

Canaliser les

ÉNERGIES

du Québec

DOCUMENT THÉMATIQUE

31^e Congrès des membres
du Parti libéral du Québec



III

PRENDRE SOIN
DE CEUX QUE NOUS AIMONS

1- Un Québec en santé

Le Parti libéral du Québec a de tout temps considéré le système de santé québécois comme un des plus puissants leviers de justice sociale. Historiquement, les plus grandes avancées du Québec à ce chapitre sont le fait de gouvernements du PLQ. Que l'on pense, bien entendu, à l'universalisation de la santé, par l'instauration de l'assurance-hospitalisation, puis de l'assurance-maladie. Ces piliers du Québec moderne constituent encore aujourd'hui des éléments de fierté des Québécois et des traits distinctifs de notre société à travers le monde.

Toutefois, au milieu et à la fin des années 90, le gouvernement du Parti québécois a pris des décisions qui se sont avérées désastreuses. À Montréal uniquement, 7 hôpitaux ont été fermés. Plus de 1 500 médecins et de 4 200 infirmières ont été mis à la retraite. Par centaines, des québécois ont dû aller se faire soigner aux États-Unis. De plus, les infrastructures du réseau ont été négligées. À l'arrivée du PLQ au pouvoir, près de 40 000 patients étaient en attente d'une chirurgie depuis plus de 6 mois. Près de 50% des patients atteints d'un cancer devaient attendre plus de 4 semaines pour obtenir leurs premiers traitements en radio-oncologie.

Le gouvernement du PLQ a redressé la situation. Depuis 2003, c'est plus de 11 milliards de dollars d'argent neuf qui a été investi dans le système. Le nombre d'admissions en médecine a doublé. Trois nouvelles facultés de médecine ont été ouvertes. Les sommes investies dans le maintien des infrastructures de santé ont augmenté de 1700%!

De réels progrès ont été enregistrés. Globalement, le nombre de personnes en attente d'une chirurgie a diminué de près de 50%. Pour la chirurgie cardiaque, la diminution du nombre de personnes en attente est de 38%. Alors que 26% des patients étaient en attente depuis plus de 6 mois pour une opération à la cataracte, ils sont aujourd'hui moins de 4%. Finalement, plus de 97% des gens atteints d'un cancer reçoivent leur traitement de radio-oncologie en moins de 4 semaines, et plus personne ne doit aller se faire soigner de l'autre côté de la frontière.

Le gouvernement a augmenté de façon remarquable la capacité et l'efficacité du système de santé. Toutefois, des phénomènes comme le vieillissement de la population et l'augmentation des naissances continuent de créer une pression très forte. La demande de soins demeure en progression.

Alors qu'en 2002 on comptait au Québec 2,2 millions de visites à l'urgence, on en comptait 3,5 millions en 2010, soit une augmentation de près de 60%. Le Québec s'est enrichi d'un demi-million de personnes de plus depuis 2003. Annuellement, 50 000 personnes de plus passent le cap des 65 ans et, de ce nombre, 8 000 sont en perte d'autonomie et commandent des soins particuliers.

De nouvelles problématiques se développent également. Le Québec, comme plusieurs sociétés occidentales, fait face à une épidémie d'obésité juvénile et certains polluants contribuent à l'éclosion et à la multiplication de maladies chroniques.

L'amélioration continue du système doit également se concrétiser par le déploiement d'une médecine de prise en charge, tout au long de la vie et en fonction de nos situations familiales et des défis de santé que nous rencontrons. L'accès à un médecin de famille demeure un chantier de première importance. Le maintien à domicile, lorsque la sécurité du patient le permet, doit également continuer de nous mobiliser. Le soutien de nos aînés, pour les garder encore longtemps actifs et en santé, est un objectif que nous poursuivons de façon permanente.

La prise en charge peut aussi être plus complexe et faire intervenir un grand nombre de professionnels œuvrant dans le réseau de santé. C'est le cas pour la prise en charge des malades chroniques, qui sont évidemment des grands consommateurs de soins de santé. En outre, les troubles de santé mentale prennent de l'ampleur et il devient nécessaire d'explorer de nouveaux modèles de suivi et d'accompagnement. Finalement, les soins palliatifs deviennent un enjeu incontournable pour assurer une fin de vie dans la dignité, loin de la souffrance, entouré des siens et dans le meilleur environnement possible.

Le système de santé constitue de loin le plus important poste de dépense de l'État québécois. Il importe donc d'en avoir en tout temps pour notre argent, ce qui signifie que nous souhaitons un système toujours plus performant et plus souple.

Ce sont là les chantiers de réflexions auxquels nous convions les membres du PLQ réunis en Congrès, pour continuer à avoir un Québec en santé.

1.1 Pour un Québec adoptant de saines habitudes de vie

De tous les moyens que nous pouvons mettre en œuvre pour avoir un Québec en meilleure santé, les plus efficaces seront toujours ceux qui permettront de garder les Québécois eux-mêmes en santé, en travaillant en amont de la maladie, afin soit d'en atténuer les effets, soit d'en éviter tout simplement l'apparition. De même, le fait de garder la maladie à distance pour un plus grand nombre de Québécois est encore la meilleure façon de contrôler la hausse du plus important poste budgétaire du gouvernement.

Globalement, nos enfants bougent de moins en moins, plusieurs de nos aînés vieillissent malheureusement dans l'isolement et nos modes de consommation ont généré à certains endroits une augmentation de la pollution atmosphérique. Devant ces constats, le PLQ considère qu'il est essentiel, plus que jamais, de développer et d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie, autant auprès des enfants que des aînés, afin que tous puissent jouir d'une longue vie en santé.

Un mode de vie actif et sain

L'aménagement du territoire est intimement lié à la qualité de vie de ses habitants et à leur santé. Il importe donc de l'orienter de manière à favoriser les déplacements actifs. Au Québec, près du quart des enfants souffrent d'obésité ou d'embonpoint. Selon des données statistiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la proportion de jeunes québécois touchés par le surplus de poids a augmenté de 55% en 25 ans, passant de 14,6% à 22,6% de 1978 à 2004⁵. Ce phénomène a progressé si rapidement au cours des dernières décennies que

5- Obésité chez l'enfant (<http://msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php>)

l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a qualifié l'obésité d'épidémie mondiale. La sédentarité constitue assurément l'un des premiers facteurs de risque de l'obésité. Au Québec, 55% des adultes marchent moins d'une heure par semaine pour se déplacer⁶.

Alors que le plan quinquennal d'immobilisation du ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) prévoit la construction de 20 nouvelles écoles d'ici 2015, il est essentiel de penser ces nouvelles constructions afin de favoriser les déplacements actifs et sécuritaires, d'y planifier des infrastructures sportives ayant suffisamment de plateaux sportifs pour supporter une augmentation des cours d'éducation physique, ainsi que des activités parascolaires.

Par ailleurs, les quartiers offrant à leurs résidents pistes cyclables, larges trottoirs, rues piétonnières, proximité des services et accessibilité des commerces favorisent l'adoption d'un mode de vie sain et actif. Ainsi, le système de transport et l'aménagement des infrastructures récréatives telles que les piscines, les parcs et les terrains de jeux ont des effets sur l'obésité et la santé des citoyens. Il est essentiel de tenir compte de l'influence des pratiques d'aménagement et d'urbanisme sur les modes de vie physiquement actifs.

L'environnement dans lequel évolue un individu n'influence pas seulement son niveau d'activité physique, il a aussi un effet sur ses habitudes alimentaires. Dans les milieux plus défavorisés, on retrouve une proportion plus élevée de restaurants de type *fast food* et de dépanneurs, ainsi qu'une plus faible présence de marchés publics et d'épiceries offrant une grande variété d'aliments sains.

Pour demeurer en santé, il faut demeurer actif, c'est établi. L'OMS recommande de faire 60 minutes d'activité physique modérée à rigoureuse par jour. Au Québec, 49% des filles et 26% des garçons âgés de 6 à 11 ans ne rencontrent pas cet objectif, selon des données auto-rapportées en 2004. Des données statistiques de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie démontrent que 34% des jeunes se rendent à l'école à pied ou à vélo, alors qu'ils étaient 80% à le faire en 1971.

Le programme scolaire actuellement en vigueur dans les écoles recommande 120 minutes d'éducation physique obligatoire par semaine, au primaire comme au secondaire. Or, une enquête du ministère de l'Éducation rapporte que seulement 25% des commissions scolaires respectaient ce programme. On remarque aussi que les périodes d'activité physique diminuent avec l'âge. Les tout-petits âgés de 4 ans et moins bougent en moyenne 22 heures par semaine, alors que pour les enfants d'âge scolaire (5 à 12 ans) et les adolescents (13 à 17 ans), la moyenne chute à 15, puis à 7 heures par semaine respectivement. Nos aînés aussi doivent demeurer actifs pour demeurer en santé.

