

Québec - Canada

Débats sur (et dans) le système d'assurance maladie

Pierre VOLOVITCH

Le système d'assurance maladie québécois est confronté à des problèmes et des questions qu'il partage avec les autres pays développés. Les dépenses de santé croissent plus rapidement que le PIB : elles sont passées de 8,3 % du PIB québécois en 1975 à 10,3 % en 2003 ¹. Le vieillissement de la population, et tout particulièrement l'augmentation du nombre de personnes dépendantes pose de façon renouvelée la question de l'articulation entre la dimension sanitaire et la dimension sociale de la prise en charge et de la coordination des différents intervenants.

Dans le même temps les politiques économiques menées, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, se donnent comme objectifs prioritaires la réduction de la dette publique et la diminution des impôts.

Les conséquences sur les systèmes d'assurance maladie sont claires. En termes de socialisation de la dépense, entre 1975 et 2003, la part des dépenses publiques dans l'ensemble de la dépense de santé a perdu plus de 6 points pour l'ensemble du Canada et plus de 7 points au

Québec. En termes d'accessibilité, les listes d'attente pour accéder à certains services deviennent de plus en plus importantes, les inégalités géographiques se creusent, la pénurie s'aggrave dans le domaine des soins à domicile pour personnes âgées. En termes d'emploi, les professionnels décrivent une dégradation de leurs conditions de travail.

L'assurance maladie au Canada et au Québec

Le système d'assurance maladie du Canada s'est progressivement constitué en combinant des initiatives des provinces et des initiatives fédérales. En 1947 la Saskatchewan, province centrale dont le gouvernement est à ce moment là de coloration social-démocrate et dans lesquelles les forces syndicales ont une forte influence met en place un programme d'assurance hospitalisation. L'initiative est reprise par d'autres provinces. En 1958 le gouvernement fédéral reprend à son tour cette initiative et propose de participer pour moitié au financement des program-

1. Pour le Canada on est passé de 7,5 % du PIB en 1975 à 10 % en 2003.

mes provinciaux d'assurance hospitalisation. Le Québec met en place cette assurance hospitalisation en 1961. En 1962 la Saskatchewan met en place une assurance obligatoire pour les soins médicaux. Le gouvernement fédéral reprend cette initiative en 1966. Le Québec dispose d'une assurance pour les soins médicaux au début des années 70.

Le financement fédéral des programmes d'assurance « hospitalisation et soins médicaux » est soumis à l'observation par les provinces des cinq principes de la loi canadienne de santé (1984) : administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité.

***Un financement fédéral en déclin,
une forte autonomie des provinces,
une tendance à la libéralisation***

Le financement fédéral est assuré aux provinces à travers un système de redistribution complexe qui prend en compte les écarts de richesses entre provinces et les évolutions démographiques. Il prend en charge des programmes divers qui relèvent de la santé mais aussi de l'éducation ou de l'action sociale.

Les regroupements de programmes au travers d'un type de financement comme les règles mêmes de ce financement font l'objet de négociations entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Pour la santé on est passé d'un financement partagé 50/50 entre provinces et niveau fédéral à un financement indexé sur l'évolution du PIB. Dans les faits la part des financements fédéraux dans le financement de la santé est en diminution constante. Alors que la part de la contribution fédérale dans les dépenses publiques de santé était supérieure à 40 %

au début des années 1960 elle est inférieure à 20 % depuis les années 1990. Dans le même temps les dépenses de santé sont le premier poste dans les budgets provinciaux. Au Québec le budget de l'assurance maladie pèse plus d'un tiers de l'ensemble.

Si la loi canadienne de santé a pour second principe « l'intégralité » de la couverture c'est à chaque province de définir ce qu'elle considère comme « les soins médicalement nécessaires ». La question importante est celle des médicaments. Le Québec a mis en place un régime « universel » pour les médicaments dans lequel les personnes « fragiles » (personnes âgées à petit revenu, chômeurs...) sont prises en charge par un système public tandis que le reste de la population est couvert par des formes d'assurances collectives négociées dans les entreprises. Ce système d'assurance médicament laisse à la charge des ménages des sommes qui peuvent être importantes par le biais de « franchises » et de « ticket modérateur ». La part des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages est liée, de façon claire, à la définition du champ des dépenses prises en charge car considérées comme « médicalement nécessaires ». Suivant les périodes, les soins dentaires sont ainsi inclus ou exclus de la prise en charge des régimes publics. Au Québec, la part des soins privés dans les dépenses totales de santé est supérieure à 34 %. Cette proportion était inférieure à 20 % en 1980. Parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec que la part du privé a augmenté le plus rapidement au cours des vingt dernières années ¹.

