



ANNEXE

**Groupes
nationaux :**
résumés
des mémoires
soumis à la
Commission

LES SOLUTIONS

ÉMERGENTES

Ce document a été réalisé par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Il représente une annexe au document principal du rapport de la Commission intitulé : Les solutions émergentes.

Graphisme et réalisation infographique :

www.farleydw.com

Le présent document peut être consulté

à la section publications du site Web de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : www.cessss.gouv.qc.ca

ou à la section documentation sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Note

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-36959-9

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

INTRODUCTION

Ce document constitue une annexe au rapport principal de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : *Les solutions émergentes*.

Nous reproduisons ici la liste des groupes qui ont soumis un mémoire à la Commission, dans le cadre de la consultation auprès des groupes nationaux, de même que les résumés rédigés par ces groupes, le cas échéant.

Cette liste est présentée en trois sections. La **première** regroupe les organisations représentant différentes catégories de personnel du réseau de la santé et des services sociaux, la **deuxième**, les établissements, les regroupements d'établissements, les organismes partenaires et ceux représentant des clientèles spécifiques, enfin, la **troisième** présente les regroupements d'organismes communautaire et les groupes socio-économiques.

1. Organisations représentant différentes catégories de personnel

Alliance professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	12
Association d'orthopédie du Québec	n/d
Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec	n/d
Association des cadres de la santé et des services sociaux du Québec	n/d
Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux	4
Association des cardiologues	n/d
Association des chirurgiens dentistes du Québec	7
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec	10
Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec	12
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux . . .	14
Association des jeunes médecins du Québec	17
Association des médecins d'urgence du Québec	21
Association des médecins de CLSC du Québec	23
Association des médecins gériatres du Québec	26
Association des médecins ophtalmologistes du Québec	28
Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec	n/d
Association des optométristes du Québec	30
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec	33
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	n/d
Association des spécialistes en médecine interne du Québec	36
Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ)	39
Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec	41
Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée	n/d
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	44
Association québécoise des psychologues en CLSC	46
Centrale des professionnelles et professionnels de la santé	49
Centrale des syndicats démocratiques du Québec	51
Centrale des syndicats du Québec	53
Collège des médecins du Québec	56



Confédération des syndicats nationaux (CSN)	57
Conférence des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.	59
Conseil des directeurs de santé publique de la Conférence des régies Régionales de la santé et des services sociaux du Québec.	62
Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	65
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec	67
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	n/d
Fédération des médecins résidents du Québec	70
Fédération des médecins spécialistes	74
Fédération des psychologues du Québec	77
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec.	79
Ordre des chimistes du Québec.	82
Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ).	85
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	88
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.	91
Ordre des optométristes du Québec	94
Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec	96
Ordre des pharmaciens du Québec.	n/d
Ordre des psychologues du Québec.	100
Ordre des sages-femmes du Québec	102
Ordre professionnel des diététistes du Québec	104
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	108
Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec	110
Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec.	n/d
Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.	113
Registre des Ostéopathes du Québec.	115
Regroupement des diététistes en santé communautaire des régions 05-06-07-13-14-15-16	117
Regroupement des directeurs des services techniques et de leurs associés des régions 06 et 13	120
Relève Médecine 2000	n/d
Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique	123

Syndicat professionnel des diététistes du Québec	n/d
Syndicat professionnel des homéopathes du Québec	126
Table de concertation des directeurs des centres de recherche des CHU Montréal, Québec, McGill, Sherbrooke et Hôpital Ste-Justine.	n/d
Table des présidents et vice-présidents de commissions médicales régionales	128

**2. Établissements, regroupements d'établissements, organismes partenaires
et organismes représentant des clientèles spécifiques utilisatrices
du réseau de santé et de services sociaux 129**

Alliance Québécoise des Regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées	131
Association des Centres d'accueil privés autofinancés inc.	134
Association des centres jeunesse du Québec	136
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	141
Association des établissements de réadaptation en déficience physique de Québec.	145
Association des établissements privés conventionnés santé et services sociaux (AEPC).	148
Association des hôpitaux du Québec	151
Association des résidences pour retraités du Québec	154
Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec	157
Association Diabète Québec	160
Association du Québec pour l'intégration sociale	162
Association générale des insuffisants rénaux	165
Association médicale du Québec	170
Association pour la santé et la sécurité du travail - secteur affaires sociales (ASSTSAS)	173
Association québécoise de gérontologie	175
Association québécoise de l'Encéphalomyélite Myalgique	177
Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec	179
Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO)	182
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	184
Centre jeunesse Gaspésie\Les Îles	n/d



Centres hospitaliers universitaires du Québec (5)	186
Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux	188
Coalition solidarité santé	n/d
Coalition sur l'assurance-médicaments.	192
Collège de Rosemont - Département d'acupuncture Jobin, Diane	195
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador	n/d
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse	198
Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN).	n/d
Confédération des organismes familiaux du Québec.	201
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux	204
Conseil de la famille et de l'enfance	206
Conseil de la santé et du bien-être	208
Conseil médical du Québec.	211
Conseil québécois d'Agrément d'établissements de santé et de services sociaux.	213
Corporation des services d'ambulance du Québec	215
Curateur public du Québec.	219
Départements universitaires de médecine familiale du Québec	221
Équipe de recherche Gagnon, Guberman et al.	223
Fédération des coopératives de services à domicile du Québec	227
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle	230
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	n/d
Fondation québécoise du Cancer	235
Hôpital Général du Lakeshore	237
Initiative conjointe de patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et d'insuffisance cardiaque et de pneumologues et cardiologues québécois	n/d
Institut national de santé publique du Québec	240
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie (CEGG) inc.	n/d
Office des personnes handicapées du Québec	243

Partenariat système d'information géronto-gériatrique (SIGG)	245
Rapports Lambert-Lecompte sur la situation des soins palliatifs au Québec	247
Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik	n/d
Regroupement des employeurs sur la santé au Québec (RESSQ)	252
Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec	n/d
Regroupement des milieux résidentiels d'hébergement des Basses-Laurentides	253
Regroupement des soins palliatifs à domicile - Région de Montréal	n/d
Regroupement provincial des organismes communautaires assistance et accompagnement	255
Réseau québécois de villes et villages en santé	258
Réseau québécoise pour la santé du sein	260
Sabino, Robert Directeur général, Centre d'héab. et de soins de longue durée	n/d
Partenaires projet pilote SIPA	263
Société canadienne de la sclérose en plaques - division du Québec	265
Société québécoise de l'autisme	268
Sogique	n/d
Université de Montréal	270
Université de Montréal - Département de médecine familiale	n/d
Université Laval - Faculté de médecine	n/d
Université McGill - Doyen de la Faculté de médecine Fuks, Abraham	n/d
Université du Québec	n/d

**3. Regroupements d'organismes communautaires,
groupes socio-économiques et individus 273**

Action démocratique du Québec	n/d
Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Québec	274
Alliance Québec	n/d
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes	276
Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPF)	278



Association des étudiants aux grades supérieurs de la Faculté de médecine et des étudiants aux grades supérieurs du Département de biochimie de l'Université de Montréal.	280
Association des fournisseurs de l'Industrie de la santé du Québec	283
Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec	285
Association des régions du Québec	288
Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec	291
Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS)	294
Association québécoise des entreprises privées de services de santé (AQEPSS)	297
Association québécoise des psychologues scolaires.	301
Bertrand, Roger - Larouche, René - Blais, Richard	304
Bureau, Yvon Président de Fondation Responsable jusqu'à la fin 1986-1996	307
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - nord-du-Québec.	309
Chambre de commerce de Baie-Comeau	311
Chambre de commerce du Montréal métropolitain	n/d
Chambre de commerce du Québec.	313
Chantier de l'économie sociale	315
Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (TROCs)	n/d
Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté	n/d
Comité aviseur de l'action communautaire autonome	318
Commission-Jeunesse du Parti Libéral du Québec.	320
Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	n/d
Conseil des aînés.	n/d
Conseil du patronat du Québec.	322
Conseil du statut de la femme	324
Conseil permanent de la jeunesse	327
Conseil pour la protection des malades	329
Conseil québécois de lutte contre le cancer	331
Conseil québécois du Loisir.	333
Consensus enr.	n/d
Corporation Baxter.	335
Crémieux, Pierre-Yves - Ouellette, Pierre	n/d

Dallaire, Mario	n/d
Deshaies, Pierre, MD, MSc, CSPQ, FRCPC	n/d
Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ)	337
Fédération des ACEF du Québec et Action Réseau Consommateur	339
Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉÉPEQ)	342
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)	344
Fédération étudiante universitaire du Québec	n/d
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer	347
Force jeunesse	n/d
Frères et Sœurs d'Émile Nelligan	n/d
Gareau, Benoît	n/d
GlaxoWellcome	349
Groupe d'action en faveur de l'équité interrégionale	351
Institut économique de Montréal	354
Institut pour le partenariat public-privé	n/d
Lacroix Poulin, Madeleine	n/d
Ligue des femmes du Québec	356
Marcoux, Laurent, MD	358
Martin, Isabelle, M.Ps	n/d
McKeown, Thomas Directeur par intérim - Suivi communautaire Le Fil	360
Minogue médical inc.	362
Mouvement éducatif d'autohumanisation	n/d
MRC Nicolet-Yamaska	365
Nguyen, Tri, MD	n/d
Ordre des administrateurs agréés du Québec	n/d
Pagé, Jacques Intervenant du réseau santé et services sociaux depuis 1978	370
Parrainage Civique de la Banlieue Ouest - West Island Citizen Advocacy	374
Parti de la Démocratie Socialiste	375
Pastorale sociale du diocèse de Rimouski	n/d
Perron, O'Neil	n/d
PharmaVision Québec inc.	378



Piché, Marcel Conseiller en services de santé	380
Protecteur du citoyen	382
Rassemblement pour l'Alternative politique	385
Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec	388
Regroupement des jeunes gens d'affaires du Québec	389
Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec . . n/d	
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec	n/d
Regroupement interorganismes pour une politique familiale au Québec	391
Regroupement Naissance-Renaissance	395
Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale	397
Réseau des centres de ressources périnatales	n/d
Royer, Conrad	n/d
Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada (TCA - Québec)	400
Systèmes médicaux	n/d
Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur santé - services sociaux)	n/d
Taschereau, Claudette Bachelière en sc. Infirmières et en service social	404
Triax Conseil	407



1

ORGANISATIONS
REPRÉSENTANT
DIFFÉRENTES
CATÉGORIES DE
PERSONNEL



ALLIANCE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

L'Alliance Professionnelle des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec (APIAQ), représente près de 2 000 membres répartis dans plus de 43 établissements de santé, que ce soit des établissements de soins de courte durée, longue durée, établissements privés conventionnés et dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC). L'APIAQ est associée à l'Union Québécoise des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires (UQIIA) qui représente près de 5 000 membres répartis dans plus de 120 établissements de santé.

Financement des services de santé

Sans être devin, tous s'accordent pour dire que le coût des services de santé augmentera de façon importante dans l'avenir. Ces coûts, selon l'APIAQ, devront être absorbés par le régime public. Nous sommes en désaccord avec toute forme de privatisation ou de sous-traitance, qui amènerait l'usager à déboursier des frais pour des services de santé, lesquels mettraient en péril, le système actuel et qui favoriserait un système à deux vitesses. Concernant la diminution des coûts administratifs relevant du mode de distribution budgétaire aux régies régionales, l'APIAQ tout comme beaucoup d'autres organisations, se questionne sérieusement sur la survie de ce palier qui, en bout de ligne engouffre énormément d'allocation budgétaire.

Organisation des services

L'APIAQ considère que la réforme du système de santé devrait être consolidée avant de penser à d'autres changements. Nous n'avons qu'à penser aux CLSC qui devaient être la porte d'entrée du système dans le cadre du fameux virage ambulatoire. L'APIAQ est d'avis que les CLSC, entre autres, s'ils avaient modifiés leurs heures d'ouverture et de fermeture pour accueillir la clientèle nécessitant des soins auraient pu et pourraient dégager les urgences.

Concernant l'organisation du travail, l'APIAQ suggère un modèle axé sur la complémentarité entre les infirmières et les infirmières auxiliaires dans un contexte d'optimisation des soins. De plus, il est important de considérer le travail que font les infirmières auxiliaires en les associant à la définition des objectifs et des actions à entreprendre. Ces professionnelles sont souvent mal utilisées, et ceci, suite à des décisions arbitraires, ce qui en fait un personnel désabusé, démotivé et désavantagé. Lors de comparaison avec d'autres provinces canadiennes et même des états américains, nous constatons que les infirmières auxiliaires sont mieux utilisées, beaucoup plus acceptées dans les unités de travail qui sont fermées, ici au Québec. Nous n'avons qu'à penser aux CLSC et à cet effet, je vous soumetts un tableau explicatif à cet effet.

Infirmières	Santé Communautaire	Soins à domicile	Total	Infirmières Auxiliaires	Ratio Total	Ratio / Soins à domicile
				Soins à domicile	Nombre d'infirmières par infirmières auxiliaires	Nombre d'infirmières par infirmières auxiliaires
Terre-Neuve	381	61	442	136	3,25	0,45
Nouvelle-Écosse	395	227	622	333	1,87	0,68
Nouveau-Brunswick	255	91	346	158	2,19	0,58
Québec	2486	2000	4486	137	32,74	14,6
Ontario	3939	5547	9486	3972	2,39	1,40
Saskatchewan	705	455	1160	210	5,52	2,20
Alberta	1108	1062	2170	269	8,07	4,00
Colombie-Britannique	1722	829	2551	1552	1,64	0,53

Source :

Pour les infirmières auxiliaires :

Rapport des registraires des ordres provinciaux des infirmières auxiliaires, année 1996-1997.