Alors que l'isolement et la sédentarité sont la cause de bien des maux, entretenir des amitiés et des activités sont aussi fortement bénéfiques pour les individus. Pour la plupart des aînés dépourvus d'une voiture personnelle ou moins apte à s'en servir, deux facteurs peuvent freiner leurs déplacements à l'extérieur de leur domicile : l'argent et la mobilité. En effet, nombreux sont ceux qui ne peuvent ou ne veulent déboursier le coût d'un passage en autobus. Afin de contrer l'isolement, il faut lever des obstacles et mettre en place des mesures facilitant leurs déplacements.

6- Mémoire portant sur l'avant-projet de Loi sur l'aménagement durable du territoire et l'urbanisme, réalisé par Coalition québécoise sur la problématique du poids et le Centre d'écologie urbaine de Montréal, avril 2011

PROPOSITION 47

D'implanter une série de mesures favorables à l'adoption d'un mode de vie actif et sain; et :

- 47.1 De s'assurer que les nouvelles écoles soient construites au cœur du quartier résidentiel desservi, et qu'elles soient accessibles de manière sécuritaire à vélo et à pied;**
 - 47.2 De s'assurer, dans le cadre de l'actuelle réforme de la Loi sur l'aménagement durable et l'urbanisme, que les plans d'urbanisme adoptés par les municipalités tiennent compte de l'importance des déplacements actifs, tant au chapitre de leur convivialité que de leur sécurité;**
 - 47.3 De favoriser le développement de quartiers multifonctionnels permettant la piétonisation des emplettes;**
 - 47.4 D'assurer une meilleure accessibilité d'aliments sains dans les quartiers actuellement mal desservis à ce chapitre;**
 - 47.5 D'augmenter les périodes consacrées aux activités physiques à l'école primaire et secondaire;**
 - 47.6 D'implanter dans les grandes villes du Québec la gratuité des transports en commun pour les aînés;**
 - 47.7 D'instaurer une vignette de stationnement pour invalidité temporaire;**
-

Une prévention sur le terrain

Les mesures préventives en santé contribuent à diminuer le nombre de patients potentiels qui auront recours à des traitements de plus en plus coûteux. Dans un contexte économique où la principale dépense du gouvernement est la santé et où les maladies les plus coûteuses se prêtent à la prévention, l'adoption de mesures préventives sur le terrain s'avère une nécessité pour diminuer le fardeau fiscal de la maladie au Québec et pour améliorer la qualité de vie de tous les Québécois.

Dans le domaine de la prévention, les médecins ont un rôle de premier plan à jouer. Leur expertise et leur savoir-faire sont incontournables. Lorsqu'un médecin recommande fortement à son patient de diminuer sa consommation de certains aliments, de faire plus d'exercice physique ou encore d'adopter un mode de vie plus sain dans le but d'éviter de futures complications, l'impact n'est pas le même que si ces recommandations proviennent d'à peu près qui que ce soit d'autre.

En entreprise, la prévention peut être encouragée par la mise en place d'un programme d'aide aux employés (PAE). Le stress au travail, s'il n'est pas bien géré, peut conduire à des troubles de santé mentale, lesquels peuvent se traduire par un taux d'absentéisme élevé, des pertes en productivité ou la détresse psychologique. En 2006, le travailleur québécois à temps plein s'est absenté en moyenne 9,3 jours pour cause de maladie, soit 30% de plus que dans le reste du Canada⁷. Les PAE

7- Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé (Rapport Castonguay), 2008

sont donc des services importants autant pour les employeurs que les employés. Or, les coûts liés à ce type de service sont souvent trop élevés pour être supportés par les petites et moyennes entreprises (PME). La mutualisation des programmes d'aide aux employés pour les PME s'avère certainement une alternative à explorer.

La prévention auprès des aînés constitue aussi un élément important afin d'améliorer le système de santé. Certes, ce ne sont pas tous les aînés qui sont malades ou en perte d'autonomie. Toutefois, l'un des sentiments communs que l'on voit naître chez les aînés en est un d'inutilité, ce qui peut mener à des troubles plus graves tels que la dépression ou les idées suicidaires. C'est pourquoi il importe d'avoir des services, des politiques et des structures qui correspondent mieux à leurs besoins et qui permettent aux aînés désireux de contribuer à la société de le faire, selon leur capacité et leur volonté. La démarche « Municipalité amie des aînés » (MADA) en est un bel exemple. Aujourd'hui, 179 municipalités participent à cette démarche en adaptant leurs programmes et services, en agissant sur différents facteurs simultanément (habitation, loisir, aménagement urbain, etc.), en favorisant la participation constante des aînés, en s'appuyant sur la concertation de toute la communauté et surtout, en mettant un frein à l'âgisme qui nuit au vieillissement actif⁸.

Récemment, le gouvernement a lancé le projet « Hôpital ami des aînés » (HADA), une suite logique à la démarche MADA. L'initiative provient du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) afin de limiter l'état delirium ou les déclin fonctionnels qui surviennent post-opération. Le projet HADA vise par ailleurs à adapter les soins hospitaliers aux besoins particuliers des aînés tels qu'une meilleure hydratation, un encouragement à la marche et la mise en place d'outils de dépistage de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, les personnes âgées, qu'elles vivent à la maison, en résidence ou dans un CHSLD, doivent continuer à prendre soin d'elles-mêmes. Il est important de les sensibiliser à le faire, notamment par l'hygiène buccale. Les personnes âgées, qui pour la majorité portent des prothèses dentaires, estiment à tort qu'il n'est plus important de s'occuper de leur santé dentaire et buccale.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 48

D'adopter des mesures préventives visant à améliorer la santé de la population, et :

- 48.1 De favoriser la libération de temps de pratique de médecins afin qu'ils participent directement à diverses initiatives de prévention auprès, par exemple, de nouveaux malades chroniques, dans certains milieux de travail plus à risque et dans les écoles de quartiers défavorisés;***
- 48.2 De favoriser la mutualisation des programmes d'aide aux employés pour les PME afin de les appuyer dans le dépistage précoce et le soutien de leurs employés vulnérables ou souffrant d'une maladie mentale;***
- 48.3 De continuer à développer de manière soutenue, selon le modèle des municipalités amies des aînés, des hôpitaux amis des aînés, qui leur offrent notamment un service d'accueil et d'accompagnement spécifiques;***

8- Journal de Québec, 11 millions \$ pour éviter l'isolement des aînés, 6 mars 2011

48.4 De favoriser des visites régulières d'infirmières praticiennes spécialisées au sein des CHSLD publics et privés et des résidences pour aînés qui accueillent un certain nombre de ressources intermédiaires (RI);

48.5 De développer des programmes d'intéressement pour assurer la visite à domicile, notamment dans les résidences privées et CHSLD publics et privés, d'hygiénistes dentaires pour offrir des soins de base et faire de la prévention et du référencement au besoin;

Prévenir à la source les maladies respiratoires et l'obésité

La promotion de la santé et la prévention vont au-delà de l'individu : il est possible d'améliorer notre environnement afin de prévenir à la source les causes de certaines maladies, notamment en matière de qualité de l'air. En 2006, une étude portant sur la santé respiratoire des enfants montréalais âgés de 6 mois à 12 ans, réalisée par l'ASSS de Montréal, concluait que les facteurs environnementaux avaient un impact direct sur la santé respiratoire dont l'asthme, la rhinite allergique hivernale et les infections respiratoires.

Le bilan de santé 2002 de l'île de Montréal rapporte qu'il y a eu plus de 1500 décès prématurés, dont 400 étaient liés aux pics de pollution, les 900 autres décès à une exposition chronique. Plus encore, en milieu urbain, les surfaces asphaltées empiètent sur les zones végétales, ce qui augmente la densité des îlots de chaleur. Il a été prouvé que les îlots de chaleur conduisent à un excès de mortalité pendant les canicules. En 1987, 1994 et 2002, 100 décès sur une période de deux jours ont été recensés.

Le fait de résider à proximité d'un trafic automobile intense augmente le risque de développer des maladies respiratoires. L'ASSS de Montréal rapporte que les décès liés aux maladies cardiovasculaires augmentent de 53% chez les 55 à 77 ans résidant dans un périmètre de moins de 100 mètres d'un trafic automobile dense. On y remarque aussi une augmentation de 21% des hospitalisations pour des raisons de problèmes respiratoires chez les 60 ans et plus. Dans un rayon de 200 mètres et moins d'une zone de trafic à haute densité, le nombre de naissances de bébé de petits poids est accru de 17%.