1. Pour l'ensemble du Canada la part des dépenses privées dans le total des dépenses de santé est passée de 24,5 % en 1980 à 30,1 % en 2003.

QUEBEC - CANADA

Alors que les cinq principes de la loi Canadienne de santé semblent ne laisser que peu de place au développement d'un système de soins privé, la combinaison des problèmes conduit déjà à des formes diverses de privatisation :

- mise en place et développement de systèmes d'assurance privés pour assurer la partie de la dépense de soins non prise en charge par le régime public d'assurance ;

- tentatives de promouvoir la présence d'opérateurs privés dans le système hospitalier sous la forme de services non directement sanitaires (restauration, entretien) assurés auprès des hôpitaux sous la forme de sous-traitance, ou sous la forme de mise en place d'établissements de soins privés à but lucratif. Si ces réponses aux problèmes du système de soins demeurent en grande partie au niveau de projet au Québec, elles sont déjà en place de manière plus réelle dans d'autres provinces canadiennes dont les gouvernements sont plus orientés vers des politiques explicitement néo-libérales¹ ;

- pour la prise en charge des personnes âgées on voit tout à la fois se mettre en place des structures de prise en charge privées à but lucratif pour la partie de la population qui peut payer ce genre d'établissement tandis que les structures associatives doivent faire face au retrait des financements publics.

Le système de santé québécois et l'accent mis sur la dimension sociale du soin

Chaque province dispose d'une forte autonomie dans l'organisation même du

système de santé. Un des points caractéristiques du système de santé québécois est la volonté d'intégrer les problèmes de santé à l'ensemble des problèmes sociaux. L'accent est mis sur les liens qui existent entre les facteurs économiques, sociaux et culturels comme déterminants de la santé. Cette préoccupation se concrétise par la mise en place de structures de soins originales, les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui regroupent la médecine de première ligne et les services sociaux. Dans les faits les médecins québécois, qui demeurent massivement des médecins libéraux, mènent une sourde lutte contre cette forme de prise en charge des soins. En 1997, confronté comme les autres pays développés aux effets du vieillissement de sa population, le Québec met en place le « virage ambulatoire » dont l'objectif affiché était la « désinstitutionnalisation » dans le secteur de la santé, en particulier en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées. Dans les faits le « virage ambulatoire » s'est accompagné de réductions d'emplois dans le secteur sanitaire et social sans que les moyens suffisants soient transférés sur les services locaux.

Le positionnement du mouvement syndical québécois

Face aux menaces pesant sur l'assurance maladie la réponse des syndicats québécois a pris la forme d'une large unité. En 1991 est mise en place une « coalition pour le maintien de la gratuité dans la santé » qui devient en 1993 la « Coalition

1. La province centrale de l'Alberta, dont le revenu a fortement augmenté grâce à l'exploitation du pétrole, a une politique clairement marquée, dans tous les domaines, et en particulier sur la santé, par des options néo-libérales.

Santé Solidarité »¹. On retrouve à l'intérieur de la coalition l'ensemble des syndicats québécois mais aussi des associations de consommateurs, des associations de malades ou d'handicapés, des organisations de femmes et de jeunes, des structures de soins et de prise en charge sociale.

La réponse des syndicats québécois aux projets des pouvoirs publics, de manière autonome ou dans le cadre de la « Coalition Solidarité Santé » s'articule autour de trois points : refus de la privatisation, volonté de défendre et de promouvoir une vision sociale de la prise en charge des questions de santé, demande d'un débat démocratique sur ces questions.

Refuser la privatisation – obtenir un financement public suffisant

L'objectif est de maintenir, voire d'étendre, un système universel à financement socialisé. Les arguments économiques (nécessaire allègement du poids de la dette, coût du travail et « attractivité » du territoire québécois pour les investisseurs étrangers) sont contestés. Plutôt que les dépenses exprimées en pourcentage du PIB les syndicats préfèrent mettre en avant la dépense par tête qui est devenue la plus faible des provinces du Canada.