Pour les infirmières : STATISTIQUE Canada 83-243, année 1995 : *Statistiques sur les infirmières*, publié en 1996

Dans les autres provinces du Canada, les infirmières auxiliaires représentent le quart des effectifs infirmiers en soins à domicile, soit un ratio d'une infirmière pour trois infirmières auxiliaires en soins à domicile.

Conclusion

À notre avis, le réseau public est en mesure de répondre aux besoins des différentes clientèles même s'il y a augmentation des besoins. Il s'agit de bien recentrer le citoyen au cœur de la réforme.



ASSOCIATION DES CADRES SUPÉRIEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

POUR LE DROIT À DES SERVICES ACCESSIBLES, PERSONNALISÉS ET CONTINUS

Les cadres supérieurs que regroupe l'Association sont des directeurs de services dont l'une des caractéristiques est d'être destinés directement à la population. Leurs responsabilités principales sont de diriger les services dispensés dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Nos membres se retrouvent dans tous les types d'établissements ou organismes qui constituent le réseau sociosanitaire québécois. Pour préparer le mémoire qui vous est soumis, la direction de l'Association a procédé à une large consultation auprès des membres. Un nombre significatif de membres représentant l'ensemble des établissements du réseau ont participé à cette consultation.

Quel est le **principal problème** ? Voilà la première question qu'il nous faut traiter pour orienter l'ensemble de nos réflexions.

Pour notre association, le problème principal à résoudre est que les délais pour avoir accès aux soins et services sont trop longs, trop souvent.

Pourquoi les délais pour avoir accès aux soins et services sont-ils trop longs, trop souvent ? Quelles sont les causes principales ?

Nous identifions trois principales causes au principal problème de notre système. Ces causes recourent l'analyse de la commission tout en la complétant :

- **Un financement insuffisant par rapport aux soins et services requis par la population**
- **Le manque d'intégration au réseau des médecins en cabinet et des autres professionnels en pratique privée**
- **La rigidité des règles (réglementation, ententes collectives, etc.)**

C'est pourquoi, au moment d'entrer dans le 21^e siècle, nous souhaitons que la Commission réaffirme le droit des Québécois et Québécoises à la santé et aux services sociaux et que cesse l'actuel contrôle des coûts par la réduction volontaire de l'offre de service. **Le droit à la santé et aux services sociaux est au moins de même niveau que le droit à l'éducation et son financement par la collectivité devrait à notre avis emprunter les mêmes avenues.**

**Cette réaffirmation du DROIT À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX
COMMANDE QUE NOTRE SYSTÈME SOIT FINANCÉ PAR L'ÉTAT
EN FONCTION DES BESOINS DE LA POPULATION**

Nous recommandons une organisation territoriale sous une autorité unique qui assurera une intégration des ressources.

Nous recommandons que l'assise de notre système soit le *parcours individualisé de retour à la santé et à l'équilibre psycho-social* qui assurera le continuum des services dans le respect de la personne tout en maintenant présente la préoccupation de la prévention pour réduire le plus possible la récidive. Il s'agit d'assurer un lien privilégié entre une personne et un professionnel (médecin, infirmière, travailleur social, etc.) responsable de son parcours. Ce dernier coordonne l'ensemble des services de base et spécialisés requis par cette personne dans le système de santé et de services sociaux.

Nous recommandons que le mode de budgétisation des établissements tienne compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population desservie, de ses besoins, de la nature et de la complexité des services offerts.

Nous recommandons de revoir les modes de distribution des ressources financières aux régions, aux établissements et aux professionnels, en vue de diminuer les coûts administratifs, d'augmenter la productivité, l'équité et l'efficacité du système.

Nous recommandons de revoir les priorités gouvernementales en effectuant des désengagements dans les secteurs moins essentiels que la santé et les services sociaux et réaffectant les ressources budgétaires ainsi libérées au financement des services socio-sanitaires.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Les recommandations qui précèdent, si elles étaient retenues par la Commission et mises en oeuvre par l'État, atténueraient considérablement, sinon éradiqueraient plusieurs des problèmes dont souffre notre réseau.

La simple mise en oeuvre de ces recommandations ne suffirait pas à elle seule cependant.

Notre réseau est en effet essentiellement composé de personnes qui rendent des services à des personnes et à leurs familles. Les relations entre ces personnes nécessitent d'être dirigées, animées, coordonnées, inspirées par des responsables qui sachent faire preuve de proximité avec les besoins en même temps que de rigueur dans l'utilisation des ressources. Les cadres supérieurs sont au coeur de cette direction des services et jouent donc un rôle stratégique dans cette interface, sans cesse changeante entre les demandeurs de services et les producteurs de services et les ressources. Ce rôle de



dirigeants de services, au coeur du développement de notre réseau, a été substantiellement affaibli dans la dernière décennie, puisque les 2 000 directeurs de services ne sont plus qu'environ 1 300. À l'ère de l'explosion des besoins, de l'augmentation des exigences rattachées aux rôles de dirigeants de services publics, il faut rationaliser (vers le haut) et réorganiser les effectifs de cadres supérieurs, actuellement en pénurie comme on peut maintenant le constater malheureusement de plus en plus.

Nous recommandons qu'à court terme, soient augmentés les effectifs de cadres supérieurs afin de permettre la réorganisation de la direction des services de santé et des services sociaux.

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

L'ORGANISATION DES SOINS DENTAIRES AU QUÉBEC :DES SOINS ACCESSIBLES MAIS DES CLIENTÈLES OUBLIÉES ET UNE RÉTRIBUTION INSUFFISANTE

L'Association des chirurgiens dentistes du Québec, qui représente quelque 3 100 dentistes, a comme objectifs l'étude, la défense et le développement des intérêts sociaux, économiques et moraux de ses membres. Elle négocie toutes les ententes jugées nécessaires avec toute autorité concernée.

Organisation des soins

Le Québec est doté d'une multitude de cabinets dentaires, sur toute l'étendue de son territoire. Ce sont, somme toute, de « petits hôpitaux » privés qui offrent tous les soins dentaires qu'un patient peut requérir. En outre, les dentistes ont organisé des systèmes d'urgence par l'entremise des sociétés dentaires locales. La population a ainsi accès à tous les soins courants sans difficulté, peu importe où elle est située, en tout temps – aussi bien en soirée qu'en fin de semaine.

Le dentiste exerce sa profession avec une équipe spécialisée habituellement composée d'une assistante et d'une hygiéniste dentaires. C'est une PME, et les rôles de chacun y sont bien définis, grâce à un processus de délégation des actes.

Nous souhaitons que le législateur n'intervienne pas là où tout va bien. Notre argument est le suivant : n'allons pas compromettre l'équilibre de l'équipe dentaire actuelle. C'est une formule qui a fait ses preuves... une formule gagnante.

Accessibilité aux soins et financement

Pour ce qui est du financement de la santé dentaire de sa population, le Québec est, depuis quelques années, en période de rattrapage par rapport aux autres provinces canadiennes et aux États américains limitrophes.

Le programme de soins dentaires pour les enfants, créé en 1974, donne accès aux soins dentaires aux jeunes de 0 à 9 ans au moment où ils en ont besoin pour développer une dentition saine et s'assurer ainsi, par la suite, une bonne santé dentaire. C'est un régime certes minimal et perfectible. Mais il est bien ancré dans nos mœurs et nous souhaitons qu'il ne subisse pas de modifications autres que celles visant à mieux répondre aux besoins de cette population.



Quant au programme public pour les prestataires de la sécurité du revenu, il permet à une clientèle en difficulté financière d'avoir recours à des soins de santé dentaire de base.

La viabilité de ces deux programmes risque d'être compromise. En effet, les dentistes pourraient s'en désintéresser et s'en désengager si le gouvernement n'accepte pas de leur verser une rémunération équitable pour les soins qu'ils fournissent.

Sur le chapitre des régimes privés, là où le bât blesse, c'est en ce qui concerne la taxe de vente sur la prime d'assurance, qui est au Québec de 9 %... l'une des plus élevées au Canada. De plus, le gouvernement provincial considère la prime d'assurance collective versée par l'employeur comme un avantage imposable pour les employés. Or, au Québec, 25 % de la population est couverte par un régime privé d'assurance soins dentaires comparativement à 60 % en Ontario. Cela s'explique par le fait que la proportion de PME est beaucoup plus élevée ici. Ce système de taxation est une entrave à l'accès des travailleurs québécois aux régimes privés de soins dentaires.

Au moment où le gouvernement a commencé à se désengager des soins dentaires aux enfants de même qu'à diminuer les avantages consentis aux prestataires de la sécurité du revenu, il a imposé ces nouvelles taxes, plutôt que de mettre en place des mesures favorisant l'accès aux régimes d'assurance dentaire privés. Le désengagement de l'État des régimes publics ne peut s'accompagner d'une formule qui pénalise les régimes d'assurance collective privés sans que l'on aboutisse à une détérioration certaine de la santé dentaire des Québécois.

Personnes âgées

C'est surtout la santé dentaire des personnes en perte d'autonomie – qu'elles soient hébergées ou non dans des établissements de santé – qui retient notre attention. L'ACDQ n'hésite pas à parler des « oubliés » du système.

La direction de la santé publique de Montréal-Centre a fait une étude sur ce sujet l'année dernière. Elle est arrivée à la conclusion que l'organisation actuelle des soins et services dentaires dans ces centres (publics ou sans but lucratif) est inadéquate. Le manque de ressources professionnelles, matérielles et financières semble limiter considérablement l'accessibilité aux soins dentaires des personnes hébergées. Un comité a alors été créé pour surveiller et évaluer l'état de santé dentaire des pensionnaires de deux CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée). Les facultés de médecine dentaire des universités McGill et de Montréal ont même offert d'assigner des résidents aux soins buccodentaires dans ces deux CHSLD.

En conséquence, l'ACDQ demande à la commission qu'elle recommande au gouvernement la mise sur pied d'un groupe de travail dont le mandat sera d'établir les

besoins et de définir le coût et les modalités de prestation des soins touchant les personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile ou dans des centres d'hébergement, sur tout le territoire québécois.

L'ACDQ demande également, dans son mémoire à la commission, que le gouvernement abolisse les taxes sur les régimes d'assurance collective, dont l'assurance dentaire, et qu'il cesse de considérer la prime d'assurance payée par l'employeur comme un avantage imposable pour les salariés.

L'ACDQ demande enfin que l'enveloppe budgétaire des programmes publics soit majorée de telle sorte qu'elle réponde aux besoins de la population en rétribuant équitablement les dentistes qui lui procurent des soins.



ASSOCIATION DES CONSEILS DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DU QUÉBEC

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) regroupe plus d'une centaine de CMDP qui adhèrent sur une base volontaire. L'Association a pour mission de supporter les CMDP et de les outiller pour bien remplir leur rôle. Elle agit à titre de porte-parole des CMDP auprès du ministre de la santé et des services sociaux dans le cadre de changements législatifs, de commissions parlementaires et d'autres commissions.

- L'ACMDP se prononce sur l'organisation des soins de santé.
- L'ACMDP croit à une approche territoriale respectueuse des disparités territoriales et garante de l'équité pour la population du Québec.
- Elle favorise une approche intégrée des soins de santé mettant en force l'interdisciplinarité.
- Elle réitère l'importance d'un médecin de famille, jouant pour son patient le rôle de coordonnateur des services, et sa conviction de l'importance de la consolidation d'un réseau de santé de première ligne.
- L'Association priorise l'accès à des services médicaux spécialisés à l'ensemble des régions du Québec. Elle met l'accent sur les corridors de service et la proactivité des instances centrales et régionales pour prévenir les crises prévisibles. Pour l'Association, l'apport du communautaire permet de mieux répondre aux besoins d'une population tout autant que la régionalisation.
- Elle adhère à l'implantation de technologies permettant que le dossier patient soit informatisé et le dossier unique au besoin, avec un support adéquat au professionnel.
- Elle prône les outils permettant de mesurer et d'évaluer les soins prodigués aux patients et les résultats obtenus.
- Elle croit fermement que le médecin, le dentiste et le pharmacien sont des partenaires essentiels à la gestion clinico-administrative, et que les modes de rémunération en vigueur ne doivent pas être un frein à la consultation de ces instances. Elle croit aussi qu'il faut revoir au besoin ces modes de rémunération.

L'ACMDP énonce un message de prudence face au vent de privatisation actuel à l'égard de services assurés et intégrés de notre système universel.

L'ACMDP souhaite que les instances gouvernementales et institutionnelles du réseau de la santé cessent de cogiter pour s'inscrire dans l'action. Le MSSS est doté de conseils

consultatifs dont l'expertise n'est plus à démontrer. Une revue de littérature permet de constater que les éléments essentiels d'une réflexion sont déjà posés et nous souhaitons que le présent exercice réactualise de façon dynamique la réflexion et notre volonté de passer à l'action.

L'ACMDP supporte aussi fortement l'implantation d'outils d'aide à la prise de décision médicale afin que les médecins bénéficient de l'information clinique la plus récente pour permettre d'envisager le meilleur traitement pour le patient; d'autant qu'en bout de ligne, et dans une vision systémique, de bons choix de traitement dès le départ garantissent un meilleur succès thérapeutique et par le fait même des coûts de traitement, de système, et de société moindres.