Par ailleurs, un rapport récent de l'OMS conclut que l'asthme, la rhinite allergique et les infections respiratoires sont associés à l'humidité excessive, ainsi qu'au contact de milieu empreint de moisissures. De plus, de récentes données indiquent que le développement de l'asthme est probablement relié à ce facteur.

En plus des aliments gras, les boissons énergétiques sont elles aussi peu recommandables aux jeunes. Elles contiennent une grande quantité de caféine à laquelle les enfants et adolescents sont plus sensibles. Ces boissons peuvent engendrer des symptômes tels que des palpitations cardiaques, de l'anxiété, des troubles du sommeil, une augmentation de la tension artérielle, etc.

Plus d'une vingtaine d'études, réalisées principalement dans des pays à revenu élevé, permettent de conclure qu'en général, les taxes sur les aliments ont une influence sur la consommation, et ce dans la direction souhaitée.

PROPOSITION 49

D'instaurer de nouvelles règles et de nouvelles pratiques afin d'améliorer les milieux de vie et l'alimentation des jeunes, et :

- 49.1 De travailler pour diminuer à la source les émissions polluantes les plus nocives pour la santé, à commencer par la réduction du trafic automobile dense en milieu habité ou près de ceux-ci;*
 - 49.2 De travailler de concert avec les grandes villes du Québec pour combattre la formation d'îlots de chaleur, notamment par la multiplication des toits blancs;*
 - 49.3 D'interdire dorénavant la construction de toute habitation à moins de 200 mètres d'une autoroute;*
 - 49.4 De documenter l'état de la situation concernant la moisissure dans les habitations à toit plat et développer une stratégie pour en limiter les conséquences (asthme et autres maladies respiratoires);*
 - 49.5 D'exiger que soit réalisée une étude d'impact sur la santé pour les grands projets susceptibles de contribuer à l'émission de polluants atmosphériques nuisibles ou d'autres rejets nocifs pour la santé de la population;*
 - 49.6 D'instaurer une taxe sur les boissons gazeuses et énergisantes qui servira à financer diverses initiatives liées à la saine alimentation et aux saines habitudes de vie des jeunes;*
-

2- Pour une médecine de prise en charge au bénéfice de tous les Québécois

La prise en charge d'une personne signifie que l'on s'engage à prendre soin d'elle dans l'ensemble de son cheminement, qu'il soit préventif ou curatif. Cela signifie également un accès simple et efficace au bon professionnel de la santé qui prodiguera les bons soins et les bons conseils, au meilleur moment. Le défi auquel l'amélioration de la prise en charge s'attaque, c'est celui de tourner tout le système de santé vers chacun des patients, en fonction tant de leur condition médicale que de leur réalité socio-économique.

La première prise en charge s'effectue par notre médecin de famille. Le nombre de Québécois qui ont un médecin de famille est en augmentation constante au Québec, notamment grâce au déploiement des groupes de médecine familiale (GMF), lesquels favorisent une démarche axée vers le patient. L'organisation du travail est basée sur la prise en charge par l'équipe soignante du patient pour tous ses besoins.

La médecine à domicile et le maintien à domicile méritent également d'être renforcés. Le maintien d'un patient dans son milieu de vie, en plus de contribuer à sa propre prise en charge, diminue les coûts de santé de manière importante. Le soutien et l'accompagnement doivent par contre être au rendez-vous pour concrétiser ce souhait. Les personnes aux prises avec une maladie chronique sont plus susceptibles de faire une grande utilisation des services de santé. Par exemple, dans la région des Laurentides, des données démontrent que 3% de la population utilise près de 50% des lits d'hospitalisation de soins de courte durée⁹. Une série d'enquêtes réalisée par l'ISQ conclue que 30% des Québécois âgés de 12 ans et plus sont atteints d'une maladie chronique¹⁰. Les résultats avancent même que le cumul des maladies chroniques est en croissance : 13,7 % des Québécois affirment vivre avec 2 maladies chroniques. Leur état requiert généralement l'intervention de plusieurs professionnels et un suivi plus serré de leur évolution. Une meilleure articulation de leur prise en charge médicale et sociale est la voie royale pour l'amélioration de leur état de santé, mais encore plus pour l'amélioration de leur qualité de vie.

Une meilleure prise en charge apparaît comme un passage obligé si l'on souhaite optimiser le système de santé actuel, sans pour autant en augmenter le fardeau financier.

2.1 Groupes de médecine familiale

Les GMF ont été mis en place par le gouvernement en réponse à l'une des principales recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair). L'objectif des GMF est de favoriser l'accès à un médecin de famille et d'améliorer, de manière générale, la qualité des soins.

Malgré les difficultés à se trouver un médecin de famille, la proportion d'omnipraticien par 100 000 habitants est supérieure au Québec à bien d'autres provinces canadiennes, comme le démontre le tableau suivant¹¹.

9- Point de repère Express, volume 3 numéro 14, octobre 2008, Projet Défi Santé – CSSS des Sommets

10- Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales, ISQ, 2009

11- La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec (<http://www.cfp.ca/content/53/11/1871.full>) | Le médecin de famille, vol.53, novembre 2007

Personnes de 12 ans et plus sans médecins de famille au Canada en 2005

| ENDROIT | POPULATION TOTALE (MILLIONS) | SANS MÉDECINS DE FAMILLE (%) | MÉDECINS DE FAMILLE PAR 100 000 DE POPULATION* |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Québec | 7598 | 25,1 | 109 |
| Alberta | 3257 | 17,6 | 102 |
| Manitoba | 1178 | 16,1 | 94 |
| Saskatchewan | 994 | 15,7 | 89 |
| Terre-Neuve et Labrador | 516 | 12,8 | 99 |
| Colombie Britannique | 4255 | 11,0 | 111 |
| I.-P.-É. | 138 | 10,3 | 89 |
| Ontario | 12541 | 8,9 | 85 |
| Nouveau-Brunswick | 752 | 6,7 | 102 |
| Nouvelle-Écosse | 938 | 5,4 | 118 |
| Canada sans le Québec | 24673 | 10,95 | 94 |
| Tout le Canada | 32271 | - | 98 |

* Institut Canadien d'Information sur la Santé. 1 Données de Statistiques Canada, Juin 2006.

En 2005, un Québécois sur quatre n'avait pas accès à un médecin de famille. En 2007, la proportion est passée à un sur cinq¹². Les efforts du gouvernement pour améliorer l'accessibilité à un médecin de famille se déploient dans la bonne direction et une partie de l'amélioration est clairement due à la création des GMF.

En 2011, il y avait 224 GMF accrédités. Ces équipes soignantes représentent la porte d'entrée du système de santé pour plus d'un million et demi de Québécois. Leur rôle en est un de premier plan. « Un patient qui n'a pas de médecin de famille est souvent contraint de se rendre à l'urgence, ce qui explique que plus de la moitié des consultations à l'urgence ne sont pas urgentes. Ces visites coûtent 5 à 10 fois plus à l'État que les mêmes consultations auprès d'un médecin de famille en cabinet.¹³»

Une meilleure prise en charge signifie aussi une action continue. La mise en commun des dossiers clients au sein d'une équipe est donc nécessaire pour offrir cette continuité, même en cas d'absence (vacances, maladies, etc.) du médecin traitant.

12- Qui n'a pas un médecin de famille au Québec?, Institut de la statistique du Québec, octobre 2008

13- La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec (<http://www.cfp.ca/content/53/11/1871.full>) | Le médecin de famille, vol 53, novembre 2007

PROPOSITION 50

De continuer à améliorer l'accès à un médecin de famille et la mise en commun de leurs services, et :

50.1 De favoriser par une rémunération incitative la mise en commun des services offerts par plusieurs médecins pour améliorer l'accès aux soins pour leurs patients et pour empêcher que ces derniers se retrouvent sans médecin traitant pour une longue période;

50.2 De compléter le réseau des GMF : 300 GMF accrédités d'ici 2013;

2.2 Maintien à domicile

Les Québécois préféreraient très généralement se faire soigner à domicile, et c'est bien normal. En restant dans son confort personnel, entouré de ses proches, l'individu se sent davantage en sécurité, sans compter que cet environnement occasionne moins de stress et favorise un rétablissement plus rapide. Le maintien à domicile constitue aussi un choix économique puisqu'au Québec, il en coûte 969\$ par jour pour traiter un patient à l'hôpital, 247\$ dans un CHSLD et 70\$ pour le maintenir à la maison¹⁴.

Afin de faciliter la mise en place d'une médecine ambulatoire, le service doit être mis en réseau avec les CSSS dans une démarche de collaboration. Il sera ainsi possible de prioriser les visites médicales par région, selon les patients les plus urgents, notamment ceux qui ne peuvent se déplacer.