Il y a donc une forte revendication de mobilisation de moyens financiers² qui s'appuie sur l'affirmation que la population du Québec est plus demandeuse d'une amélioration des services publics que d'une diminution des impôts³. La question de la diminution constante de la part des transferts fédéraux dans le financement est évidemment posée. Il n'y a par contre aucun débat sur la source fiscale du financement des dépenses de santé. Tout en affirmant la nécessité de trouver les moyens financiers du développement du système de soins, les syndicats québécois insistent sur le fait qu'il faut aussi revoir profondément l'organisation même du système⁴.

Les moyens financiers sont nécessaires pour maintenir un bon niveau de services à la population. Les organisations syndicales portent un regard très critique sur le « virage ambulatoire »⁵ de la seconde moitié des années 1990. Si elles partagent largement l'objectif de « désinstitutionnalisation » qui devait permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées de demeurer (ou de retourner) dans la cité elles montrent que le manque de moyens des structures locales, en particulier en emplois, pour rendre effectif ce « virage ambulatoire » a reporté la charge sur des structures associatives qui doivent alors reporter les dé-

1. Site de la CSS : www.solidaritesanté.qc.ca

2. « La CSS réclame d'urgence un réinvestissement tant fédéral que provincial dans le système de santé québécois afin de réaliser la consolidation financière des services publics et leur développement ». Manifeste de la Coalition Solidarité Santé.

3. « C'est d'ailleurs ce que désire la population du Québec, beaucoup plus qu'une diminution des impôts, quoi qu'en pense le ministre des Finances », Mémoire de la FTQ, septembre 2000.

4. « Le système de santé et de services sociaux doit faire l'objet d'importants réinvestissements, (mais) il est tout aussi exact d'estimer que la seule injection d'argent neuf ne suffira pas à combler les lacunes actuelles », Mémoire de la CSN, septembre 2000.

5. L'objectif du « virage ambulatoire » était de diminuer le nombre de personnes en établissements (personnes âgées, malades mentaux, toxicomanes) en développant des prises en charge de proximité (cf. *supra*).

ficiences de l'action publique sur les familles, et tout particulièrement sur les femmes.

Le sous-financement du système sanitaire et social est d'autant plus critiqué qu'il apparaît comme le moyen d'ouvrir la porte à la privatisation. Les organisations syndicales québécoises s'opposent à la privatisation de plusieurs points de vue. Le domaine des soins de santé et des services sociaux ne peut être organisé par le marché car personne ne choisit de consommer des soins ou des services sociaux. Le consommateur ici ne dispose pas de l'information qui lui permettrait de faire un choix raisonné¹. Il dépend des choix des professionnels. La prestation privée de services entraîne une plus grande augmentation des coûts pour les particuliers –directement ou par le biais d'assurances privées ou collectives – que ce ne serait le cas dans un régime public. Avec la privatisation de l'offre c'est au final l'argent public qui « engraisse » le secteur privé. Enfin la privatisation ne réduira pas les problèmes d'accès et de durée d'attente. La comparaison avec le puissant voisin du sud, les États-Unis, est bien sûr mise en avant pour montrer qu'un système moins socialisé est producteur de plus d'inégalités, générateur de coûts plus importants pour les entreprises pour assurer la couverture maladie de leurs salariés, tout en étant au final plus coûteux.

A l'inverse d'une réduction de la couverture publique, la Coalition et les syn-

dicats demandent que la « gamme de service » prise en charge tienne compte des évolutions du système de soins (maintien à domicile, chirurgie de jour)². Plus généralement ils demandent une réflexion collective et globale pour que la gamme des services assurés permette véritablement à l'ensemble de la population un accès aux soins et aux services sociaux. Si la réduction du panier de services couverts par le régime public ou encore l'instauration d'une contribution financière liée à l'utilisation de services sont des options régulièrement soulevées dans le débat entourant le contrôle des coûts de ces services, les syndicats ont quant à eux la conviction que ces options soulèvent de sérieux problèmes d'équité sans par ailleurs conduire à un meilleur contrôle des coûts. Ce que les usagers déboursent pour les soins et services constitue en fin de compte des coûts collectifs, que ces services soient totalement, partiellement ou non couverts par le régime public. En diminuant la couverture publique, on diminue d'une certaine manière la capacité collective à intervenir sur les coûts tout en minant le principe de solidarité sur lequel se fonde le régime public, particulièrement à l'égard des personnes moins bien nanties. Pour elles il est socialement inéquitable d'appliquer le principe de l'utilisateur-payeur pour des services essentiels à la santé et au bien-être des personnes.