RECOMMANDATION GÉNÉRALE

Actualiser les recommandations produites dans le cadre des avis et rapports déposés déjà en grand nombre au Ministère de la santé et des services sociaux, au cours des dernières années, principalement les recommandations des rapports du Conseil médical, du Conseil de la santé et du bien-être, du Conseil des technologies et celles émises par le Collège des médecins, et qui malheureusement ne sont toujours pas mises en œuvre.



ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

D'abord, le service à la clientèle

L'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec regroupe l'ensemble des directeurs généraux, des directrices générales du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Elle se situe dans un projet et le porte avec l'ensemble de ses partenaires. Un projet relatif à la santé et au bien-être des québécois. Un projet considérable et modeste à la fois.

Elle se présente aujourd'hui devant la Commission consciente de répondre non seulement à l'exaspération des québécois las de faire l'inventaire de ce qui ne tourne pas rond, mais aussi à celle des directeurs généraux, de ces gestionnaires aux fidélités multiples, témoins de tant d'efforts, de tant de dévouement, de tant d'argent investi, mais aussi de tellement de blocages, d'incohérences et de décisions précipitées.

Portée également par un devoir de lucidité, une obligation de créativité, d'efficacité : qu'est-ce qui ne va pas, quelle est véritablement la situation, que peut-on changer?

1 Notre préoccupation première : la clientèle

Trop de bénéficiaires, de malades souffrent du fait que nos services ne soient pas suffisamment intégrés, qu'il n'y ait pas de continuité dans les services.

Les gestionnaires eux-mêmes constatent bien que la seule bonne volonté ne peut tenir lieu d'une nécessaire politique de complémentarité, de continuité de soins ou de services.

Mais il y a aussi un problème sérieux d'accessibilité aux soins, aux services comme aussi un problème majeur de répartition des médecins, d'accessibilité aux médecins.

Pour contrer ces difficultés, il convient de :

- **renforcer et d'accroître le rôle et les pouvoirs de l'entité régionale;**
- favoriser la **reddition de comptes des établissements**, le fonctionnement par programme;
- se doter d'un nouveau **projet médical régional** qui puisse assurer la population d'avoir le nombre de médecins requis pour répondre à ses besoins

- et là où les besoins les demandent;
- s'assurer d'un minimum de **flexibilité dans le financement** des établissements.

2 **Rendre aux gestionnaires leur capacité d'agir**

La ligne d'autorité n'est pas claire, le directeur général est perpétuellement tiraillé par la multitude des intervenants dans la gestion de son établissement.

L'exaspération gagne les gestionnaires :

- Qui gère quoi?
- À qui rend-on des comptes?
- Qui indique la voie à suivre?
- Où sont les outils essentiels de gestion promis?

Il convient donc de clarifier les objectifs, les pouvoirs, les responsabilités de chacun des acteurs et, par la suite, d'éviter les détestables courts-circuits.

- de revoir radicalement toutes les questions liées :
 - . à la taille et à la composition des conseils d'administration d'établissements;
 - . au mode d'élection et de nomination des personnes qui les composent;
 - . aux rôles, aux pouvoirs et au titre du directeur général qui pourrait devenir, pour une plus grande efficacité, un président-directeur général;
- de ramener de grands pans de la négociation des conventions collectives au palier local;
- de revoir la réglementation pour favoriser la sous-traitance;
- de se doter de mécanismes systématiques d'évaluation de la performance;
- de prendre les moyens pour mieux composer avec les changements technologiques.

3 **Respecter les travailleurs du réseau**

Il y a eu, ces dernières années, des vagues successives de départs, rien de particulièrement planifié : on l'a dit à plus d'une reprise.

Mais, ce qu'il convient de souligner à nouveau c'est que le développement de nouvelles technologies, de nouvelles approches thérapeutiques conjuguées avec l'alourdissement de la clientèle provoquent partout un accroissement considérable de la tâche pour ceux qui sont toujours en poste. Les soins et services sont plus lourds, l'ampleur du travail est considérable; résultat, partout le personnel est débordé!

Quels que soient les défis qui s'annoncent, que l'on prenne le temps d'implanter les choses, que l'on investisse les sommes requises pour des changements harmonieux.

Bref, que l'on respecte les employés. Que l'on se livre à une véritable planification de la main-d'oeuvre. Déjà de nouveaux besoins pointent à l'horizon : que l'on s'active sans délai à former, à recruter la main-d'oeuvre requise.



ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux représente plus de 5000 gestionnaires de niveau cadre intermédiaire qui oeuvrent sur le terrain, en première ligne, dans toutes les catégories d'établissements de soins de santé et de services sociaux dans chacune des régions, à l'échelle de toute la province.

ORGANISATION DES SERVICES

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Compte tenu de la masse critique que nous retrouvons au Québec et pour optimiser nos investissements en ce domaine, nous suggérons de les concentrer sur un seul système plutôt que de saupoudrer les sommes d'argent disponibles vers une duplication inutile.

- Pour les postes de travail dans tous les services et particulièrement dans les services de support administratif, une mise à niveau provinciale des équipements informatiques est essentielle pour contrer la disjonction dans l'échange d'information et accroître substantiellement l'efficacité des procédures administratives.
- La filière client ou carte à puce est un incontournable. Nous souhaitons en voir l'implantation rapide afin de contribuer à un important allègement des procédures administratives, à un meilleur contrôle et suivi des dossiers et de ce fait, à favoriser un accompagnement du client mieux adapté à ses besoins.
- Un guichet unique comme porte d'entrée sera viable dans la mesure où le support informatique permettra l'échange d'information et le transfert des connaissances de façon sécuritaire, efficace et ordonnée.

PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

- Prendre les mesures qui s'imposent pour s'assurer que tous les intervenants, sans exception, soient contraints à suivre les règles de procédures administratives.
- Établir une politique d'achat claire et en assurer l'application uniforme dans le réseau.
- En première ligne, prévoir du personnel de soutien administratif pour libérer et mieux utiliser le personnel d'encadrement à des tâches correspondant davantage à leur formation professionnelle.
- Revoir la pertinence de maintenir des bureaux avec personnel infirmier et support administratif complet dans les centres hospitaliers pour les médecins spécialistes qui pratiquent principalement en cabinet privé.

- Dans le respect du droit des personnes à être représentées, édicter des règles standards pour uniformiser les procédures administratives et favoriser une gouvernance qui puisse permettre de gérer les conventions collectives disparates tout en assurant un principe d'équité et de justice à l'égard de chaque individu.
- Pour pallier au manque d'effectif infirmier, favoriser la mise en place de programmes semblables à ce qui a été réalisé de façon excessivement concluante dans le cas de l'utilisation des infirmières auxiliaires à Saint-Georges-de-Beauce.

BÉNÉVOLAT

Réinstaurer des postes de chefs du service des bénévoles dans les établissements où les impacts négatifs de leur abolition arbitraire sont facilement mesurables à ce jour.

Globalement

Au niveau de l'organisation du travail et des services il y a de nombreux irritants qui pourraient être éliminés si localement les gestionnaires de première ligne avaient les pouvoirs minimaux pour assumer pleinement leurs responsabilités et les moyens pour le faire.

ORGANISATION TERRITORIALE DES SERVICES SOUS AUTORITÉ UNIQUE

- Oui, à une autorité unique territoriale si elle a une mission claire, que sa structure est souple, légère et adaptée à un modèle d'organisation efficient. Que les règles régissant les administrateurs et les dirigeants soient suffisamment rigoureuses pour garantir la primauté de l'intérêt collectif de la population sur les intérêts particuliers d'individus ou de groupements qui y sont représentés et qu'il y ait des mesures de performance et des critères d'imputabilité bien définis.
- Le nombre actuel de régions devrait être revu pour s'arrimer davantage aux nouvelles réalités qui verront incessamment des MRC, villes, etc... se regrouper pour mettre fin aux dédoublements et chevauchements et alléger les structures administratives.

CONCLUSION

« LES SOLUTIONS VONT VENIR DES GENS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LE SYSTÈME »,
David Levine, président-directeur général, Hôpital d'Ottawa.

« MAIN-D'ŒUVRE TRAITÉE DE FAÇON NÉGATIVE DURANT LA RÉFORME, UNE
DÉCENNIE POUR RÉCUPÉRER »,
Michael Decter, Chair Board of Directors Canadian Institute for Health Information.



« PAS DE SOLUTION MAGIQUE »,

Jack Davis, President and Chief Executive Officer, Calgary Regional Health Authority.

« PAS DE CHANGEMENT SI ON A PAS LE PERSONNEL ADÉQUAT POUR ASSUMER LE CHANGEMENT »,

Duncan Sinclair, Professor emeritus and fellow, School of Policy Studies, Queen's university, Ontario.

« ESPÉRONS QUE LES GOUVERNEMENTS VONT MIEUX SOUTENIR LES PERSONNES QUI Y TRAVAILLENT »,

Michael Decter, Chair Board of Directors Canadian Institute for Health Information

« WORKING TOGHETER-NOT SEPARATELY »,

Duncan Sinclair, Professor emeritus and fellow, School of Policy Studies, Queen's university, Ontario.

Comme la majorité des experts l'ont confirmé aux forums que la Commission a initiés, les vraies solutions vont provenir en grande partie des gestionnaires de la première ligne à la condition qu'ils soient mis à contribution.

ASSOCIATION DES JEUNES MÉDECINS DU QUÉBEC

PROBLÈMES	SOLUTIONS
Pénurie de médecins pour effectuer les activités médicales prioritaires. (urgence, obstétrique, hospitalisation, soins prolongés, soins à domicile, CLSC).	<ul style="list-style-type: none">- Partage de ces actes par tous les médecins.- Usage d'incitatifs.- Adapter la rémunération.- Améliorer le milieu de travail (le rendre plus hospitalier).- Augmenter le nombre d'infirmières et le personnel de soutien qui peut augmenter l'efficacité du travail médical.
Pauvre accessibilité aux évaluations médicales externes.	<ul style="list-style-type: none">- Augmenter le nombre de médecins.- Augmenter le nombre d'heures travaillées (avec prudence).- Adapter la rémunération.- Déplafonner la rémunération et enlever les quotas pour les médecins.- Créer un comité de surveillance ou engager un vérificateur indépendant pour s'assurer que les services rendus sont de bonne qualité et nécessaires.
Pauvre accessibilité aux examens paracliniques externes.	<ul style="list-style-type: none">- Augmenter le nombre de laboratoires radiologie subventionnés.
Délais et dédoublements des évaluations et des examens.	<ul style="list-style-type: none">- Carte à puce pour le patient qui informerait les médecins, des diagx, les médecins vus, les traitements et des examens passés.- Télé Médecine avec accès aux images radiologiques et les résultats.- Réseau intégré (Annexe 2).



Prise en charge ambulatoire déficiente.

- Augmenter le personnel des CLSC pour former des équipes multidisciplinaires pour la prise en charge des patients complexes.
- Créer des équipes multidisciplinaires dans les hôpitaux pour les patients ambulatoires nécessitant des services hospitaliers.
- Augmenter le maintien à domicile via CLSC.
- Usage d'INFO SANTÉ pour mieux orienter les patients (Annexe1).

Communication médecin patient, famille est déficiente.
Prise en charge des patients complexes est déficiente.

Un nouveau système de rémunération est proposé : «La rémunération flexible» : Le médecin choisira sur une base quotidienne ou semi-quotidienne le type de rémunération qui sera le plus adapté à la situation. Exemple :

- Rémunération à l'acte lorsque la productivité est importante (urgence, clinique sans rendez-vous).
 - Rémunération mixte : forfait quotidien plus pourcentage de l'acte lorsque le médecin fait de l'enseignement ou voit des patients plus complexes exemple : gériatrie.
 - Tarif horaire pour du travail administratif : réunions multidisciplinaires, appels téléphoniques, compléter des dossiers. (disponible en établissement seulement).
 - **Créer un comité de surveillance ou engager un vérificateur indépendant pour s'assurer que les services rendus sont de bonne qualité et nécessaires.**
-

Urgences débordées.

- Augmenter l'accessibilité aux médecins en externe.
- Augmenter l'accessibilité aux examens externes.
- Augmenter la rapidité des examens dans l'hôpital.
- Augmenter le nombre d'examens effectués et augmenter le nombre d'appareils et leurs heures de fonctionnement.
- Augmenter le nombre de personnel médical.
- Augmenter l'utilisation d'info santé.
- Augmenter la vitesse des transferts vers la réadaptation et les soins prolongés.

Pénurie d'effectifs médicaux en régions éloignées

- Augmenter l'admission en médecine.
- Jumelage hôpitaux urbains → éloignés.
- Liste de garde obligatoire pour **tous** les médecins en ville pour couvrir les régions (2 semaines/ an/ médecin).
- Augmenter l'échange entre les médecins de région avec les médecins en ville, garde par médecin de la région dans hôpital jumelé en ville 4 semaines/ an.
- Augmenter la rétention des médecins en région si entraide et enseignement via collègues de ville.
- **Créer, bonifier et augmenter le nombre des bourses contractuelles avec les étudiants et les médecins résidents pour la pratique dans une région en pénurie d'effectifs médicaux en médecine de famille et pour certaines spécialités. Le médecin qui bénéficiera de la bourse servira en retour une région en besoin pour 3 ans. Ces bourses permettront de fournir des médecins rapidement si elles sont disponibles dans les dernières années de formation. Ce système coûtera moins cher que d'augmenter le niveau de revenu de**



tous les médecins en régions sans cibler des besoins spécifiques de certaines régions.

- Utiliser incitatifs et non mesures punitives.
- Responsabilisation de **tous** les médecins face à leur devoir collectif de répondre aux besoins de la population.
- Accepter les médecins étrangers ayant satisfait les critères d'excellence établis par le Collège des médecins.