Dans les milieux de vie plus difficiles ou lorsque les réseaux de soutien sont absents, des visites complémentaires pourraient être assurées par d'autres professionnels de la santé tels que le travailleur social, le diététiste ou encore par les organismes communautaires œuvrant dans le domaine. Ces visites permettraient de bien encadrer le patient, sans pour autant alourdir la tâche du médecin. Bien entendu, l'infrastructure de médecine ambulatoire devra s'implanter sans pénaliser le service en milieu hospitalier et clinique déjà existant.

De plus, afin d'encourager la prise en charge des patients par les médecins et favoriser les visites à domicile, le mode de rémunération actuel devrait être modifié. Le temps imputable aux déplacements, notamment, ainsi que les suivis téléphoniques, ne sont pas des activités rentables dans un système de rémunération à l'acte.

Les activités de prise en charge et le suivi des clientèles, notamment des clientèles vulnérables, sont trop souvent délaissés par plusieurs médecins. Ceux-ci, tenus de réaliser 12 heures par semaine¹⁵, ou l'équivalent, d'activités médicales particulières (AMP) et dont la priorité, déterminée par la Loi et considérée prioritaire par le législateur, n'est pas attribuée aux soins à domicile et à la prise en charge.

14- Le Devoir, 13 mai 2011, À la défense de la santé des Québécois

15- Médecins de 0 à 15 ans d'expérience : 12 h / sem. Médecins de 15 à 20 ans d'expérience : 6 h / sem. Médecins de plus de 20 ans de pratique : effectue une partie de sa pratique dans les secteurs reconnus comme prioritaires.

Actuellement, une vaste majorité des soins à domicile sont pris en charge par les CLSC. Selon le nombre de ressources disponibles par région, ces services sont parfois dispensés par l'entremise d'entreprises privées, dans le cadre d'ententes avec le réseau public. Dans le domaine des soins à domicile interviennent aussi des organismes communautaires. Afin que la population, les usagers ainsi que les professionnels sachent ce qui est offert sur chaque territoire, il serait important que la responsabilité des soins à domicile soit dévolue uniquement au CLSC, de manière à y centraliser les opérations.

Afin de favoriser une gestion plus efficace du maintien à domicile, le partage d'information est essentiel. Dans plusieurs domaines, en particulier dans la médecine, les avancées sont intimement liées à la technologie. La domotique, par exemple, favorise le maintien à domicile en rendant les logements plus sécuritaires à des coûts maîtrisés. Un projet d'étude réalisé à Corrèze auprès d'une centaine de personnes a permis de constater que les solutions domotiques implantées réduisaient de 30% le nombre de chutes¹⁶. Si des moyens existent afin de favoriser le maintien à domicile, il est essentiel de mettre en place des systèmes permettant le transfert de connaissance rapidement.

Le partage d'information ne doit pas se faire qu'au sein de professionnels de la santé. L'un des joueurs essentiels au maintien à domicile est encore le proche-aidant. Récemment, le gouvernement du PLQ a inauguré 8 « Carrefours du proche-aidant », la première étape dans la mise en place rapide d'un réseau de 20 carrefours à travers le Québec. Sur les lieux, les proches aidants reçoivent de l'information sur les crédits d'impôt auxquels ils ont droit, peuvent obtenir le soutien d'un psychologue et parler à une infirmière clinicienne ou praticienne afin d'obtenir des conseils personnalisés en fonction des symptômes de la personne aidée, ainsi que des moyens pour prévenir le retour des symptômes. Bref, des conseils en soins de première ligne.

En-dehors des heures d'ouverture de ces carrefours et pour des situations plus urgentes, il est important que ce dernier sache où il peut trouver de l'information, du support psychologique et du répit. À l'instar de la ligne Info-Santé qui agit comme première porte d'entrée en santé pour la population, qui informe et dirige et qui parfois rassure, une ligne Info-Aidants devrait être mise en place.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 51

D'encourager les soins à domicile et d'offrir un soutien adéquat aux professionnels de la santé y œuvrant, et :

51.1 De susciter sur tout le territoire québécois des initiatives de « médecins à domicile » pour les clientèles les plus vulnérables qui sont les moins susceptibles de se déplacer à l'hôpital ou en clinique par leurs propres moyens et qui sont également plus vulnérables aux infections nosocomiales;

51.1.1 En favorisant la mise en réseau de ces services avec les CSSS concernés pour assurer des visites prioritaires aux patients identifiés comme grands consommateurs de soins ou malades chroniques;

¹⁶- Dépendance : la domotique, article

- 51.1.2** *En s'assurant que des travailleurs sociaux, diététistes, professionnels en kinésiologie et des organismes communautaires puissent également intervenir dans les cas où les milieux et les habitudes de vie sont inadéquats, ou si un réseau de soutien est absent pour les patients visités;*
- 51.1.3** *En s'assurant que cette médecine ambulatoire constitue un ajout à l'offre de service globale des médecins, et qu'elle ne s'implante pas au détriment de l'offre de service en milieu hospitalier et en clinique;*
- 51.2** *De hausser la rémunération des médecins œuvrant dans les soins à domicile pour compenser les temps de déplacement et la diminution du volume de patients rencontrés;*
- 51.3** *D'augmenter l'importance relative au sein des activités médicales particulières (AMP) des soins à domicile et de la médecine ambulatoire;*
- 51.4** *De s'assurer que la responsabilité des soins à domiciles soit exclusivement dévolue aux CLSC sur tout le territoire, et de bonifier l'offre en soins à domicile pour augmenter la fréquence des visites, leur durée et le nombre de patients desservis par le biais d'un réaménagement des budgets existants et dans le cadre d'une mise en réseau efficiente de la référence des patients;*
- 51.5** *De développer un centre d'information pour les professionnels de la santé concernant les outils technologiques favorisant le maintien à domicile, notamment dans le domaine de la domotique;*
- 51.6** *D'améliorer le soutien aux proches aidants en leur fournissant des conseils personnalisés par le biais d'une ligne téléphonique directe prévue à cet effet, et en leur permettant un répit hebdomadaire minimal;*
-

2.3 Aînés

Le gouvernement a posé plusieurs gestes pour valoriser la contribution des aînés actifs à notre société. Dans son dernier discours inaugural, le premier ministre a, en outre, fait l'annonce d'une politique prochaine prévoyant une adaptation des services publics afin d'aider les aînés à « vieillir chez soi ».

Dans cette foulée, il nous apparaît que l'un des grands enjeux qui concerne les aînés est l'isolement auquel ils sont confrontés. Cet enjeu est d'autant plus important lorsque les personnes âgées sortent de l'hôpital et retournent à la maison, où ils sont parfois laissés à eux-mêmes.

Lorsque l'entourage d'un aîné est restreint et qu'il reçoit peu de visite, ce dernier peut plus facilement verser vers la négligence de soi.

En plus d'un réseau de soutien pour les aînés, il existe des ressources accessibles et parfois méconnues de cette clientèle. Le pharmacien d'officine par exemple, est une source fiable et crédible en matière de médicament et il représente le professionnel de la santé le plus facilement accessible. Le pharmacien est un professionnel formé sur le plan clinique. Par le biais d'une

ordonnance collective, le pharmacien pourrait ajuster les prescriptions du médecin en rencontrant le patient de façon à optimiser l'utilisation des médicaments¹⁷.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 52

D'assurer un soutien adéquat aux personnes âgées dont l'état de santé le requiert, et :

52.1 D'assurer une vérification systématique de la présence d'un réseau de soutien à domicile ou dans l'environnement immédiat des aînés qui sont libérés de l'hôpital à la suite d'une intervention importante;

52.2 De renforcer le rôle des pharmaciens comme intervenants de première ligne auprès des aînés qui souffrent de maladies liées à l'âge, notamment en suscitant des visites à domicile pour les soutenir dans la gestion de leurs médicaments;

2.4 Prise en charge des malades chroniques

Il a été établi précédemment que la prise en charge de la clientèle vulnérable ne représente pas une AMP prioritaire. En effet, cette activité ne devient disponible pour les médecins que lorsque les quatre autres activités prioritaires ont rencontré suffisamment d'effectif (urgence, hospitalisation, services de garde en CHSLD, centre de réadaptation ou dans le programme d'un CLSC de soutien à domicile, puis obstétrique en CHSGS). Afin de favoriser une meilleure prise en charge des malades chroniques, il faudrait que cette activité soit mieux valorisée.

De plus, la prise en charge de la clientèle vulnérable demande plus de temps de la part du médecin: suivis téléphoniques, relations avec les autres intervenants, rédaction de notes, formulaires et renouvellement de prescription, en plus des tâches plus classiques. Un ensemble de tâches qui ne se reflètent pas dans la rémunération. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'auprès des nouveaux médecins en unité de médecine familiale (UMF), la prise en charge apparaît comme une tâche lourde, peu stimulante et peu valorisante.

