-500
2001-2002	1000	500	50	-950
2002-2003	1500	1500	150	-1350
2003-2004	2000	3000	300	-1700
2004-2005	2500	5000	500	-2000
2005-2006	3000	7500	750	-2250
2006-2007	3000	10500	1050	-1950
2007-2008	1500	13500	1350	-150
2008-2009	0	15000	1500	1500
2009-2010	500	15000	1500	1000
2010-2011	1000	15500	1550	550
2011-2012	1500	16500	1650	150
2012-2013	2000	18000	1800	-200
2013-2014	2500	20000	2000	-500
2014-2015	3000	22500	2250	-750
2015-2016	3500	25500	2550	-950
2016-2017	4000	29000	2900	-1100
2017-2018	4000	33000	3300	-700
2018-2019	4000	37000	3700	-300
2019-2020	4000	41000	4100	100
2020-2021	4000	45000	4500	500
2021-2022	3500	49000	4900	1400
2022-2023	3000	52500	5250	2250
2023-2024	2500	55500	5550	3050
2024-2025	2000	58000	5800	3800
2025-2026	1500	60000	6000	4500
2026-2027	1000	61500	6150	5150
2027-2028	500	62500	6250	5750
2028-2029	0	63000	6300	6300
2029-2030	0	63000	6300	6300

## **Conclusion**

Les recommandations de Force Jeunesse visent l'amélioration du fonctionnement et du financement des services sociaux et des services de santé au Québec. Elles ne constituent pas une liste exhaustive mais bien des éléments de solution afin de surmonter les défis présents et futurs que nous réserve notre système de services et de soins. Il est toujours utile de se rappeler que les tentatives de réforme du système de santé et des services sociaux ont pour objectif fondamental l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyennes et citoyens. Une participation accrue des personnes et des groupes œuvrant à atteindre cet objectif est clairement nécessaire. Les déchirements, les rivalités, la morosité et parfois même le nombrilisme de certains acteurs n'aident en rien aux changements bénéfiques tant recherchés. Malheureusement, trop souvent, *«tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc.; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes<sup>26</sup>.»* Nous souhaitons que ce constat, que nous pouvons encore tirer aujourd'hui, sera dépassé en raison de la volonté et de l'effort exigés pour réussir le virage tant mentionné et souhaité par nos concitoyens.

Les tensions actuelles, tant dans l'organisation que le financement des services de santé et des services sociaux, mettent en péril ce que nous avons construit depuis près de 30 ans. Nous sommes donc condamnés à réussir ce «lac-à-l'épaule» pour le plus grand bien des Québécoises et Québécois.

---

<sup>26</sup> Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, p. 407

## **Bibliographie**

Association Canadienne de Santé Publique, *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*, Ottawa, juillet 1996, 9 p.

Bédard D., *Le financement des soins socio-sanitaires : Une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ÉNAP, janvier 2000, 62 p.

Bégin, C., dir., et al., *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1999, 439 p.

Bélanger, J-P., *Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 1989, 73 p.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, 1989, 803 p.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé des populations, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé des canadiens*, Conférence des ministres de la santé, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard, septembre 1999, 230 p.

Doré, M., *La désinstitutionnalisation au Québec*, Santé mentale au Québec, XXII, 2, 1997.

Dumont, F., *Raisons communes*, Montréal, Boréal, 1995, 255 p.

Epp, J., *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, 1986, 13 p.

Gorin, S.S. and Arnold J., *Health Promotion Handbook*, Missouri, Mosby, 1998, 447 p.

Goulet, O. et Dallaire, C., *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p.

Lemieux, V., dir., et al., *Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1994.

O'Neill M., Gosselin P., et Boyer M., *La santé politique : petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*, Centre collaborateur de l'OMS, Québec, 1997, 263 p.

O'Neill M., Pederson A., et Rootman I., *Health Promotion in Canada : Provincial, National and International Perspectives*, Canada, WB Saunders, 1994. 401 p.,

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1<sup>er</sup> novembre 1999*, Montréal, février 2000, 157 p.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec : étude exploratoire*, Montréal, 1999.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 1997 : Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité*, Genève, 1997, 166 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 1998 : La vie au 21<sup>e</sup> siècle une perspective pour tous*, Genève, 1998, 257p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Évaluation de la promotion de la santé : recommandations aux responsables politiques*, Rapport du groupe de travail européen de l'OMS, 1998.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Politiques de la santé et du bien-être*, Québec, 1992, 192 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Organisation des services : état de situation et perspectives*, Québec, juin 2000, 11 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Santé au Québec : quelques indicateurs*, Québec, juin 2000, 77 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Financement : état de la situation et perspectives*, Québec, juin 2000, 10 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Système québécois de santé et des services sociaux : points de repères*, Québec, 9 juin 2000, 29 p.

Renaud, M., «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique », dans Bozizni, L. et al., *Médecine et société, les années 80*, 1981, p. 516-541.

Santé et Bien-être Canada, *Enquête promotion de la santé Canada 1990 : rapport technique*, ministère des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1990.

Touraine, A., *Le retour de l'acteur*, Paris, Fayard, 1984.