Peu d'emphase sur la santé et la promotion.

- Augmenter le financement en recherche en santé pour améliorer la qualité de vie en bonne santé.
- Créer un ministère de la santé, qui s'occuperait de la promotion de la santé et qui serait séparé du ministère actuel (qui s'occupe uniquement des maladies).
- Améliorer la formation médicale pour axer davantage sur la prévention et la cause des maladies plutôt que sur les traitements curatifs mais plus souvent palliatifs qui sont enseignés.

Structures bureaucratiques peu UTILES.

- Éliminer les régies régionales
- Éliminer les commissions médicales régionales et les départements régionaux de médecine générale.
- **Rémunération des hôpitaux et des CLSC selon les services rendus et non selon un budget global.**
- **Créer un comité de surveillance ou engager un vérificateur indépendant pour s'assurer que les services rendus sont de bonne qualité et nécessaires.**

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC

L'URGENCE D'AGIR POUR SAUVEGARDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Nous en sommes là : l'urgence d'agir est palpable et il nous faut relever le défi. Le processus de réflexion entamé est fondamental, mais ce qui importe avant tout, ce sont les actions qui seront entreprises par le gouvernement au terme de cette réflexion et les résultats concrets qui en découleront. Dans cet esprit, il est évident que nous devons déjà porter toute notre attention aux mesures d'implantation et aux politiques que pourront inspirer les travaux de la commission.

L'Association des médecins d'urgence du Québec considère que la réforme nécessaire pour sauvegarder notre système de santé doit impliquer les éléments suivants :

Un modèle d'organisation et de financement territorial :

- Une capitation territoriale sous autorité unique, qui nous semble répondre correctement aux préoccupations actuelles, où chaque territoire est responsable de mettre en place les soins de première et seconde ligne et de rendre disponible pour sa population des services spécialisés et surspécialisés de qualité.

Le développement d'une réelle culture de l'évaluation, comportant :

- Une évaluation réelle des réformes antérieures.
- Le développement systématique de l'évaluation, basée sur le développement d'indicateurs fiables et sur l'exploitation efficace de systèmes d'information, appliqué à tous les maillons du réseau, du médecin de première ligne jusqu'au Ministère.
- Une étude approfondie des coûts réels induits par les listes d'attente, et, le cas échéant, des mesures de correction majeures à cet égard.

Une nouvelle approche des liens entre les professionnels de la santé et le réseau :

- Un travail de fond sur l'organisation de la première ligne.
- Des ententes contractuelles entre les médecins et les établissements où ils oeuvrent, pouvant comprendre la rémunération par l'établissement, et clarifiant les devoirs et obligations de chaque partie de même que des définitions de tâches.
- Des ententes contractuelles similaires entre l'autorité territoriale et les cliniques privées.
- Un rôle central donné au médecin de famille dans la coordination des soins, notamment pour assumer l'ensemble des soins de première ligne.



- Un financement de la pratique qui prenne compte d'un principe de fidélisation.
- La mise en place de mesures favorisant largement les pratiques de groupe et la formation d'équipes multidisciplinaires, et l'accent sur le développement de programmes intégrés de soins.
- Le développement accéléré de modes de rémunération alternatifs.
- Une clarification des rôles des spécialistes, en mettant l'accent sur la seconde ligne et les soins spécialisés et non sur la première ligne.
- Le développement et la valorisation des spécialités médicales de base qui devraient se retrouver dans tous les établissements où ils sont requis.
- Le développement d'outils fiables de partage de l'information clinique.
- Un réinvestissement majeur dans la formation continue des professionnels, notamment les infirmières.

Une transformation des méthodes de financement :

- Financer tous les établissements en fonction des volumes et des résultats.
- Abolir le remboursement périodique des déficits des établissements.
- Réinvestir de façon ciblée les ressources en favorisant les stratégies les plus efficaces pour atteindre des objectifs clairs et mesurables.
- Une planification nationale des activités médicales spécialisées (au-delà des spécialités de base) et surspécialisées.
- Introduire par la capitation régionale un principe de compétitivité pour les activités médicales spécialisées et surspécialisées.
- Ouvrir la porte à un financement privé des activités médicales à basse valeur technologique, comme les soins à domicile.

Une amélioration de la gestion des établissements, visant à :

- Moderniser radicalement les pratiques de gestion dans les hôpitaux et mieux soutenir les professionnels en place.
- Permettre aux établissements d'augmenter le support clérical et en personnel non clinique de manière à concentrer les tâches des infirmières, des médecins et des autres professionnels dans leur expertise propre.
- Favoriser l'implantation de réels processus d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.
- Optimiser l'utilisation des ressources techniques des établissements, en élargissant les heures d'ouverture.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DES CLSC DU QUÉBEC

L'Association des médecins de CLSC du Québec considère important de prendre position dans l'actuelle consultation touchant plus particulièrement l'organisation des services de santé de première ligne. Notre association regroupe près de 1000 médecins de famille oeuvrant dans les 149 CLSC et Centres de santé du Québec. Nous représentons, au sein de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les intérêts de ces médecins et de ce que nous appelons « le projet médical en CLSC ». En effet, depuis plus de 25 ans, nous avons développé un projet de pratique médicale innovateur qui correspond, à notre point de vue, aux attentes et aux besoins de la population.

Le projet médical en CLSC

- Médecins de famille
- Prise en charge, continuité, accessibilité
- Responsabilité des patients face à leur propre santé
- Activités intégrées de prévention et de promotion de la santé
- Étroite collaboration avec les autres professionnels de l'établissement
- Façon de faire particulièrement adaptée aux clientèles lourdes ou vulnérables
- Organisation territoriale
- Articulation avec les autres composantes du réseau

C'est un projet qu'il nous faut développer davantage et qui doit rejoindre la pratique médicale en cabinet privé. Nous sommes convaincus qu'il nous faut garder, en première ligne, des médecins omnipraticiens polyvalents qui restent fidèles au modèle de pratique de médecine familiale. Nous croyons à la polyvalence et à la prise en charge avec un accent majeur sur la continuité des services et l'accessibilité. Nous croyons tout autant qu'il est important pour chaque médecin travaillant en première ligne, de participer à une ou plusieurs activités prioritaires.

Activités médicales particulières des médecins de CLSC

- Garde 24 heures sur 24 dans le réseau de garde intégré
- Maintien à domicile des personnes en grande perte d'autonomie et garde en disponibilité
- Réseaux d'accessibilité en horaires défavorables



- Santé mentale
- En deuxième ligne : urgences, hospitalisation, obstétrique
- Centres hospitaliers de longue durée

Le médecin de famille doit coordonner l'ensemble des services en première ligne. Tous les médecins de famille d'un territoire doivent avoir des liens, d'une façon ou d'une autre, avec le CLSC ou le Centre de santé. En effet, pour assurer le suivi d'une certaine clientèle, surtout celle souffrant de problèmes chroniques et vivant des pertes d'autonomie, il est indispensable de créer des liens forts entre les CLSC et tous les médecins de la communauté. Déjà, plusieurs médecins en cabinet privé travaillent aussi en CLSC avec un avis de nomination spécifique, à l'intérieur d'un programme prioritaire. Les ententes de services seraient une autre façon de renforcer le lien entre les médecins de la communauté et les ressources du CLSC. Ces initiatives doivent se multiplier. Elles correspondent à un besoin, elles représentent une forme de pratique que privilégie les nouveaux médecins de famille au Québec. Ceux-ci ne veulent plus se voir isolés dans une officine, mais veulent travailler à l'intérieur d'une équipe de médecins avec aussi d'autres professionnels de la santé.

La contribution du médecin de famille

- La prise en charge, le suivi de patients, la résolution des problèmes, comme activités prioritaires et majeures
- La prise en charge de la clientèle lourde : l'affaire de tous les médecins
- Rapprochement avec les autres professionnels et l'établissement de première ligne (CLSC)
- Polyvalence, aptitude à suivre son patient dans une variété de milieux

Une organisation territoriale : nous pensons que la définition d'un projet médical territorial devrait permettre d'améliorer la qualité des services. L'ensemble des médecins du territoire devrait être invité à participer à un tel projet, à partager les responsabilités et, la rémunération devrait en tenir compte.

Organisation territoriale médicale

- Unité fonctionnelle locale du DRMG
- Repose sur la première ligne
- Avec le soutien nécessaire, définit l'offre locale de services médicaux en tenant compte des ressources et des besoins locaux, et des balises provinciales

- Met à contribution tous les médecins pour les activités particulières qui en découlent
- Favorise la concertation et le réseautage entre les médecins en réponse aux besoins identifiés
- Identifie les besoins locaux en services de soutien, diagnostics, spécialisés
- En lien étroit avec le CLSC, centre de santé et autres établissements du territoire
- Les CLSC devront avoir les moyens de répondre à leurs mandats (soutien cléricale, personnel infirmier, services spécialisés)
- La fonction des CLSC en première ligne devra être préservée

Le besoin d'une planification centrale – cadre provincial

- Préciser la commande, l'offre de services visée, selon certains paramètres :
 - . équité dans la répartition des médecins, des ressources, des budgets
 - . responsabilités respectives des omnipraticiens et des spécialistes
 - . normes d'accessibilité aux services médicaux généraux, aux services diagnostics, et à l'éventail des services spécialisés
 - . attentes réalistes
 - . priorisation, choix
- Soutenir la première ligne, les médecins de famille et les DRMG
- Assurer l'accessibilité au financement et la continuité dans les orientations
- Évaluer

Mais ce dont nous avons besoin d'abord et avant tout : c'est un guide de gestion et d'organisation de services de première ligne.



ASSOCIATION DES MÉDECINS GÉRIATRES DU QUÉBEC

Une campagne positive de relation de la personne âgée à sa santé et au système de santé. Elle devrait toucher des aspects éducationnels de première importance face à la nécessité d'agir rapidement, d'évaluer et traiter certaines pathologies trop souvent considérées à tort comme secondaires au vieillissement autant par les aînés que les intervenants du réseau familial, social et de santé.

Une campagne positive de reconnaissance de la nécessité gériatrique faisant la promotion d'une culture institutionnelle gériatrique progressiste. Elle devrait cibler la recherche de l'autonomie, le droit aux soins et l'importance de la reconnaissance éclairée des causes et de leur traitement. Elle soulignera par contraste cette collaboration par un travail complété plutôt que la recherche immédiate de la compensation de la perte par une autre ressource (ex.: centre de réadaptation, CLSC).

Une collaboration avec le ministère de l'éducation et les instances universitaires et collégiales ainsi que les institutions de santé pour rendre obligatoire une formation gérontologique et gériatrique autant théorique que pratique. Une attention particulière devrait être portée à éviter l'isolement professionnel, aux contenus spécifiques et le déplacement de contenus devenus moins pertinents par ceux liés à la gériatrie.

Qu'à l'instar d'autres spécialités et groupes professionnels, la gériatrie soit considérée comme spécialité en pénurie et en priorité pour répondre aux besoins immédiats de la population âgée. La reconnaissance du plan d'effectif gériatrique devrait s'accompagner de l'annonce des postes protégés à l'échelle de la province. La modalité de rémunération appropriée aux interventions gériatriques doit être développée (ex.: reconnaître les interventions réseaux en support aux omnipraticiens) et le rattrapage des retards de revenus moyens face aux autres spécialistes doit s'accroître.

Que devienne obligatoire l'évaluation par une équipe gériatrique incluant un médecin avec expertise gériatrique, avant l'orientation vers des ressources d'hébergement ou de maintien intensif à domicile.

Que soit valorisé le développement d'équipes gériatriques incluant un médecin avec expertise gériatrique dans l'ensemble des milieux de courte durée. Ces équipes doivent disposer des professionnels et des outils nécessaires au dépistage, aux soins conjoints, incluant la réadaptation précoce et la liaison avec les autres ressources du réseau impliquées dans la continuité des soins.

Que soient valorisés l'intégration et le développement de corridors de services prioritaires et l'articulation des différents services complémentaires institutionnels. Dans les institutions ou régions plus petites, l'organisation de ces services autour des mêmes intervenants gériatriques serait probablement préférable.

Que soient valorisés l'intégration et le développement de corridors de services prioritaires et l'articulation des différents services complémentaires ambulatoires. Dans les institutions ou régions plus petites, l'organisation de ces services autour des mêmes intervenants gériatriques serait probablement préférable.

Que soient développées des structures de moyen séjour (convalescence) non médicalisé et soit valorisée l'implication du médecin omnipraticien assurant le suivi de ses patients. Des normes devraient être développées pour assurer la qualité de ces milieux.

Que soit explorée la possibilité de développer des bases d'intervention de 7 jours et/ou 24 heures pour bon nombre des structures de soins actuellement disponibles seulement aux jours et aux heures ouvrables.

Que soient faits les investissements nécessaires à la prestation de soins de qualité dans l'ensemble des services aux personnes âgées incluant les adaptations nécessaires du système hospitalier de courte durée.

Que les choix de services privatisés tiennent compte que les personnes âgées n'ont pas été préparées à ce désengagement de l'état, qu'elles n'ont pas de ressources d'assurance alternative. Les situations de «non soins» pouvant faire apparaître de nouveaux coûts difficiles à planifier.



ASSOCIATION DES MÉDECINS OPHTALMOLOGISTES DU QUÉBEC

La demande pour les soins oculovisuels connaîtra une augmentation importante au cours des prochaines années en raison de la démographie et de l'évolution technologique. Cette demande ajoutée aux particularités de l'organisation des soins oculovisuels expliquent pourquoi l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec a décidé de déposer un mémoire.