Toutefois, la rémunération n'est pas le seul frein à la prise en charge. Le système doit être repensé afin de mieux utiliser les ressources actuelles sans générer une augmentation des coûts. Le CSSS des Sommets constitue un bel exemple de réussite dans le réaménagement des services offerts. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, le Centre a mis sur pied un projet pilote: le projet Défi-Santé. Celui-ci consiste à « offrir des services personnalisés et intégrés auprès de personnes dont l'état de santé détérioré les oblige à consommer des soins et des services d'urgence et hospitaliers de façon régulière et répétitive¹⁸». Le projet visait notamment la mise en place de mesures alternatives à l'hospitalisation et une nouvelle structure de travail : le développement du centre de services ambulatoires, la gestion des séjours, l'introduction d'un gestionnaire de

17- La collaboration avec une infirmière et un pharmacien, Le Médecin du Québec, volume 46, numéro 2, février 2011.

18- Point de repère Express, volume 3 numéro 14, octobre 2008, Projet Défi-Santé - CSSS des Sommets

cas complexes, la mise en commun des expertises (pharmacien, médecin de famille, infirmière clinicienne, diététiste, etc.) et le partage du dossier client. Après les neuf premiers mois d'exercice, les résultats parlaient d'eux-mêmes. Des 200 participants suivis, le pourcentage de visites à l'urgence est passé de 5,3% à 1,6% et celui d'hospitalisation de 11,5% à 3,0%¹⁹. L'une des fonctions créées dans le cadre du projet Défi-Santé et qui a permis un meilleur suivi, ainsi que la mise en place d'un plan d'action personnalisé selon les patients, est le poste de gestionnaire de cas complexes²⁰.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 53

De modifier l'organisation du travail et les règles relativement au traitement et à la prise en charge des malades chroniques, et :

- 53.1 De modifier le classement des activités médicales particulières (AMP) afin d'accorder une place au moins aussi importante à la prise en charge de patients grands consommateurs de soins;**
- 53.2 De modifier, afin de la rendre plus attrayante, la rémunération des actes médicaux liés à la prise en charge de clientèles plus vulnérables, telles que les patients atteints de maladies chroniques ou étant de grands consommateurs de soins;**
- 53.3 De déployer une offre intégrée de services multidisciplinaires dans toutes les régions du Québec destinée aux malades chroniques, en prenant notamment appui sur le projet pilote du CSSS des Sommets et du CSSS de Gatineau;**
- 53.4 D'implanter dans tous les CSSS des postes de « courtiers en soins » ou de « gestionnaires de cas complexes » qui auront comme responsabilité de suivre sur une base personnalisée des malades chroniques;**
-

2.5 Santé mentale

Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont été menées partout dans le monde et les résultats pointent tous vers la même direction : les troubles de santé mentale sont en croissance et représentent une cause importante d'invalidité. Parmi les troubles les plus courants se trouvent la dépression et les troubles d'anxiété. Selon l'OMS, « l'intervention en santé mentale au niveau des soins primaires donne des résultats satisfaisants pour l'anxiété et la dépression et souvent pour l'alcoolisme²¹ ». Pourtant, en 2011, les troubles de santé mentale sont principalement pris en charge en deuxième ligne.

Ampleur des problèmes et troubles mentaux au Québec²²

- Près de 8% de la population âgée de 12 ans et plus a vécu un épisode dépressif majeur au cours d'une période de 12 mois;
- Environ 3% des Québécois présentent des idées suicidaires sérieuses;

19- Point de repère Express, volume 3 numéro 14, octobre 2008, Projet Défi Santé – CSSS des Sommets

20- Point de repère Express, volume 3 numéro 14, octobre 2008, Projet Défi Santé – CSSS des Sommets

21- Site web de l'OMS (<http://www.who.int/fr/>)

22- Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, INSPQ

- Environ 1 300 personnes décèdent par suicide chaque année au Québec. La mortalité par suicide est trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Durant la période de 2000 à 2002, le Québec a affiché le plus haut taux de suicide au Canada;
- Environ 28% de la population québécoise de 15 ans et plus éprouve un stress quotidien élevé et 14,4% de la population de 12 ans et plus n'a pas un niveau élevé de soutien social.

Dans la majorité des études portant sur les patients ayant eu un contact en santé mentale (PACSM), il est évident que l'omnipraticien représente le premier point de contact avec le système de santé. Plusieurs études démontrent que 20 à 25% de la clientèle des omnipraticiens les consulte pour des raisons de trouble de santé mentale (TSM).

À une meilleure formation des omnipraticiens doit s'ajouter une disponibilité d'accès aux spécialistes et à des établissements spécialisés. Parmi les modèles les plus efficaces, on remarque les soins partagés et la collaboration entre les experts. L'Australie, où la santé mentale est devenue un enjeu majeur, s'est doté d'une fondation nationale en santé mentale pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans : *HeadSpace Centers*. Ces centres de services intégrés, établis dans la communauté, regroupent des travailleurs sociaux, des infirmières, des psychiatres, des psychologues, des omnipraticiens et des thérapeutes occasionnels.

La prise en charge doit aussi s'effectuer dans les écoles du Québec. Un système de référencement efficace devrait être en place dans chaque établissement du Québec afin que soit référé aux personnes compétentes un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation. C'est particulièrement vrai pour les cas de troubles du comportement ou de déficience intellectuelle ou motrice légère, car ces troubles ne sont pas toujours facilement reconnaissables.

Au Québec, il existe plusieurs organismes à but non lucratif œuvrant en santé mentale. Ces organismes doivent eux aussi jouer un rôle dans le développement de centres de services intégrés. Par leur expertise et leurs ressources, ils peuvent accompagner les omnipraticiens dans le référencement des patients et offrir des rencontres avec un pair-aidant pour les malades. Ainsi, il est essentiel que ces organismes bénéficient de suffisamment de sources de revenus, afin de poursuivre leur mission.

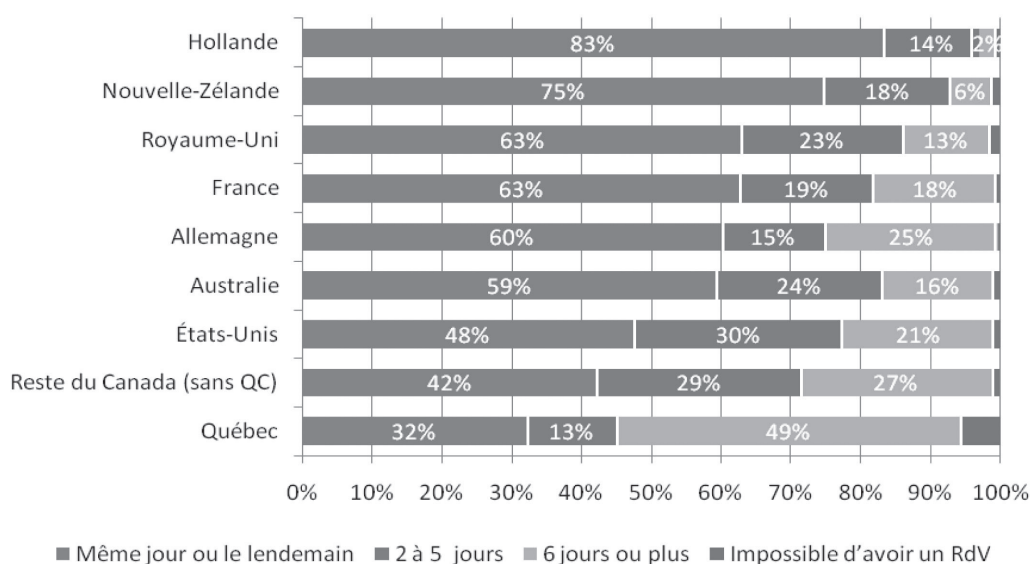
La présence d'un pair-aidant est importante quand on doit composer avec une maladie mentale. Dans la majorité des cas, les individus atteints désirent garder le contrôle de leur vie, apprendre à vivre avec cette maladie et conserver leur autonomie. À ce chapitre, des résultats tirés du programme ADAM, visant l'intégration des manuels d'auto-traitement pour les troubles de panique et d'anxiété sociale administrés en groupe avec l'aide d'un pair-aidant, permettent d'affirmer l'efficacité de ce modèle.

Les soins en santé mentale nécessitent l'intervention de plusieurs experts et l'intégration d'un modèle interdisciplinaire. Les psychologues sont sollicités plutôt en soins de deuxième ligne. Le patient s'y réfère lorsqu'un omnipraticien l'y envoie. Les services de psychologues sont majoritairement privés, donc plus dispendieux, et par conséquent moins accessibles.