La question du niveau de prise en charge est évidemment particulièrement sensible dans le domaine du médicament.

1. « Une personne ne « choisit » pas de consommer des services ou des soins. Rares sont celles qui possèdent toutes les informations nécessaires pour effectuer des choix éclairés quant aux services et soins appropriés », Mémoire de la FTQ, septembre 2000.

2. « La CSS réclame que tous les services sociaux et de santé contribuant à la santé et au bien-être de la population québécoise soient inclus dans la couverture publique y compris ceux correspondant à de nouveaux besoins de la population », Manifeste de la Coalition Solidarité Santé.

Dans ce domaine il n'existe pas une couverture unique mais deux types de couvertures, une publique pour les ménages les plus modestes et un accès à des couvertures collectives privées pour le reste de la population. Dans tous les cas l'accès, sauf pour les plus pauvres, n'est pas gratuit car les ménages doivent supporter une franchise et un ticket modérateur (co-paiement) qui sont cependant tous les deux plafonnés en fonction du revenu. La conjonction de la progression rapide des dépenses de médicaments et de la volonté du gouvernement de limiter les dépenses publiques dans ce domaine ont conduit celui-ci à proposer des évolutions des différents paramètres de prise en charge. Pour les organisations syndicales l'application de ces propositions conduirait à faire passer la part des ménages dans la dépense de 25 % aujourd'hui à plus de 40 % dans cinq ans ¹. Taux qu'elles considèrent comme « inimaginable et inconcevable ». Hostiles à une hausse de la dépense qui reste à la charge des ménages, demandant que le niveau de « coassurance » demeure limitée à 25 % elles soutiennent d'autres propositions qui existent déjà dans les projets gouvernementaux en espérant leur donner un impact plus important. Elles sont ainsi favorables à la mise en place d'un conseil du médicament qui aurait pour fonction d'améliorer le suivi de l'utilisation des médicaments. Elles veulent également augmenter la pression sur les industries pharmaceutiques en mettant en avant le fait que, d'ores et déjà, il apparaît un écart

de 9,5 % en faveur des prix moyens des prescriptions dans le régime public si on les compare aux prescriptions des régimes privés. Ce qui les confirme dans leur revendication du passage d'un régime mixte (public/privé) à un régime totalement public qui aurait plus de possibilité d'agir sur les prix des médicaments.

Une vision sociale des questions de santé

Une des originalités fortes du système de soins québécois est la volonté, régulièrement réaffirmée, de ne pas s'enfermer dans une conception purement sanitaire de la santé, et de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (conditions de travail, logement, alimentation, habitudes culturelles, inégalités sociales...) ². La forme la plus claire de cette volonté a été la mise en place de centres locaux de services communautaires, CLSC, qui, on l'a dit, regroupent la médecine de première ligne et les services sociaux.

Mais cet aspect du système apparaît aujourd'hui fragile. Pour les syndicats québécois les transformations récentes du système de soins se sont faites à partir de la deuxième ligne de soins par des fermetures de lits et d'établissements, sans vision concrète de l'organisation des services de première ligne, sans volonté de la consolider et de lui donner les moyens financiers et organisationnels pour s'acquitter correctement de ses responsabilités. L'échec des CLSC à s'imposer comme porte d'entrée du système

-
1. Mémoire de la FTQ sur le projet de loi n°98 modifiant la loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, 28 mai 2002.
 2. « La CSS réaffirme que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, environnement) et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie », Manifeste de la Coalition Solidarité Santé.

sociosanitaire a plusieurs causes : résistance des médecins, accent historique mis sur les services hospitaliers, sous-financement, difficulté des CLSC à dégager une vision cohérente de leurs rôles et obligations. Pour eux, une des principales causes des difficultés actuelles est le manque de volonté politique des gouvernements et des ministres de la Santé qui se sont succédé à Québec.