ORGANISATION DES SOINS

Suite à l'adoption récente de la Loi #87 octroyant aux optométristes le droit de prescrire certains médicaments thérapeutiques, l'organisation des soins oculovisuels de première ligne doit être revue. Il est essentiel d'intégrer en réseau la pratique des optométristes à celle des médecins omnipraticiens pour que les services de base ne se développent pas de façon indépendante et parallèle.

Au Québec, nous avons presque deux fois plus d'optométristes per capita qu'en Ontario. Cet important surplus entraînera, selon nous, une hausse des coûts pour les services oculovisuels de base. Il est donc essentiel, comme on l'a fait pour les médecins, de déterminer le nombre d'optométristes requis pour assurer les soins de base et de prendre les mesures appropriées pour atteindre ce nombre.

Il faut de plus supporter les intervenants de première ligne en organisant des corridors de référence vers les soins spécialisés. Il faut aussi définir clairement les conditions oculaires justifiant un transfert de façon à éviter les complications reliées au retard de prise en charge par le médecin ophtalmologiste.

Les soins oculovisuels spécialisés connaissent des problèmes d'accessibilité qui varient selon les régions. Bien qu'une vingtaine de médecins ophtalmologistes additionnels améliorerait la disponibilité des soins en région, l'insuffisance des budgets d'opération et la désuétude des plateaux techniques sont les principales raisons expliquant les listes d'attente.

La création de programmes pour supporter les besoins médicaux en région (par exemple le remplacement structuré) et des investissements majeurs au niveau des équipements et des budgets des établissements sont essentiels pour rendre les soins plus accessibles.

Puisqu'une partie importante de l'ophtalmologie se fait en cabinet, il est essentiel qu'on le reconnaisse comme un partenaire du réseau et qu'il soit impliqué activement dans l'organisation des soins oculovisuels.

Les soins oculovisuels sur-spécialisés doivent être la mission principale des centres tertiaires et des budgets spécifiques doivent leur être accordés puisque ces soins relèvent du niveau suprarégional.

FINANCEMENT

Il est évident que le système a souffert beaucoup des coupures des dernières années. Pour être performant et efficace, il faut moderniser les plateaux techniques et allouer aux établissements un budget suffisant pour leur permettre de fonctionner à l'année.

Bien que le financement doit demeurer public, il est évident selon nous que l'on devra évaluer de nouvelles façons pour le financer. Mais avant d'envisager une hausse d'impôts, il faut absolument diminuer l'importance et la lourdeur de l'appareil administratif.

Il nous apparaît cependant probable que des frais devront éventuellement être demandés aux patients, soit par un ticket modérateur et/ou soit des frais accessoires pour certains services.

Nous pensons que le secteur privé doit être plus impliqué dans la gestion et la fourniture de services médicaux assurés. Nous croyons également que le secteur des soins privés, payés par le patient, continuera à se développer à moins que l'on puisse assurer au public un accès raisonnablement rapide à des soins publics de qualité.

Nous espérons que nos commentaires, en s'ajoutant à tous les autres, aideront les membres de la commission à proposer de nouvelles orientations pour assurer la survie du régime public d'assurance-maladie du Québec.



ASSOCIATION DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC

PISTES DE SOLUTIONS

A- Maintenir les assises du financement actuel

Le gouvernement ne peut absolument pas utiliser le prétexte de sa capacité financière limitée ou d'un maximum atteint au niveau des impôts pour réduire, même si ce n'était que très partiellement, la part du financement public dans les coûts totaux du système de santé.

B- Créer un fonds de santé séparé

L'AOQ suggère la création d'un fonds de santé séparé. Ce fonds serait financé selon trois sources distinctes : un montant correspondant au transfert fédéral pour la santé, une prime assimilable à celle actuelle de l'assurance médicaments, avec les mêmes mécanismes de régularisation en fonction du revenu des individus devant correspondre à 20 % du coût annuel moyen projeté pour les cinq prochaines années et le reste devant assurer un financement stable, tel que projeté sur les dix prochaines années, versé à même les impôts et autres taxes perçus par le gouvernement du Québec.

C- Dissocier les responsabilités du MSSS touchant l'orientation, la planification et l'élaboration de politiques de celles portant sur la gestion du réseau de santé

L'AOQ suggère de clairement séparer la fonction orientation, planification, élaboration des politiques et évaluation du système de santé de la fonction gestion du réseau de santé. Pour ce faire, la ministre de la Santé et des Services sociaux conserverait les fonctions vitales touchant les grandes politiques et l'organisation du système de santé dans sa totalité; son ministère n'effectuerait plus la gestion du réseau de santé qui serait confiée à une nouvelle Régie qui assumerait toutes les fonctions opérationnelles touchant le réseau public de la santé. Bien sûr, cette nouvelle Régie serait sous la responsabilité directe de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

D- Utiliser en priorité des services de première ligne dans tous les services de santé

La nouvelle Régie de la gestion du réseau de santé doit mettre en place les outils requis pour éviter qu'un patient ne se perde dans le dédale du réseau de la santé.

Du point de vue optométrique, le gouvernement conséquent avec lui-même cherchera à bénéficier pleinement de la mesure qu'il a introduite au niveau de la thérapeutique oculaire, en permettant aux optométristes de jouer un rôle véritable de porte d'entrée des soins opculo-visuels dans son système de santé. L'intégration

des optométristes dans le réseau de la santé, par le biais des cabinets optométriques, des cabinets médicaux, des CLSC et des urgences d'hôpitaux, est non seulement souhaitable mais incontournable aux fins d'une efficacité accrue des services aux patients. L'orientation vers la première ligne des patients requérant des soins opculo-visuels, permettrait non seulement de rationaliser les investissements en santé opculaire, mais permettrait de dégager les ressources de médecins spécialistes afin de réduire les listes d'attente parmi les plus longues.

E- Extension du régime universel d'assurance médicaments à d'autres services de santé.

Essentiellement pour les mêmes raisons qui ont conduit à l'instauration d'un régime universel d'assurances médicaments, l'AOQ suggère que ce régime universel soit généralisé à tous les services offerts par les optométristes et, même si cela déborde le champ de pratique des optométristes par d'autres professionnels de la santé qui sont essentiels à la santé des Québécois.

F- Revoir toutes les politiques du gouvernement impliquant les autres ministères que le MSSS qui ont des impacts directs ou indirects sur le système de santé et instituer l'obligation que tous les mémoires présentés au Conseil des ministres soient préalablement analysés par le MSSS pour en évaluer les impacts sur le système de santé du Québec.

Ces mesures exceptionnelles s'avèrent nécessaires dans l'optique où le gouvernement entend sérieusement mettre le système de la santé au niveau d'une priorité nationale.

G- Amorcer un dialogue international afin de mieux encadrer l'industrie pharmaceutique et d'équipements médicaux dans une optique d'efficacité des systèmes de santé et de maintien des coûts à un niveau raisonnable.

Cette recommandation constitue, selon l'AOQ, une action qui sera déterminante sur le niveau des coûts du système de santé à moyen et à long terme. Puisque ces problèmes d'évolution des coûts des médicaments et des nouvelles technologies affectent tous les systèmes de santé de tous les pays, il apparaît hautement souhaitable que des efforts sérieux soient consacrés au niveau international pour trouver des solutions adéquates.

H- Mettre en place un processus indépendant d'évaluation de l'efficacité des médicaments.

Il y a une nécessité de mettre en place au niveau canadien, à l'aide de fonds fédéraux, un processus indépendant des compagnies pharmaceutiques d'évaluation de l'efficacité réelle des nouveaux médicaments avec, entre autres, l'optique d'en déterminer les impacts sur le système de santé.

I- Baliser les relations entre les professionnels et les gestionnaires de la santé, les compagnies pharmaceutiques et d'équipements médicaux et toutes



autres compagnies fournissant des produits requis pour dispenser les soins aux patients.

Le monde de la santé devrait être assujéti au même contrôle visant à s'assurer qu'aucun conflit d'intérêt, réel ou apparent, ne pourra survenir entre les divers intervenants impliqués dans le système de santé.

J- Étudier la mise sur pied d'un programme d'assistance visuelle auprès de la population des centres d'accueil, des hôpitaux de soins de longue durée et des personnes en perte d'autonomie à domicile.

L'AOQ croit qu'il est possible, avec les nouvelles technologies, de mettre sur pied un programme de dépistage et de diagnostic d'avant-garde auprès des personnes en perte d'autonomie se retrouvant dans les centres d'accueil et d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée et même celles à domicile.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

L'Association des pharmaciens des établissements de santé a tenté, dans les limites de l'expertise de ses membres, d'apporter un éclairage particulier aux membres de la commission Clair. La perspective que nous avons adoptée dans le mémoire est unique, en ce sens qu'elle amène des préoccupations qui, bien qu'elles puissent être partagées avec d'autres groupes, sont le résultat d'expériences vécues par un groupe de professionnels avec un champ de pratique spécialisé.

L'Association a pris position sur un certain nombre de questions principales, telles que l'organisation des services et les modalités de financement, mais beaucoup de nos réflexions portent sur l'enjeu stratégique que représente la bonne utilisation des médicaments et les soins pharmaceutiques pour notre système de santé. Au Canada, on consacre plus de ressources financières à l'achat des soins et services pharmaceutiques, qu'à l'achat des soins et services médicaux. En sus des dépenses directes de médicaments, il faut ajouter des dépenses indirectes importantes. En effet, les accidents liés à l'utilisation des médicaments sont fréquents et entraînent une morbidité, une mortalité et des coûts élevés. Ce serait donc une erreur importante d'évacuer cette question des discussions en cours.

Le choix d'un traitement pharmacologique relève des pratiques professionnelles individuelles. De ce fait, on ne régule pas l'utilisation des médicaments comme on régule un système de santé ou l'achat d'équipements de haute technologie. Les enjeux en présence ne relèvent pas, sauf exception (formulaire provincial et contrôle des prix), d'éléments macroscopiques. D'ailleurs, dans le passé, les gestes à portée macroscopique se sont montrés peu efficaces à minimiser les hausses générales de dépenses de médicaments. S'ils ont été efficaces, c'était fréquemment au détriment de l'accessibilité ou de la qualité des soins.

C'est donc vers des actions à portée microscopique qu'il faut se tourner; le savoir-faire du pharmacien d'établissement représente un apport stratégique reconnu dans ce domaine. Il est en mesure, compte tenu de ses connaissances uniques et de sa position stratégique au sein des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements, de s'assurer que les médicaments sont utilisés adéquatement. Il ne peut réaliser des miracles devant des augmentations du volume et de l'intensité des services; mais il peut s'assurer que les médicaments sont utilisés de manière coût/efficace chez les clientèles qui en reçoivent. La recherche de solutions économiques par le pharmacien tiendra évidemment compte de la qualité de soins qu'il veut éviter de compromettre. Cela, aucune action à portée macroscopique ne peut le garantir.



Plusieurs études canadiennes et américaines ont démontré les impacts positifs de la prestation des soins pharmaceutiques sur la santé des patients et ont permis de constater qu'il y avait des économies de système générées. Des études ont aussi démontré que la présence d'un pharmacien au sein d'une équipe de soins était de nature à réduire la fréquence des accidents liés aux médicaments.

L'incorporation du pharmacien d'établissement au sein des équipes interdisciplinaires est en voie d'être complétée dans plusieurs établissements au Québec. Une intensification du phénomène pourrait toutefois permettre d'achever un meilleur contrôle de l'utilisation et permettre d'améliorer la qualité des soins. Malheureusement, la grave pénurie de pharmaciens à laquelle on assiste actuellement est de nature à compromettre l'efficacité du pharmacien dans ce domaine; un chapitre complet de notre mémoire est d'ailleurs consacré au capital humain.

Nous sommes perplexes face au fait que le capital humain ne semble pas être une préoccupation spécifique dans le présent débat. Pourtant, les ressources humaines sont vitales et constituent le principal apport d'un système de santé. Elles représentent de surcroît, le plus gros poste budgétaire en santé. Il s'agit d'une raison suffisante pour en être préoccupé.

Le capital humain du système de santé a été mis à rude épreuve au cours des dernières années. Faute d'investissement au bon moment et en raison de mauvais choix au mauvais moment, bref d'une mauvaise planification, on a amputé le réseau d'une partie de son capital humain actuel et futur. Nous sommes aujourd'hui face à une pénurie importante de main-d'œuvre spécialisée. Qui plus est, le réseau de la santé se trouve confronté à un personnel démoralisé.

Le ministère de la santé et des services sociaux a récemment mis sur pied des groupes de planification de main-d'œuvre. Un de ces groupes s'intéresse à la problématique de l'effectif des pharmaciens. La conclusion unanime des participants à ce groupe est qu'il manque actuellement une centaine de pharmaciens dans le réseau (sur un effectif total d'environ 1000 individus) et que le rythme de la croissance des besoins de main-d'œuvre dépasse largement la capacité du réseau et des universités à former de nouveaux pharmaciens d'établissements.

Vis-à-vis l'ampleur des problèmes de main-d'œuvre, non seulement en pharmacie, mais dans tous les secteurs d'emplois spécialisés, nous doutons de la capacité de tels groupes à modifier l'état de situation. Ces groupes souffrent de lenteurs bureaucratiques. Les porteurs de dossier ne disposent que de peu de ressources et ont les mains liées par des mandats qui ne leur permettent pas de consentir le financement, souvent nécessaire à la résolution des problèmes diagnostiqués par les groupes de travail.

Afin de s'assurer de régler énergiquement les problèmes de main-d'œuvre, il faudrait que tous les intervenants concernés, plus particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux, expriment une volonté prépondérante d'apporter des solutions concrètes, mais surtout durables aux problèmes rencontrés avec le capital humain de notre système.