Or, le Québec compte 50% de la totalité des psychologues au pays; l'Ordre des psychologues du Québec compte un peu plus de 8 000 membres²³. Si une proportion de ces psychologues étaient placée sous le régime de rémunération de la RAMQ, leur service deviendrait gratuit pour la population et il serait ainsi plus facile pour les omnipraticiens de travailler selon un modèle interdisciplinaire. Les psychologues sous le régime de la RAMQ travailleraient aux soins de première ligne et offriraient un support aux médecins en cabinet et en GMF.

De cette manière, les patients pourraient soit établir un traitement avec les psychologues, soit être référés rapidement vers le bon service de deuxième ligne. De manière générale, le temps d'attente serait diminué.

Temps écoulé entre la visite en première ligne et le rendez-vous avec un service spécialisé en santé mentale



Source: Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et Commonwealth Fund – 2008

Au Québec, il y a eu deux grandes vagues de désinstitutionalisation, une première dans les années soixante et une seconde dans les années soixante-dix. Ce mouvement était d'abord réalisé dans le but d'inverser les influences déshumanisantes qui étaient traditionnellement suivies dans les établissements de soins de santé mentale. La désinstitutionalisation respectait donc une philosophie qui mettait l'accent sur les droits et libertés des individus²⁴.

Or, certains individus vivant avec un trouble de santé mentale nécessitent un encadrement plus rigoureux de la part des professionnels de la santé afin de bien vivre avec la maladie. La désinstitutionalisation a laissé aux travailleurs de rue le soin d'assurer ce suivi. Toutefois, pour les itinérants aux prises avec des troubles de santé mentale, ce n'est pas suffisant²⁵.

23- Note au ministre, MSSS

24- Publication du MSSS, Annexe 1, 35 ans de désinstitutionalisation au Québec 1961-1996.

25- Idem

Montréal abrite de nombreux itinérants. En 1987, le Conseil canadien de développement social estimait que 40% à 50% des 10 000 itinérants montréalais vivaient avec un trouble de santé mentale et 10% un trouble sévère²⁶. Ainsi, itinérance et trouble de santé mentale entretiennent un lien étroit, que ce soit dû à la désinstitutionnalisation ou à l'usage de drogues par ces clientèles. Des infrastructures pouvant accueillir, encadrer et suivre ces clientèles doivent être mise en place.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 54

D'implanter une série de mesures permettant d'améliorer les services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux, et :

- 54.1 D'améliorer l'offre de formation continue en santé mentale pour les omnipraticiens;***
- 54.2 De développer des services intégrés et multidisciplinaires, à l'échelle des communautés et en collaboration avec les écoles et commissions scolaires, pour mieux soutenir les jeunes Québécois aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances diverses;***
- 54.3 D'assurer le référencement rapide des EHDAA les plus sévères vers de telles unités de services intégrés;***
- 54.4 D'assurer un financement accru et stable aux organismes sans but lucratif œuvrant en santé mentale et offrant des services de pairs aidants dans toutes les régions du Québec;***
- 54.5 D'implanter des programmes de parrainage par des pairs aidants ayant la même maladie et ayant su composer avec elle, afin d'accompagner et de soutenir les nouveaux diagnostiqués dans la gestion de leur maladie (identifier les signaux, respecter la médication, maintenir l'estime de soi, briser l'isolement, etc.);***
- 54.6 D'évaluer la possibilité de transférer un certain nombre de psychologues sous la RAMQ afin d'améliorer l'accessibilité de leurs services auprès des clientèles concernées, notamment en assurant leur présence au sein de cliniques médicales privées, de GMF ou de cliniques-réseau ainsi que dans le domaine hospitalier;***
- 54.7 De développer dans les centres urbains des maisons de chambres pour les personnes nécessitant une supervision permanente, en collaboration avec les refuges pour itinérants et les unités psychiatriques des hôpitaux de ces centres urbains (100 à 125 unités à Montréal);***

26- Publication du MSSS, Annexe 1, 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996.

2.6 Soins palliatifs

Les soins palliatifs devraient être des soins prodigués dans un endroit calme, où toutes les sources de stress sont inexistantes pour le patient. Dans les unités de soins palliatifs, qui doivent répondre à des exigences organisationnelles particulières, un patient admis rencontre normalement un pronostic de survie de moins de deux mois.

La population âgée de 85 ans et plus ne bénéficie par pour le moment de soins à domicile adaptés et, si l'on souhaite éviter l'hébergement, il faudra développer d'avantage ce type de service pour cette clientèle.

Un système efficace de soins palliatifs contribuerait à limiter le nombre de visites des patients en fin de vie dans les établissements de soins généraux et minimiserait la durée de leur séjour²⁷.

En outre, les lits en soins de courte durée ne constituent pas non plus des environnements idéaux pour les soins palliatifs. D'abord, le nombre de lits limité répond à peine à la demande générale et le manque de chambres disponibles occasionne un débordement des lits dans les corridors, ce qui crée une autre source de stress pour le patient.

De 1997 à 2001, parmi les adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie, plus du quart (28,4%) a été hospitalisé pour une durée de plus de 14 jours dans un établissement de soins généraux et 9, 5% ont été hospitalisé 2 fois ou plus²⁸.

Le maintien à domicile pour les malades en fin de vie serait une solution idéale, mais ne représente pas toujours une option viable, dépendamment des besoins du patient. L'endroit à préconiser pour les soins palliatifs est plus souvent une maison de soins palliatifs. En novembre 2010, le Québec en comptait vingt-sept et encore sept était à l'état de projet. Ce nombre est encore insuffisant pour répondre aux besoins d'une population, non seulement vieillissante, mais où les maladies comme le diabète, les problèmes de la thyroïde, l'arthrite et les troubles d'hypertension sont en hausse²⁹.

Il existe 18 régions administratives dans le réseau québécois de la santé. À terme, il conviendrait que le gouvernement rehausse le nombre de lits réservés aux soins palliatifs ainsi que le nombre de maisons de soins palliatifs dans l'ensemble des régions, et déploie des équipes multidisciplinaires mobiles afin de concrétiser l'alternative des soins palliatifs à domicile.

27- Soins palliatifs de fin de vie au Québec : définitions et mesures d'indicateurs, partie 1, INSPQ, mars 2006

28- Idem

29- Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaison régionales, ISQ, janvier 2009

PROPOSITION 55

D'améliorer l'offre en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec, et :

- 55.1 De diminuer considérablement l'incidence et la durée des séjours dans les unités de soins palliatifs des centres hospitaliers, en privilégiant d'abord les soins palliatifs à domicile, puis les séjours dans les maisons de soins palliatifs;***
 - 55.2 De réduire à zéro les situations où des personnes exigeant des soins palliatifs sont traitées dans les sections des centres hospitaliers destinées aux soins de courte durée;***
 - 55.3 De développer un plan qui permettrait à terme de rehausser le nombre de lits réservés aux soins palliatifs dans l'ensemble des régions, et doter chaque région d'équipes multidisciplinaires mobiles affectées aux soins palliatifs à domicile;***
-

3. Un réseau de santé performant, souple et à l'avant-garde

Le réseau de la santé accapare une portion importante du budget du gouvernement du Québec, qui a longtemps connu une croissance démesurée et ce, au détriment des autres missions de l'État. Des efforts colossaux ont été entrepris au cours des dernières années pour mieux contrôler les coûts liés à la santé, et ainsi assurer la pérennité du système de santé québécois, sans pour autant fragiliser les autres missions de l'État. Ainsi, une meilleure gestion du réseau a graduellement été implantée dans les régions, par exemple en y organisant de manière plus optimale les ressources, notamment par le déploiement des CSSS. Le nombre d'unités d'accréditation syndicale a également été rationalisé, dans le respect des travailleurs et en simplifiant de manière significative les relations de travail et les frais de gestion qui y sont liés. Finalement, ce sont plus de 765 millions de dollars qui seront économisés en dépenses bureaucratiques de toutes sortes sur une période de trois ans, de 2009-2010 à 2011-2012. Ainsi, la croissance des coûts du système de santé est maintenant endiguée, et la pérennité du système est désormais assurée.

Il importe maintenant d'optimiser le réseau de santé québécois, notamment par une meilleure coordination de différentes ressources complémentaires (IPS, pharmaciens, organismes communautaires), et par l'ajout de formation, de soutien et d'échange d'information, autant pour les professionnels de la santé que pour la population.