Les coupes financières apparaissent de ce point de vue dangereuses car en rendant les choix difficiles elles risquent de conduire à privilégier la dimension purement sanitaire du système, au détriment de sa dimension sociale. Et ce d'autant plus que les personnes (personnes âgées et handicapées) les plus demandeuses de prise en charge sociale sont des personnes « sans voix sociale »¹.

Cette analyse conduit les syndicats québécois à avoir un regard assez critique sur les pratiques médicales actuelles et à proposer des modifications importantes, en particulier dans le domaine de la rémunération.

Pour eux la grande liberté qu'ont les médecins de « choisir » les tâches qu'ils veulent ou non assumer est une des causes des pénuries qui apparaissent. Les médecins se situent dès lors trop souvent en marge. À la différence des autres personnels, ils ne sont pas les « employés » des établissements où ils travaillent. L'organisation du travail des médecins et leur rémunération (source et mode de rémunération) doivent donc faire l'objet d'une

attention particulière parce qu'elles sont à la source de nombre de problèmes qui ont été identifiés auparavant. Si l'autonomie professionnelle des médecins doit être conservée pour ce qui relève de l'acte médical, cette autonomie apparaît trop grande en ce qui concerne l'organisation du travail. Aujourd'hui, les médecins peuvent décider où ils s'installent et quels aspects de la médecine ils privilégient, quels que soient les besoins réels de la population. En ce sens, leur mode de rémunération actuel (paiement à l'acte pour la plupart) est un fâcheux incitatif à privilégier certains actes. De plus ce mode de rémunération décourage l'approche multidisciplinaire et empêche d'examiner sérieusement la délégation d'actes vers les autres catégories professionnelles². Cette critique de la rémunération à l'acte apparaît d'autant plus nécessaire que plusieurs enquêtes révèlent une évolution des prises de position des médecins eux-mêmes sur cette question. Dans le domaine de la répartition géographique des médecins la position syndicale est qu'il faut sortir de méthodes purement incitatives qui n'ont pas donné de résultat probant et mettre en place des mesures plus « coercitives »³.

La revendication d'un débat démocratique

Les différents systèmes d'assurance maladie mis en place au Canada ont été dès l'origine universels et financés sur une base fiscale. Il n'y a donc aucune tra-

1. « Très souvent marginalisées et isolées, ces personnes sont sans voix sociale. La problématique des services sociaux mérite un examen particulier et des solutions adaptées », Mémoire de la CSN, septembre 2000.

2. « La CSS constate que le paiement à l'acte génère plus d'effets pervers que d'avantages pour la population québécoise et exige une révision du mode de rémunération des médecins qui corresponde aux besoins de la population », Manifeste de la Coalition Solidarité Santé.

3. Mémoire de la FTQ, septembre 2000.

dition d'assurances sociales professionnelles dans lesquelles les organisations syndicales occupent, de droit, une place particulière. Le fait que le système d'assurance maladie soit géré par l'Etat sur la base de financements fiscaux ne diminue pas la volonté des organisations syndicales de participer aux débats sur le sujet. Mais si elles demandent à occuper toute leur place dans ce débat elles ne revendiquent aucune exclusivité et soutiennent, au contraire, le droit d'autres secteurs de la société à participer à ce débat ¹.

Pour que le débat existe réellement sur les questions de santé il y faut plusieurs conditions. La première est de pouvoir disposer de temps ; dans de nombreuses prises de positions les syndicats regrettent le fait que le gouvernement, s'il ouvre formellement des consultations, le fait trop souvent dans un calendrier très contraint. La seconde est de ne pas en rester au niveau national mais d'aller au contraire au plus près du terrain, là où les besoins des populations peuvent s'exprimer. Les syndicats demandent ainsi que les populations puissent être entendues au sein des instances régionales et puissent participer à l'évaluation des besoins et à la définition des priorités pour la région. Elles constatent que même si le conseil d'administration des structures locales qui ont en charge l'assurance maladie (les « régies ») est composé en partie de représentantes et de représentants de la population, dans les faits les instances régionales (16 régions au Québec) ont trop souvent limité leur rôle à celui de courroie de transmission

administrative (et bureaucratique) du ministère. Clairement les organisations syndicales considèrent que plusieurs des mesures envisagées par le gouvernement réduisent plus qu'elles ne favorisent le champ du débat démocratique.