Finalement, les soins et services pharmaceutiques ont été un précieux laboratoire d'expérimentation, notamment quant à la « désassurance » des services et à la contribution des usagers. Des expériences passées nous ont fourni une information précieuse et utile qui pourra éclairer les décisions qui seront prises pour l'avenir. Dans notre domaine d'activités, plusieurs expériences de « désassurance » ont conduit à des effets pervers sur l'accessibilité aux services pharmaceutiques et ont même produit des effets contre-productifs menant à une hausse des coûts.

Un chapitre du mémoire est consacré à la nécessaire collaboration interdisciplinaire et à ses barrières légales. Avec le temps, les tâches des professionnels ont évolué pour provoquer un amenuisement entre les frontières des champs d'exercice des professions; l'encadrement légal des pratiques professionnelles n'a pas suivi. Dans ce contexte, certains professionnels hésitent à travailler en interdisciplinarité de crainte de voir leur responsabilité mise en péril. D'autres posent des actes qui vont au-delà de ce qui est probablement permis par les lois, les plongeant d'un seul élan dans une situation périlleuse en cas de poursuite. Au-delà du fait qu'il est primordial de s'attarder au mode d'organisation des services, il faut donc, nous le croyons, porter un œil attentif au mode de fonctionnement des professionnels. Il faut ajuster le cadre légal des pratiques pour faire en sorte que, malgré les changements vécus, on s'assure à la fois de protéger le public tout en éliminant les barrières à l'innovation



ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN MÉDECINE INTERNE DU QUÉBEC

Réforme des soins spécialisés au Québec

1- INTRODUCTION

Dans ce document, nous allons vous démontrer que le problème des soins médicaux spécialisés au Québec en est un de mauvaise distribution et utilisation des ressources spécialisées. Nous sommes convaincus qu'il est possible de combler de façon beaucoup plus adéquate les besoins en services de santé de la population avec les effectifs actuels. Pour ce faire, les mêmes effectifs doivent être distribués vers des spécialités de base polyvalentes comme la médecine interne, plutôt que ses sous-spécialités.

2- QU'EST-CE QU'UN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE ?

L'interniste général est le « spécialiste » de la médecine adulte qui par sa formation peut diagnostiquer et traiter un grand nombre de pathologies touchant plusieurs organes. L'originalité de l'interniste est sa polyvalence qui lui permet d'avoir une vision globale d'un malade aux prises avec plusieurs symptômes ou signes.

Plutôt que de limiter ses connaissances à un domaine restreint de la médecine, la démarche de l'interniste repose sur l'intégration des divers problèmes de santé et une vision globale du patient. L'interniste est donc un spécialiste polyvalent, aux mille ressources, impliqué tant dans les soins aux malades que dans l'enseignement et la recherche.

3- CONCEPT DE HIÉRARCHISATION DES SOINS SPÉCIALISÉS

Depuis quelques années, nous entendons beaucoup parler de hiérarchisation des soins en faisant référence aux soins primaires et aux relations entre les médecins de famille et les spécialistes.

Nous croyons qu'il est temps de regarder la dispensation des soins spécialisés au Québec et la place des internistes dans ceux-ci. L'expertise de l'interniste lui permet de diagnostiquer et traiter un large éventail de problèmes médicaux et d'offrir ainsi un service de 2^{ème} ligne efficace et efficient. Ceci implique la maîtrise de techniques diagnostiques et thérapeutiques lui permettant de remplir pleinement son rôle. Lorsqu'un patient présente une condition plus complexe ou nécessite l'utilisation de techniques plus sophistiquées, l'expertise d'un autre spécialiste devient alors nécessaire et souhaitable.

Un tel modèle possède selon nous, plusieurs avantages et nous en parlerons dans la section suivante.

4- AVANTAGES ET FORCES DE L'INTERNISTE GÉNÉRAL

Le recours à l'interniste comme spécialiste de 2^{ème} ligne permet de diminuer la fragmentation des soins et offre au patient de voir un spécialiste qui pourra le conseiller sur plusieurs de ses problèmes médicaux (ex : le diabétique hypertendu coronarien) plutôt que de nombreux spécialistes avec une vision segmentaire du patient.

Un tel modèle permet de favoriser l'accès au spécialiste tertiaire puisque celui-ci ne verra que les patients nécessitant son expertise et aura plus de temps disponible à ceux-ci.

Nous croyons aussi que les coûts liés à la dispensation des services diminueraient par rapport à un modèle de plusieurs intervenants auprès du patient.

5- MODÈLES DE FONCTIONNEMENT

Nous croyons que chaque hôpital de soins aigus au Québec devrait bénéficier d'un ou plusieurs internistes. Dans ces hôpitaux, ceux-ci seraient les principaux consultants auprès des médecins de famille et des équipes chirurgicales. À eux se grefferaient des spécialistes soit sur place, soit itinérant ou soit travaillant dans un autre hôpital de la région.

Pour qu'un tel modèle fonctionne, il est important que l'équipe d'internistes en place ait accès aux techniques diagnostiques et thérapeutiques les plus fréquenter. (ex. échocardiographique, tapis roulant, techniques d'endoscopie). Sur ce point, il est extrêmement important que les universités et les directeurs de programme s'assurent que les résidents puissent avoir accès à ces techniques qui sont souvent enseignées par d'autres spécialistes.

On peut donc concevoir que dans une région ayant 5 ou 6 hôpitaux des internistes travaillent dans chacun d'eux et qu'un hôpital régional plus important puisse offrir des soins plus spécialisés avec une équipe d'autres spécialistes travaillant en commun avec les centres de la région. À notre sens, un tel modèle de fonctionnement permet une dispensation efficace des soins spécialisés et une utilisation plus appropriée de l'ensemble des spécialistes médicaux.

Dans les centres universitaires où de nombreuses spécialités et surspécialités sont présentes, l'interniste joue un grand rôle dans l'enseignement aux étudiants, la recherche clinique et fondamentale et dans les soins à la clientèle lourde et aux pathologies multiples. Le virage ambulatoire bouleverse les manières traditionnelles de dispenser les soins et l'enseignement. Dans les unités de soins ambulatoires, la polyvalence de l'interniste est là aussi un atout.

6- CONCLUSION

Selon nous, l'organisation des soins spécialisés devrait être repensée avec une vision régionale et en approfondissant le concept de hiérarchisation des soins spécialisés. Nous croyons que les internistes, spécialistes polyvalents, ont la



compétence et l'expertise nécessaire pour offrir une vaste gamme de soins spécialisés de 2^{ème} ligne. Les modèles que nous proposons sont déjà en place dans certaines régions et leur développement est souhaitable sur une grande échelle.

Afin de nous permettre de jouer pleinement notre rôle de consultant de 2^{ème} ligne, plusieurs éléments sont nécessaires. Les universités et les directeurs de programme doivent s'assurer que l'apprentissage de techniques diagnostiques et thérapeutiques soit offert aux résidents en formation. Les régies régionales et les hôpitaux doivent réaliser le rôle que nous pouvons jouer et avoir des plans d'effectifs en conséquence

Nous avons discuté d'un modèle que nous croyons original qui pourrait être purement québécois et éventuellement pourrait même être exportable ailleurs. Nous proposons de développer un modèle qui nous est propre et qui permettrait :

- 1- l'accessibilité améliorée par une plus grande efficacité dans l'offre de services aux patients avec moins de visites, moins de prises de rendez-vous et moins de pertes de journées de travail;
- 2- d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et l'intégration de l'offre des services;
- 3- favoriserait l'accès aux spécialités offrant des services de niveau tertiaire;
- 4- permettrait d'assurer une meilleure stabilité et une plus grande continuité dans la dispensation des services médicaux.

Il est possible d'innover et de se démarquer du modèle traditionnel américain ou canadien.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE DU QUÉBEC

L'AIUQ s'inspire de l'expérience quotidienne de ses professionnelles, ainsi que des faits vécus par les patients et leurs familles, pour proposer les pistes de solutions présentées à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

- 1- Établir des mandats clairs concernant le rôle des urgences d'hôpitaux en définissant plus précisément le rôle de filet de sécurité sanitaire.
- 2- Élargir les heures d'ouverture des services parallèles tel que CLSC, clinique médicale et bureau de médecins afin d'aider à réduire en partie le temps d'attente exagéré en salle d'urgence.
- 3- Offrir une solution à court terme et temporaire afin d'alléger le problème actuel du temps d'attente exagéré aux urgences (accessibilité aux soins) en rémunérant une équipe par établissement, médico-nursing à la fois dépanneur et volontaire. Cette équipe donnerait un coup de main ponctuel aux équipes déjà en place mais débordées par une demande trop grande.
- 4- Reconnaître l'urgence comme étant une spécialité, le triage comme étant une sur-spécialité et accorder les primes salariales et /ou avantages sociaux qui les accompagnent.
- 5- Favoriser et soutenir la formation continue aux infirmières afin qu'elles maintiennent et augmentent leurs compétences.
- 6- Augmenter l'accessibilité aux soins en permettant aux infirmières de poser leur diagnostic, d'initier des traitements et de donner congé pour certains problèmes courants de santé.
- 7- S'assurer qu'il y est toujours un médecin de garde dans les CHSLD capable de se déplacer 24 hres/24 hres pour aller examiner le bénéficiaire et faire débiter les traitements au CHSLD.
- 8- S'assurer que le personnel infirmier des CHSLD soit suffisant pour être en mesure d'offrir des soins supplémentaires qui viennent de se rajouter à une liste de soins déjà longue.
- 9- Offrir si nécessaire au personnel infirmier des CHSLD une formation continue qui répondrait à leurs besoins.
- 10- Donner aux étudiants du 2^o cycle primaire et du secondaire une formation adaptée en secourisme, réanimation cardio-respiratoire et soins de base, afin de procurer à ces jeunes des notions qui leur seront utiles toute leur vie.
- 11- Instaurer un processus de constat de décès à domicile.



- 12- Sensibiliser la population à l'importance d'une réflexion sur des sujets tels que : Testament biologique, dons d'organes et d'yeux.
- 13- S'assurer que les CHSLD discute avec le bénéficiaire et sa famille de leur position par rapport au niveau d'interventions médicales.
- 14- Accorder un poste d'infirmière par centre hospitalier et/ou par région ou la fonction de cette dernière serait :
 - De sensibiliser et/ou former le personnel médico-nursing et les autres intervenants concernant les dons d'organes et d'yeux.
 - Identifier rapidement les donneurs potentiels, approcher et supporter les familles.
- 15- Se demander s'il y a lieu de diriger les « très grand habitués » des urgences vers d'autres ressources du réseau.
- 16- Prendre soin au mieux de ceux et celles qui prennent soin.

Bonne Santé!

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES TECHNOLOGISTES MÉDICAUX DU QUÉBEC

L'APTMQ représente plus de 85% des technologistes et diplômés en technologie qui oeuvrent dans les laboratoires de biologie médicale du réseau de la santé du Québec. Ce faisant, elle regroupe plus de 4 200 membres travaillant dans environ 120 établissements de santé répartis sur l'ensemble du territoire québécois.

FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ :

Tous s'entendent pour dire que le coût des services de santé augmentera de façon significative dans un proche avenir. La découverte de nouveaux traitements et l'évolution des techniques médicales sont évidemment des facteurs qui sont susceptibles d'allonger de façon significative l'espérance de vie et, par le fait même, d'amener à un accroissement des besoins en soins de santé. Comme nous l'avons maintes fois répété, indépendamment du fait que l'État choisisse d'assumer entièrement ou partiellement les coûts liés à la santé, une réalité demeure : le citoyen, lui, aura toujours à défrayer la totalité des coûts. Que les services soient dispensés par le secteur public ou privé, celui-ci devra assumer seul ce que l'État ne couvrira pas tout en participant par ses impôts au financement des services publics de santé.

Dans la perspective où l'on privilégie le maintien des objectifs fondamentaux du système public, une seule conclusion s'impose : l'augmentation prévisible des coûts des services de santé doit être absorbée par le régime public. Il s'agit du choix le plus rentable pour le citoyen.

Évidemment, l'APTMQ est d'avis que tous les moyens doivent être mis en oeuvre pour assurer une production des services au meilleur coût. Cependant cette recherche de solutions ne doit pas servir de prétexte pour mettre de l'avant des avenues qui, en apparence inoffensives, conduiraient à moyen terme à un effritement des bases du système actuel et ce sans pour autant garantir une diminution des coûts globaux des services de santé pour le citoyen.

OPTIONS :

Dans l'énumération des options de financement possibles faites par la Commission dans son Guide d'animation, celle-ci catalogue les services de laboratoire au rang des services de support et de soutien. Qu'il nous soit permis de souligner à la Commission qu'il est maintenant reconnu depuis plusieurs années que les services de laboratoire biomédicaux font partie, en vertu de la législation applicable, des services assurés et par conséquent se trouvent assujettis aux cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé* et ce, du fait



que l'analyse de laboratoire se trouve au coeur de la démarche diagnostique et thérapeutique.

La Commission comprendra l'étonnement de l'APTMQ de voir le secteur des laboratoires qualifié de « *secteur de services de support et de soutien* » alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux a depuis 1992 reconnu cet état de fait. Cette précision étant apportée, la Commission doit comprendre que d'envisager la sous-traitance des laboratoires c'est accepter la sous-traitance d'un service médical.