3.1 Un réseau plus performant

Afin d'assurer la performance du réseau de santé québécois, il est essentiel d'être en mesure d'évaluer la performance des établissements qui le composent afin d'identifier les services les plus coûteux ainsi que les forces du réseau. Un modèle développé par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) a été utilisé par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) afin de réaliser une évaluation globale et intégrée de la performance, essentiellement des CSSS du Québec, de 2007 à 2009. Cette initiative, qui représente un premier pas vers une évaluation plus systémique du réseau, devrait être élargie à l'ensemble des établissements du réseau de la santé : CSSS, CHA, CHU et Instituts³¹. Dans un contexte où le système de santé représente le principal poste de dépenses du gouvernement, l'utilisation d'un modèle standardisé d'évaluation publique permettrait au gouvernement d'identifier les forces et les faiblesses du réseau et, conséquemment, d'en améliorer l'efficacité.

De plus, la nécessité d'avoir accès à une formation continue et au travail interdisciplinaire a été abordée dans les précédents chapitres, autant pour améliorer la prise en charge des clientèles vulnérables que pour assurer les meilleures pratiques en santé mentale et en gériatrie. Dans une vision globale d'un réseau efficace, la nécessité est la même. Les professionnels de la santé doivent pouvoir échanger avec leurs collègues et avoir accès à la formation adéquate facilement et en tout temps afin de connaître les innovations du réseau et de s'y avoir recours lorsque nécessaire.

La population québécoise doit elle aussi avoir accès à de l'information rapidement, facilement et en tout temps. À ce chapitre, le gouvernement a déjà mis en place le service Info-Santé, la ligne 811.

Afin de s'assurer que la population québécoise soit bien informée de ce service et l'utilise pleinement, une campagne majeure de publicité devrait être déployée. De plus, il faudrait s'assurer que ce service oriente les personnes vers les ressources en tenant compte de leurs capacités à les recevoir.

30- Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011, Centres de santé et de services sociaux données 2008-2009, AQESSS

Un effort supplémentaire de communication et d'accompagnement devrait par ailleurs être réalisé auprès des immigrants nouvellement arrivés au Québec et ne maîtrisant pas encore bien le français, afin qu'ils aient eux aussi pleinement accès au système de santé. Afin d'améliorer le traitement des clientèles immigrantes, des partenariats pourraient être conclus avec des organismes communautaires capables de fournir un interprète lors des consultations, et ce à tout moment³¹.

Enfin, afin que devienne plus performant le réseau de la santé et des services sociaux, il importe de donner à tous les joueurs la place qui leur revient. Selon le Portrait des coopératives de santé du Québec, la province du Québec comptait 40 coopératives de santé en 2009. Dans certains cas, ces coopératives ont permis de répondre à des besoins de soins de santé de certaines communautés (suite à la fermeture d'une clinique privée, par exemple). Leur façon générale de fonctionner est la suivante : les médecins sont rémunérés par la RAMQ, mais la gestion de l'immeuble, du personnel, de l'accueil, du suivi de certains programmes et des relations externes est assurée par la coopérative de santé.

Les coopératives de santé sont apparues au Québec en 1996, et posent aujourd'hui plusieurs défis notamment en matière de financement, de rémunération des médecins, de statut juridique, ainsi qu'au regard de leur conformité à la Loi canadienne sur la santé, par exemple sur le principe de l'accès universel.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 56

D'apporter des améliorations continues au fonctionnement global du réseau et à la performance des établissements qui le composent, et de faciliter l'accès aux services à l'ensemble de la population, et :

- 56.1 D'assurer une évaluation publique de la performance des établissements et de la productivité de certaines spécialités afin de susciter une saine émulation entre ceux-ci;***
- 56.2 D'assurer, notamment par la formation à distance et l'implantation de communautés de pratique, la diffusion des meilleures pratiques de gestion et d'innovations cliniques implantées dans le réseau;***
- 56.3 De réaliser une campagne majeure de publicité pour que les Québécois connaissent et utilisent plus intensivement la ligne 811, et qu'il soit possible en s'y référant d'être orienté vers les ressources pertinentes en fonction notamment de leurs capacités à les recevoir, incluant les cliniques (GMF et cliniques-réseau) qui peuvent recevoir de nouveaux patients à la recherche d'un médecin de famille;***
- 56.4 De développer des approches ciblées pour les immigrants nouvellement reçus afin de leur assurer une accessibilité accrue à l'information et aux services de santé et de services sociaux que commande leur situation;***
- 56.5 De clarifier, et au besoin d'encadrer, le modèle des coopératives de santé au Québec, en s'assurant notamment du respect des principes d'accessibilité universelle;***

31- Reportage Radio-Canada : Barrière linguistique en santé pour les immigrants

(http://www.radio-canada.ca/emissions/ya_pas_deux_matins_pareils_windsor/2010-2011/chronique.asp?idChronique=156580)

3.2 Un réseau plus souple

Le système de santé québécois fonctionne encore principalement en silos professionnels. Toutefois, il est de plus en plus admis par les ordres et les syndicats professionnels que les expertises des uns peuvent servir aux autres, dans la livraison de services mieux intégrés aux patients. Une telle approche multidisciplinaire favorise la mise à contribution de l'ensemble des compétences d'un professionnel en santé et requiert une vision plus souple de chacune des professions.

Depuis l'adoption du projet de loi 90 en janvier 2003, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) s'est notamment doté d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). En matière de soins de première ligne et dans les groupes de médecine familiale (GMF), l'IPS joue un rôle important dans l'évaluation des patients ainsi que dans la prise de décision et la planification des soins liés à sa spécialité. Son rôle d'agent de liaison et de personne-ressource autant auprès de l'équipe soignante que du patient soulage le médecin de tâches telles que l'ajustement de traitement. Cela permet par ailleurs un suivi complet avec le patient et favorise l'échange d'information au sein de l'équipe. Pour le moment, le gouvernement prévoit 500 nouvelles IPS d'ici 2018. Les effets positifs de l'apport des IPS sur l'efficacité du RSSS se font déjà sentir, notamment en soins de première ligne dans les GMF. Lorsque ces nouvelles IPS diplômeront, il sera important que le gouvernement continue de prioriser les soins de première ligne.

Les ordonnances collectives ont-elles aussi fait graduellement leur preuve en matière d'efficacité dans la livraison de services de qualité aux patients. Au CSSS Vallée-de-l'Or par exemple, où les postes comblés en médecine familiale étaient nettement insuffisants, on y a implanté une ordonnance collective permettant aux infirmières de réaliser des tests et des thérapies. Les médecins qui voyaient en moyenne 20 à 25 patients par quart de travail en voient maintenant jusqu'à dix de plus. Une douzaine d'ordonnances collectives ont été mises en place à l'urgence de Val-d'Or, permettant aux infirmières une plus grande autonomie dans le diagnostic et les mesures thérapeutiques. Si le patient devait encore voir un médecin après la rencontre avec l'infirmière, ce dernier avait tout en main pour poser un diagnostic en une seule consultation³². Si des ordonnances collectives ont fait leurs preuves en établissement, il apparaît pertinent d'évaluer si ces mêmes ordonnances ne pourraient pas s'appliquer à l'échelle de la province. Dans la majorité des cas, la généralisation de ces modèles contribuerait à un meilleur service offert à la population.

Les ordonnances collectives permettent de déléguer des tâches, normalement réalisées par un médecin, à un autre professionnel de la santé, le plus souvent une infirmière. Il est important de rappeler que le pharmacien est un professionnel de la santé ayant suivi une formation clinique lui conférant la capacité d'optimiser l'utilisation des médicaments. Son expertise, dans une pratique multidisciplinaire, pourrait faire de ce dernier un allié aussi important que l'IPS en GMF. Il peut s'avérer un partenaire précieux en matière de suivi clinique et des patients ayant des problèmes chroniques. Dans les tâches que les pharmaciens pourraient pratiquer, de manière à améliorer l'efficacité des équipes soignantes tout en simplifiant la vie du patient, on retrouve la prolongation d'ordonnance régulière et l'adaptation de certaines ordonnances. En certaines circonstances, il serait souhaitable que les pharmaciens puissent consulter les résultats de certains tests de laboratoire.

³² « Quand les médecins passent le témoin aux infirmières », *Le Devoir*, mai 2011

Afin d'encourager la délégation d'actes au sein des différents ordres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement doit mettre en place des mesures incitatives, ainsi qu'un mécanisme de déblocage favorisant la signature d'ententes. La création des postes d'IPS et le déploiement d'ordonnances collectives constituent des exemples de réussite en matière de délégations d'actes médicaux. Comme dans toutes les sphères de la médecine, les innovations mondiales sont à surveiller dans ce secteur également. Par le biais de l'Office des professions, le gouvernement devrait mettre en place un processus de révision systématique et public d'évaluation des actes pouvant être délégués ou partagés, tout en tenant compte des avancées similaires dans des systèmes nationaux semblables à celui du Québec.

C'est pourquoi nous proposons à un gouvernement issu du PLQ ...