La défense des personnels

Au-delà des prises de positions sur les questions qui relèvent de l'organisation même du système d'assurance maladie, les organisations syndicales jouent évidemment leur rôle plus spécifique dans le domaine de la défense des personnels du secteur sanitaire et social.

La situation telle qu'elle est présentée par les organisations syndicales n'est pas bonne. Manque de personnel, surcharge de travail, blocage des salaires, conditions de santé et de sécurité au travail déficientes, précarisation de l'emploi. Nous sommes ici face à une situation qui apparaît, dans les conditions actuelles de sous financement, comme sans issue. Les mauvaises conditions de travail et la faiblesse des salaires restreignent les possibilités de recrutement dans le même temps où elles incitent peu les personnes actuellement actives à conserver leur emploi. Or des départs trop importants, non compensés par des recrutements suffisants, conduiront à une dégradation de la situation qui amplifiera les phénomènes de pénurie.

Ces difficultés sont renforcées par une organisation du travail qui ignore le travail d'équipe et privilégie au contraire une structure hiérarchique dominée par une double bureaucratie : d'une part, une

1. « La CSS réaffirme la nécessité de maintenir et d'élargir les espaces démocratiques qui permettent aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix dans la gestion et les orientations quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux », Manifeste de la Coalition Solidarité Santé.

QUEBEC - CANADA

bureaucratie administrative qui s'appuie sur les normes, règles et procédures édictées à divers niveaux, d'autre part, une bureaucratie professionnelle qui instaure une pyramide de soins incompatible avec les exigences de la coopération dans le travail. Dans les faits le personnel est exclu du processus de définition et d'organisation du travail.

Les deux principales organisations syndicales, la FTQ et la CSN, sont prêtes à discuter d'une autre répartition des tâches professionnelles¹. Face à une organisation du travail qu'elles perçoivent comme fortement « taylorisée », notamment en fonction de la répartition des actes entre par exemple les médecins et les infirmières ou entre les médecins généralistes et les spécialistes elles sont prêtes à envisager de poursuivre des discussions sur l'intégration d'autres professionnels comme les sage-femmes ou les *nurse practitioners* (infirmières praticiennes)² dans des régions très isolées, mais aussi sur une plus grande délégation d'actes des médecins vers les infirmières, des infirmières vers les infirmières auxiliaires, et ainsi de suite.

L'étude du système d'assurance maladie québécois, et plus largement canadien, est riche de deux enseignements. Le premier est qu'alors que le Canada vit dans le même environnement économique que les Etats-Unis le système d'assurance maladie, et plus largement de protection sociale, construit par le Cana-

da est totalement différent de celui des Etats-Unis. Ce qui relativise considérablement tous les discours qui voudraient faire des déterminants économiques des bornes indépassables par les politiques publiques³. Le second est que dans un pays qui n'a jamais connu les assurances sociales, dans un système qui ne donne aucune place institutionnelle aux organisations syndicales dans le domaine de l'assurance maladie, les syndicats ont la volonté d'occuper sur les questions d'organisation du système de soins et plus largement de santé une place importante.

Sources :

Théret Bruno (2002), *Protection sociale et fédéralisme : l'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord*, Montréal, PUM et Genève-Bruxelles, PIE-Peter Lang.

Sites syndicaux :
Fédération des travailleurs du Québec
<http://www.ftq.qc.ca>

Confédération des syndicats nationaux
<http://www.csn.qc.ca>

Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec
<http://www.fiiq.qc.ca>

Coalition Solidarité santé
<http://www.solidaritesante.qc.ca/francais>

Sites officiels :
Ministère de la santé du Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca/francais>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
<http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

Régie de l'Assurance maladie du Québec
<http://www.ramq.gouv.qc.ca>

1. La Fédération des travailleurs du Québec (FTQ) et la Confédération des syndicats nationaux (CSN) organisent l'ensemble du personnel des structures de soins et des structures sociales. Mais la quasi-totalité des infirmières est organisée à travers une organisation autonome, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). La FIIQ est plus réservée sur cette question des délégations d'actes.

2. Les *nurse practitioners*, « infirmières praticiennes », disposeraient d'une formation spécifique et pourraient prendre en charge des actes aujourd'hui réservés aux médecins.

3. Sur ce sujet important voir en particulier Théret (2002).