Compte tenu des données disponibles découlant des expériences tentées dans les autres provinces canadiennes et ce, plus particulièrement en ce qui a trait aux services de laboratoire, l'APTMQ demeure hautement convaincue qu'une telle approche aurait pour effet assuré d'augmenter les sommes attribuées à ce service et ce, sans en rehausser la qualité.

L'opinion de l'APTMQ sur la participation du secteur privé aux activités de santé ne découle pas d'une idéologie spécifique voulant exclure à tout prix le secteur privé du secteur des soins de santé. Bien au contraire, c'est l'expérience vécue concrètement et la démonstration qu'a pu faire le secteur privé des effets de sa participation dans l'octroi des services de santé qui motivent l'APTMQ à mettre en garde sérieusement la Commission au sujet d'une approche qui n'a pas su faire la preuve d'une quelconque possibilité d'économies dans l'octroi des services de santé.

ORGANISATION DES SERVICES :

L'APTMQ est d'opinion que la réforme doit, avant toute autre chose, être consolidée sinon complétée. À titre d'exemple, les CLSC sont-ils aujourd'hui en moyen d'assurer le rôle qui leur était destiné dans le cadre du virage ambulatoire alors qu'ils devaient en être la pierre angulaire?

Les problèmes que connaît actuellement le réseau de la santé ne découlent-ils pas tout simplement des coupures budgétaires sévères qui ont eu sans contredit pour effet de nuire considérablement à l'ensemble du processus de la réforme. Le diagnostic apparaît pourtant simple : le système est aujourd'hui victime d'un sous-financement.

À plus long terme, le coût global du système de santé demeure cependant une préoccupation de premier niveau. Le contribuable québécois se trouve face à une réalité immuable : les coûts reliés à la santé, qu'ils soient d'origine publique ou privée, augmenteront dans l'avenir car le bassin des besoins lié à la capacité scientifique d'y répondre ne cesseront de progresser.

C'est à juste titre que la présente Commission considère que le citoyen désire conserver

les principes qui gouvernent son système de santé lorsqu'elle affirme que toutes les avenues sont sur la table sauf celle de créer un système mixte ou couramment appelé « système à deux vitesses ». Chacune des solutions proposées doit donc rencontrer les critères suivants :

- démontrer clairement une perspective de rentabilité;
- ne pas donner ouverture à une médecine à deux paliers.

En conséquence, c'est à partir de ces deux critères précis que la Commission doit évaluer à la pièce les solutions proposées.

En ce qui concerne plus précisément le réseau des laboratoires de biologie médicale, la mise en place du plan Rochon sur l'accessibilité et l'efficacité des laboratoires en juin 1995 a permis de revoir certaines façons de procéder tant en ce qui a trait à l'accessibilité prévalant alors dans les laboratoires qu'à l'organisation même du travail. Bien qu'actuellement les travaux se poursuivent, les données disponibles quant au coût global des analyses de laboratoire pour l'ensemble du réseau nous révèlent une diminution significative plaçant le réseau québécois parmi les provinces affichant les coûts les moins élevés et ce, largement devant l'Ontario et la Colombie-Britannique qui elles, montrent une performance allant presque jusqu'au double du coût moyen par habitant du Québec.

L'objectif recherché ici par l'APTMQ n'est pas de convaincre la Commission qu'il n'existe aucune façon de diminuer les coûts tant des services de laboratoires que de l'ensemble du système. Cependant, elle désire attirer son attention sur le fait que depuis plusieurs années, des intervenants sérieux, ayant une connaissance approfondie de ce secteur d'activité, ont travaillé et travaillent toujours à l'amélioration de son rendement dans le respect de la conservation de la qualité des services. Il y a et il y aura toujours, on le comprend, une limite à cette capacité d'augmenter le ratio quantité/qualité/prix.

De l'avis de l'APTMQ, les orientations qui doivent être privilégiées dans le secteur des laboratoires sont les suivantes:

- **Continuer et consolider le processus de réorganisation en cours ;**
- **Exploiter le parc technologique existant ;**
- **L'utilisation optimale des ressources humaines.**

CONCLUSION :

Comme nous le soulignons récemment à la ministre Marois, si l'objectif réel du gouvernement est de maintenir l'intégralité du système public en matière de soins de santé, il ne fait aucun doute que le réseau public est pleinement en mesure de répondre aux besoins de la population et ce, indépendamment du fait que ces besoins soient en constante évolution.



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES (AQPP)

En tant que citoyens, les pharmaciens propriétaires du Québec sont préoccupés par l'ensemble des sujets d'étude de la Commission. Mais l'AQPP est d'avis que sa contribution aux travaux de la Commission sera productive si son intervention se limite aux questions où l'activité professionnelle de ses membres lui fournit une perspective originale.

Le médicament : une technologie productive

La place du médicament est croissante dans l'ensemble des dépenses de santé parce qu'il constitue une technologie productive, coût-efficace, qui affiche un rythme d'innovation élevé. Il est reconnu que les dépenses en médicaments permettent des économies ailleurs dans le système de santé, notamment en frais d'hospitalisation. Par ailleurs, le médicament est une technologie flexible et conviviale, qui se rend vers les patients plutôt que l'inverse. Grâce à cette convivialité, et grâce à l'étendue et au dynamisme du réseau québécois de pharmacies communautaires, le médicament se démarque de la plupart des autres technologies de la santé en ce qu'il est accessible dans toutes les régions, même les plus éloignées.

L'apport important des pharmaciens

Il existe toutefois une mauvaise utilisation des médicaments qui, en plus d'entraîner des conséquences dangereuses pour la santé des Québécois, a des répercussions économiques importantes sur notre système de santé. Ainsi, plutôt que de se concentrer principalement sur la simple minimisation des coûts du médicament, une véritable stratégie de rationalisation des dépenses publiques de santé doit d'abord faire porter ses efforts vers la minimisation de la mauvaise utilisation des médicaments.

Professionnel de la santé spécialiste du médicament, le pharmacien travaille quotidiennement à favoriser la bonne utilisation des médicaments, ce qui a un effet direct sur la santé des patients et génère des économies pour le système de santé. L'AQPP croit toutefois que la mise en place de nouveaux outils pourrait permettre au pharmacien d'accomplir cette tâche avec plus d'efficacité.

L'organisation des services de santé

L'AQPP est d'avis qu'il faut décloisonner la gestion de la santé pour favoriser un usage optimal des ressources. Ce décloisonnement doit être effectué à un niveau opérationnel.

Nous croyons que la création d'un dossier patient informatisé et la mise sur pied d'un réseau informatique reliant les professionnels de la santé et les différents points de services sont essentielles à une réelle continuité des soins. À cette fin, les pharmacies communautaires devront être partie intégrante de ce réseau informatique.

D'autres services novateurs devront être conçus. Toutefois, en matière de services professionnels, cette capacité est limitée par les lois en place. Il serait opportun qu'à l'occasion d'une éventuelle révision des lois professionnelles, que le législateur prévoise un mécanisme permettant des projets pilotes en pharmacie communautaire, par exemple de permettre aux pharmaciens de pouvoir prescrire dans des cas de santé publique particuliers.

Le financement des services de santé

L'AQPP est d'avis qu'un mécanisme formel de décision devrait être mis sur pied pour analyser et faire des recommandations en matière de choix de couverture ou d'exclusion de services de santé. L'AQPP note que l'assurance médicaments d'État comporte de tels mécanismes depuis longtemps et attire l'attention de la Commission sur les travaux du Comité Doucet concernant le processus de décision pour la couverture des médicaments, dont les recommandations pourraient être adaptées à une problématique similaire concernant l'ensemble des services de santé.

L'AQPP est d'avis que la création d'un fonds intégré des services de santé, responsable de payer la portion publique des services professionnels, de l'hospitalisation et des médicaments, constitue un corollaire du découplage de la gestion de ces services. Seule une gestion financière intégrée à l'échelle québécoise permet de faire une allocation optimale des ressources.

S'appuyant sur l'expérience de l'assurance médicaments, l'AQPP incite le gouvernement du Québec à la prudence dans le recours aux contributions des usagers comme mode de financement des services et ce, à cause des effets pervers possibles quant à l'accessibilité des services.

L'AQPP note enfin que l'expérience de l'assurance médicaments a démontré que les secteurs privé et public peuvent cohabiter avantageusement dans un régime mixte «à une vitesse».



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PSYCHOLOGUES EN CLSC

LES SERVICES PSYCHOLOGIQUES : UNE SOLUTION À LA HAUSSE DES COÛTS MÉDICAUX.

Notre conviction est à l'effet que la meilleure façon pour un pays ou une province de réduire de façon drastique les coûts de santé est de faire en sorte que sa population soit en santé, et d'offrir des services qui favorisent le maintien de la santé. À ce chapitre, des recherches internationales démontrent que **les services psychologiques contribuent au maintien de la santé, et qu'à ce titre, ils s'avèrent hautement rentables pour le système de soins.**

La psychologie constitue l'une des rares influences marquantes sur la santé et le bien-être de la population (Kat, 1989). Cette influence est à ce point sans équivoque qu'elle justifie que la psychologie clinique soit intégrée aux services publics, dû au fait que tout le monde a droit à la santé. Nous faisons allusion au fait que bon nombre de personnes souffrant de détresse psychologique n'auront jamais la possibilité d'accéder aux cabinets privés des psychologues.

À l'heure où le Québec se préoccupe des coûts reliés à son système de santé, il nous faut sensibiliser les décideurs aux **économies substantielles que les services psychologiques font réaliser au système de santé.** Tous les pays qui se sont penchés sur les systèmes de soins en arrivent à la conclusion suivante: il faut réduire le recours à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation et s'orienter vers des ressources plus légères et l'amélioration de la qualité de vie.

Rentabilité des services psychologiques : réduction majeure de l'utilisation des services médicaux.

Les recherches démontrent que les personnes en détresse émotive sont des hauts usagers des services médicaux. « **Les personnes éprouvant des difficultés psychologiques utilisent plus souvent les soins médicaux que les autres patients et génèrent des coûts jusqu'à 100% plus élevés** » (Poirier et Rochon-Goyer, 1990, L'efficacité et la rentabilité des services psychologiques de santé. *Psychologie Québec*, Vol 7, No 6, Nov., 8- 9.).

60% des visites aux médecins tiennent à des problèmes d'ordre émotif et non à des troubles physiques: elles sont effectuées par des patients qui somatisent le stress ou qui ont des désordres reliés au comportement. Plusieurs dizaines de millions de dollars sont annuellement engloutis dans les médicaments du système nerveux central. «

La polymédication augmente de 50% en cinq ans, passant de 10% en 1987 à 15% en 1993 » (Enquête Santé Québec 1995). Dans le monde du travail, les problèmes d'ordre psychologique entraînent **60% de l'absentéisme et 80% à 90% des accidents industriels. De plus, 65% à 80% des travailleurs sont congédiés pour des problèmes personnels plutôt que pour des raisons d'incompétence.**

Or, selon Poirier et Rochon-Goyer (1990) la preuve scientifique a été faite que **l'usage de services médicaux diminue de façon drastique chez les patients qui reçoivent des services d'intervention psychologique et que ce déclin demeure constant durant au moins 5 ans après la fin de ces dits services.** L'intervention psychologique même à court terme est fort rentable puisqu'elle **contribue à réduire de 50% l'utilisation des services médicaux** tels les visites aux urgences ou aux cabinets de médecins sans compter la diminution des symptômes médicaux.

Selon une récente recherche effectuée par le U.S. Public Health Service et le Carter Center, la vaste majorité des causes majeures de maladie de même que 50% de tous les décès sont en partie déterminés par le comportement et ainsi, sont influencées par des facteurs sur lesquels les gens ont un certain contrôle. Une grande partie de l'industrie médicale reconnaît maintenant les effets causaux et contributifs du comportement sur la santé physique. Des problèmes tels la toxicomanie, les désordres de l'alimentation, l'usage du tabac, les comportements sexuels à risque et la conduite dangereuse sont clairement comportementaux et ont des conséquences médicales potentielles très évidentes. L'habileté des psychologues à intervenir de façon à prévenir des conséquences aussi sévères sera hautement appréciée par les (institutions) préoccupées des coûts et par l'ensemble des professionnels préoccupés par le soin global et le bien-être de leurs patients.

Selon Blais (1990), chercheur au Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, « Plusieurs études ont révélé que la dispensation de services psychologiques pouvait améliorer l'efficacité des soins médicaux et réduire les dépenses totales de santé. ...ce n'est pas la dispensation de services de psychothérapie qui peut ruiner un système de santé. Au contraire, l'absence de services psychologiques appropriés peut conduire ce système à la faillite. » L'auteur affirme « qu'il est possible de contrôler les dépenses de santé tout en utilisant des services mieux adaptés aux besoins de la population. »

Jones et Vischi (1979) ont repéré 12 recherches qui indiquent une baisse d'utilisation des services médicaux suite à une intervention psychologique: réduction qui va jusqu'à 68% pour les soins hospitaliers internes. Des recherches ont démontré que les soins psychologiques peuvent contribuer à la prévention de maladies physiques, comme les maladies cardiaques, les attaques d'apoplexie et les troubles respiratoires.



Une étude réalisée auprès de sujets fréquemment hospitalisés en milieu psychiatrique démontrait sur une période de 8 ans une réduction progressive d'utilisation des services médicaux externes chez ceux ayant fait une psychothérapie. D'autres chercheurs ont observé une **réduction des coûts psychiatriques internes de 45%** (Jameson et Al, 1978). **Une baisse de 62% des visites externes et de 68% des hospitalisations** est observée par Jones et Vischi (1979), ce 5 ans après une psychothérapie. De plus, plusieurs usagers demandent à ce qu'on leur fournisse une **alternative à la médication** comme dans le cas de troubles dépressifs ou anxieux. Avec l'aide du psychologue, ces gens peuvent améliorer significativement leur état tout en se sentant davantage en pouvoir sur ce qui leur arrive, en expérimentant des techniques où ils peuvent contrôler eux-mêmes leurs symptômes et améliorer leur qualité de vie.