PROPOSITION 57

De favoriser une meilleure concertation entre les différents professionnels du réseau de la santé afin d'améliorer l'accès aux soins, et :

- 57.1 D'assurer l'implantation d'un plus grand nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en médecine familiale et de première ligne en favorisant la collaboration des gestionnaires et des autres professionnels de la santé;***
 - 57.2 De favoriser le déploiement plus soutenu d'ordonnances collectives, notamment en faisant en sorte que celles conclues dans un établissement puissent être plus facilement étendues dans d'autres établissements du Québec, que l'information sur les ordonnances collectives globales déjà signées soit mieux diffusée chez les professionnels pouvant les utiliser et en assurant une collectivisation de la rémunération des professionnels impliqués dans le déploiement de ces ordonnances;***
 - 57.3 De favoriser la délégation aux pharmaciens d'actes relatifs à la prolongation d'ordonnances régulières pour les patients souffrant de maladies chroniques, à l'adaptation de certaines ordonnances, et en matière d'accès à certains tests de laboratoire;***
 - 57.4 De mettre en place un mécanisme d'incitatifs à l'endroit des ordres professionnels concernés pour la conclusion d'ententes relativement à des délégations d'actes professionnels et, parallèlement, mettre en place une mécanique de déblocage menant à la signature de telles ententes, en collaboration avec les ordres concernés et l'Office des professions;***
-

3.3 Un réseau qui se prépare au vieillissement

À l'instar des pays développés, le Québec entame la courbe du vieillissement accéléré de sa population. Selon l'actuaire et ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Claude Castonguay :

« De 2001 à 2016, on prévoit que le nombre des 20 à 64 ans n'augmentera que de 100 000, soit 2%, tandis que les 65 ans et plus croîtront de 50% (950 000 à 1 430 000 sur une courte période de 15 ans). Le vieillissement et la chute de natalité vont provoquer, comme effet combiné, un phénomène jamais vu auparavant, le renversement de la pyramide des âges.»

Selon les prévisions, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec doublera d'ici 2041. L'arrivée des babyboomers devrait, entre 2006 et 2026, faire exploser tout d'abord les effectifs des personnes de 65 à 74 ans, puis entre 2016 et 2036, ceux des personnes âgées de 75 à 84 ans et finalement, à partir de 2026, ceux des personnes de 85 ans et plus³³. Un des premiers effets de ce vieillissement sera la hausse substantielle de la demande en soins de santé. Il est important de s'assurer que les services de gérontologie et de gériatrie puissent répondre aux besoins en soins de santé des personnes âgées. Ces services doivent disposer de ressources suffisantes et adéquates afin d'offrir une prestation de qualité aux aînés. Selon le MSSS (2011), le réseau de la santé et des services sociaux compte 66 gériatres dont 46 travaillent à temps plein. Les CHSLD et les centres hospitaliers comptent 8 techniciens en gérontologie.

Puisque l'hébergement des aînés ayant une santé fragile dans les CHSLD laisserait présager des pressions énormes sur les finances publiques dans les années à venir, un régime parallèle d'hébergement pour les personnes âgées s'est progressivement développé. Des ressources d'hébergement appelées ressources intermédiaires (RI) ont été développées afin d'assurer l'hébergement et l'assistance des personnes âgées en perte d'autonomie ayant besoin d'un encadrement plus grand que celui offert en ressource de type familial, mais moins important que celui offert en CHSLD³⁴.

Étant donné que la proportion des personnes âgées ne cesse d'augmenter et que le nombre de places disponibles en CHSLD est fortement limité, les RI sont appelées à jouer un rôle de plus en plus important dans l'hébergement de personnes âgées au Québec.

Or, la durée des ententes contractuelles d'hébergement public-privé varie d'une région et d'une ressource à une autre. Les RI ayant conclu une entente d'une courte durée éprouvent souvent des difficultés dans le cadre de leurs activités, puisqu'il leur est difficile de concevoir une planification budgétaire efficace.

Outre les difficultés relatives à la durée des ententes contractuelles d'hébergement public-privé, le montant moyen du *per diem* ou la rétribution quotidienne par jour et par usager varie d'une région et d'une RI à une autre. Certaines RI rencontrent des difficultés dans le cadre de leur activité puisque le montant de leur taux de rétribution ne leur permet pas de couvrir la totalité des dépenses relatives à l'hébergement de leur clientèle. L'insuffisance du montant du *per diem* conduit certaines résidences à refuser l'accueil de nouvelle clientèle. D'autres sont obligées de limiter les activités récréatives offertes aux personnes âgées.

33- Institut national de la statistique du Québec, *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*, 2010.

34- Source : Conseil des aînés, *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, 2007.

D'autres poursuivent leurs activités, mais ne sont pas en mesure d'offrir des services de qualité suffisante à leur clientèle. Le montant de la rétribution quotidienne pourrait mieux tenir compte des coûts réels d'exploitation afin que les RI puissent continuer à offrir des services de qualité aux aînés. Rappelons que l'hébergement en CHSLD d'une personne âgée coûte annuellement 56 000\$, comparativement à 32 000\$ par année en RI.

Au Québec, l'hébergement de personnes âgées est un secteur en émergence se développant à grande vitesse. Il y a 20 ans, les places en CHSLD constituaient la majorité du parc d'hébergement pour personnes âgées. Elles ne représentent plus que 28,9% du parc d'hébergement et le secteur des résidences privées détient 66,2% de toutes les places disponibles en 2005-2006. La certification fait partie des conditions à remplir en matière d'hébergement de personnes âgées par les exploitants privés.

Le secteur de l'hébergement de personnes âgées doit relever de nombreux défis. Parce que naissante, l'industrie de l'hébergement de personnes âgées auprès des résidences privées nécessite un meilleur encadrement et un suivi encore plus rigoureux.

Devant l'importance des coûts relatifs au soin des aînés, le gouvernement encourage l'hébergement des personnes âgées semi-autonomes auprès du privé. Les CHSLD publics se consacrent principalement au soin des personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Les centres d'hébergement débordent et la liste d'attente s'allonge rapidement malgré la création de nouvelles places. Le gouvernement ayant fait le choix de cesser la construction de nouveaux établissements publics, plusieurs CHSLD, dont la construction remonte à plusieurs dizaines d'années, nécessitent des rénovations importantes. Le parc immobilier des CHSLD se détériore et ne s'adapte plus à l'état et au besoin des personnes âgées qui y sont accueillies.

Les troubles cognitifs touchent une importante proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec. D'ailleurs, la majorité de la clientèle des CHSLD publics est atteinte de différentes formes de démence. Les analystes prévoient une importante augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus atteintes de démence dans les 40 prochaines années. En 2051, l'effectif des personnes âgées souffrant de démence est estimé à 302 444, comparativement à 105 637 en 2011. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'une démence est estimée à 13%, soit 4,5% de plus par rapport en 2011.

Devant l'ampleur des besoins, des coûts de traitement et du manque de ressources des CHSLD publics, le dépistage précoce des démences chez les personnes âgées s'avère primordial. Cette démarche présente plusieurs avantages. Par exemple, le dépistage précoce permet de prendre rapidement les mesures adéquates permettant d'atténuer les symptômes et de ralentir l'évolution de la maladie. Il permet par ailleurs d'éliminer des causes réversibles. Le dépistage précoce des démences permet également de commencer sans délai les traitements, ce qui réduit considérablement les coûts et améliore la qualité de vie des patients.

PROPOSITION 58

D'assurer une offre de service de qualité aux aînés dans les centres hospitaliers, les CHSLD publics et privés et les résidences privées, et :

- 58.1 D'ouvrir davantage de postes en gériatrie, en gérontologie et en kinésiologie de manière à répondre adéquatement aux besoins grandissant des aînés du Québec;***
 - 58.2 De standardiser et de prolonger la durée des ententes de ressources intermédiaires (RI) à 3 ans dans les résidences pour aînés, afin d'assurer à ceux-ci une plus grande stabilité en regard de leur milieu de vie;***
 - 58.3 D'assurer un minimum dans la rétribution des places en RI afin de ne pas causer un impact à la baisse dans la qualité des soins offerts aux aînés dans les résidences et autres milieux;***
 - 58.4 De continuer à resserrer les contrôles, notamment par le biais de la nouvelle certification, quant à la qualité des services et à la sécurité des bâtiments qui offrent de l'hébergement aux personnes âgées;***
 - 58.5 De rénover sur une période de cinq ans les CHSLD publics de la province qui en ont besoin;***
 - 58.6 De donner comme tâches aux infirmières praticiennes spécialisées en psychiatrie, œuvrant dans les CHSLD publics et privés et les résidences privées, le dépistage et le suivi des cas de démence dus à l'âge;***
-