En conclusion,

« L'application de la psychologie aux dimensions comportementales et psychosociales s'avère parmi les rares influences marquantes sur la santé et le bien-être de la population. » (Kat 1989)

BIBLIOGRAPHIE

Blais, R. (1990). Contrôler les dépenses de santé et offrir des services plus appropriés, est-ce possible? *Le Journal d'économie médicale*, Tome 8, No 4.

Jameson, J., et al. (1978). The effects of outpatient psychiatric utilization on the costs of providing third party coverage. *Medical Care*, 1978, 16, 383-399.

Jones, K.R. et Vischi, R.T. Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization: A review of the literature. *Medical Care*, 1979, 17, December Supplement.

Kat, B. (1989). *Sharing skills and care*, Psychotherapy for clinical psychology. Special report on the major review of the profession commissioned for the Manpower Planning Advisory Group. Bulletin of the British Psychological Society, *The Psychologist*, Vol 2 no 10, Oct. 1989, p. 434.

Poirier, M. et Rochon-Goyer, L. (1990). L'efficacité et la rentabilité des services psychologiques de santé. *Psychologie Québec*, Vol 7, No 6, Nov., 8- 9.

CENTRALE DES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Centrale des professionnelles et professionnels de la santé qui représente plus de 9000 membres à travers le Québec tient à réaffirmer son choix pour un système de santé et de services sociaux public, universel et accessible sur l'ensemble du territoire québécois. Dans ce contexte, elle s'oppose fermement à l'implantation d'un système de santé à deux vitesses.

La CPS juge pertinent de maintenir une organisation territoriale des services sous autorité unique assujettie à un mode de représentation et contrainte à une forme d'imputabilité. Une réelle délégation de pouvoirs et de responsabilités au profit des régies régionales doit être envisagée, de même la nécessité de baliser l'autonomie des établissements de façon à mieux coordonner l'offre de services de manière la plus optimale possible sur le territoire. Par contre, la CPS est d'avis qu'on devrait réduire le nombre des régies régionales.

La CPS croit qu'il faut parachever le réseau des CLSC, équiper ceux-ci de plateaux techniques au niveau des services de base tels la radiologie et la plupart des examens diagnostiques de première ligne, prolonger leurs heures d'ouverture de sorte à davantage répondre aux besoins de la population et s'assurer de la présence de médecins au sein des équipes multidisciplinaires. Pour ce faire, il doit y avoir une intégration des cabinets privés de médecin à la structure des CLSC et la rémunération à l'acte doit être revue.

Selon la CPS, l'organisation des services doit pouvoir coller aux besoins de la population, tant les besoins actuels que les besoins prévisibles à plus ou moins long terme. Pour ce faire, l'organisation des services doit faire preuve de souplesse répondant ainsi mieux aux réalités régionales et locales. Le réseau public de la santé et des services sociaux doit être consolidé de manière à rehausser le niveau d'accessibilité. Et cette accessibilité passe inévitablement par l'ajout de ressources humaines et financières au niveau des services de base.

Pour atteindre les objectifs du virage ambulatoire, les services de réadaptation physique ont été mis à contribution. La prise en charge des patients hospitalisés par les services de physiothérapie et d'ergothérapie a permis le recouvrement rapide d'une bonne qualité de vie et l'intégration à la vie active. Le raisonnement qui s'est appliqué pour la clientèle hospitalisée devrait pouvoir aussi s'appliquer pour la population en général. Ainsi, la physiothérapie et l'ergothérapie devraient être considérées comme des outils efficaces de prévention visant à réduire la détérioration des problèmes de santé et l'utilisation de services plus onéreux. Pour la CPS, les services de réadaptation laissés en plan en raison des coupures budgétaires doivent être développés et les services externes consolidés pour



redonner à la population une réelle accessibilité passablement réduite au cours de la dernière décennie. Pour ce faire, il est possible de compter sur un apport de financement par le traitement des cas CSST. Depuis que la CSST a mis fin au monopole des établissements publics en matière de réadaptation des personnes accidentées du travail, en autorisant les traitements dans les cliniques privées de physiothérapie, une source importante de financement s'est déplacée hors du réseau public. La CPS considère qu'il serait justifié de procéder à une étude approfondie, de concert avec la CSST, visant l'évaluation du rapatriement de la clientèle des personnes accidentées du travail vers le réseau public de la santé afin que soient réduits les coûts associés à ces services et que soit rehaussé le niveau d'accessibilité aux services externes.

En matière de services de radiologie, la CPS pense que le mode actuel de rémunération des médecins radiologistes qui prévoit un plafonnement des revenus a un effet pervers sur l'accessibilité dans les établissements publics. Il faut revoir ce mode de rémunération pour permettre que les plateaux techniques fort sophistiqués des établissements publics soient accessibles à la population. Par ailleurs, la CPS estime que les régies régionales devraient pouvoir contrôler l'expansion des cliniques privées de radiologie sur leur territoire respectif.

La CPS est persuadée que les services alimentaires font également partie de la mission globale des établissements publics, et qu'à ce titre, ils ne doivent pas être réduits à la simple fonction de production d'aliments. Toutes les expériences de privatisation des services alimentaires au cours des dernières années ont échoué lamentablement entraînant ainsi des coûts inutiles aux établissements publics. En matière de nutrition, le Québec doit opter pour la voie de la prévention et de l'éducation, notamment en utilisant les ressources professionnelles telles les techniciennes en diététique au niveau des CLSC. Dans ce contexte, il apparaît impensable qu'on puisse vouloir abandonner les services de qualité offerts aux patients hospitalisés ou hébergés en centre d'hébergement pour les remplacer par des services privés.

Finalement, la CPS est d'avis que la notion de prévention doit aussi se retrouver à l'ordre du jour des services sociaux et des services visant le développement du langage et de l'ouïe. De nombreux problèmes pourraient, dès la jeune enfance, être pris en charge et corrigés sans engendrer des coûts excessifs. L'accessibilité aux services doit être sérieusement rehaussée pour permettre aux enfants de bénéficier réellement de toute la protection dont ils ont droit, mais aussi des services professionnels qui leur permettraient de s'intégrer à la vie sociale en toute égalité.

CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES DU QUÉBEC

La Centrale des syndicats démocratiques et les Secteurs réunis affaires sociales considèrent essentiel de sauvegarder l'intégrité du réseau de la Santé et des Services sociaux. Dans ce sens, l'ensemble de nos positions repose sur un système de santé accessible, universel et gratuit.

Concernant l'organisation des services:

Nous prônons l'élargissement du rôle des CLSC (24h/7 jours) qui contribuerait grandement à désengorger les urgences d'hôpitaux, de même que l'organisation des services de première ligne en respectant la mission des CLSC et non un réseau parallèle.

Nous croyons que toute instance d'organisation des services doit être accessible à la population, donc avec la plus grande démocratisation possible du système.

Nous sommes d'accord pour simplifier et rendre plus efficace l'organisation des services autant au niveau du médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne qu'au niveau des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale. À la condition expresse, toutefois, que le patient ait le dernier mot dans le choix de son médecin et de l'institution vers laquelle son médecin veut le diriger.

Le dossier clinique informatisé par patient nous préoccupe quant à l'aspect de la confidentialité des renseignements personnels.

La rémunération à l'acte doit être revue et corrigée en fonction des responsabilités des médecins.

Que les budgets des établissements soient accordés en fonction de la population, des services et des résultats nous apparaît être une amélioration appréciable malgré nos interrogations sur le mode d'évaluation du rendement des établissements.

Finalement, en ce qui concerne la participation du secteur privé et du secteur communautaire, la CSD s'est déjà prononcée en faveur de la complémentarité avec le secteur communautaire. Par contre, nous nous opposons à la désassurance de certains services, à la concurrence avec le privé et à la privatisation de services publics. Toute forme de privatisation est donc à rejeter.

Parmi les autres solutions, nous préconisons la présence constante d'équipes de première ligne dans les CLSC, un contrôle sur la répartition des médecins par territoire et



l'obligation de partager la pratique privée et publique.

De plus, nous croyons en une meilleure planification des ressources humaines, par la formation d'intervenants en quantité suffisante et par une meilleure répartition des ressources humaines.

La CSD continue de croire que l'utilisation optimale des infirmières auxiliaires, le travail d'équipe ainsi que l'implication des travailleuses et travailleurs dans l'organisation du travail sont des solutions à retenir.

Concernant le financement:

La CSD prône que le réseau public s'assure de la qualité des services et soit responsable de leur administration, c'est pourquoi nous rejetons la sous-traitance, toute forme de contribution additionnelle des usagers, de ticket modérateur ou tout désengagement ou désassurance de services ou tout autre système allant à l'encontre des principes que nous évoquons.

De plus, il nous apparaît fondamental de combler tous les besoins de la population québécoise avant de penser à vendre nos services aux non-résidents.

La création d'une réserve suffisante en vue des besoins de la population vieillissante nous semble inévitable mais pas en créant un régime contributif. Il s'agit plutôt d'affecter une partie des surplus budgétaires à la création d'un fonds capitalisé dédié aux soins de santé.

Nous croyons que les besoins actuels de la population doivent être la priorité et qu'un modèle de contribution suffisant soit déterminé et ce, avant de se précipiter dans des réductions d'impôts. A plus long terme, il y a lieu aussi d'investir dans les déterminants de la santé.

En terminant, la CSD est prête à assumer ses responsabilités d'agent de changement à tous les niveaux en appuyant toute proposition correspondant à ses valeurs, ses préoccupations et répondant aux besoins de la population et des travailleuses et des travailleurs chargés au jour le jour, d'apaiser la souffrance des personnes.

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ)

POUR EN FINIR AVEC LA GRANDE DÉBÂCLE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Des principes fondamentaux à actualiser concrètement

- Le gouvernement québécois doit affirmer concrètement son adhésion pleine et entière aux principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux, soit le caractère public, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et la gratuité, en les intégrant dans la loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux.
- Le gouvernement québécois doit respecter intégralement ces principes fondamentaux dans l'établissement des politiques publiques au regard de la santé et des services sociaux et dans les pratiques de gestion du système.
- Le gouvernement québécois doit respecter la vision globale de la santé dans ses orientations au regard du système et intégrer concrètement les composantes physiques et psychosociales dans la prestation des services.

POUR EN FINIR AVEC L'IMPROVISATION DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

Six priorités sont à mettre rapidement en application.

- 1- **Renforcer le rôle des CLSC dans les services de première ligne et dans la coordination du système de services** : élargissement de la plage-horaire; développement d'une main-d'œuvre suffisante pour réaliser les missions de promotion de la santé, de prévention de la maladie et la prestation des services sociaux courants; développement de postes d'agents de liaison chargés d'assurer le bon fonctionnement des arrimages et des corridors de services avec les autres établissements du réseau conjointement avec les ressources médicales de la communauté.
- 2- **Assurer la collaboration des services médicaux dans les établissements publics** : instauration de mécanismes incitatifs assurant une meilleure répartition de l'effectif médical sur l'ensemble du territoire québécois et une meilleure disponibilité des services médicaux au sein des établissements du réseau (urgences hospitalières, CLSC, CHSLD, centres jeunesse, centres de réadaptation); révision du mode de rémunération des médecins vers une rémunération mixte comprenant une part rémunérée à l'acte, une part rémunérée en fonction des responsabilités assumées au sein des établissements publics et une part rémunérée pour des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie.



- 3- **Assurer des services publics de soins à domicile** : développement de services publics efficaces de soins et de maintien à domicile par un accroissement des ressources humaines au sein des CLSC; instauration de mesures garantissant le soutien de services professionnels de soins, les ressources de répit et de dépannage et les mesures de protection de la situation d'emploi pour les proches aidantes.
- 4- **Assurer des services publics d'hébergement et de soins de longue durée** : accroissement des ressources humaines et financières dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée afin que ceux-ci puissent répondre adéquatement à l'ensemble des besoins des personnes hébergées; révision des modalités de contribution financière des usagers afin qu'elles ne tiennent pas compte des biens et épargnes des personnes hébergées et qu'elles soient plus conformes aux coûts réels des frais de subsistance.
- 5- **Remettre la mission de promotion/prévention et les services sociaux au rang des priorités** : prestation d'une gamme complète de services sociaux de qualité, particulièrement dans les champs de la santé mentale et des services à la jeunesse; moyens financiers accordés aux établissements pour répondre, suivant une approche globale, aux besoins de sa population en intégrant les composantes psycho-sociales de même que les volets éducatifs de promotion de la santé et de prévention de la maladie.
- 6- **Accroître et valoriser la main-d'œuvre**, reconnaître son autonomie et son jugement clinique et favoriser l'utilisation maximale du travail d'équipes multidisciplinaires stables.

Pour en finir avec le désinvestissement de l'État dans le financement des services sociaux et de santé

- La CSQ dénonce l'hypothèse de base selon laquelle le gouvernement du Québec n'ait plus les moyens financiers pour assumer adéquatement, dans l'avenir, le financement du système de santé et de services sociaux et qu'il faille, de façon incontournable, se tourner vers une participation accrue du secteur privé. En se reposant sur des instruments classiques de prévision budgétaire (méthodologie de McCallum), on peut estimer des surplus pour le gouvernement du Québec. Ainsi, si l'on envisageait une progression des dépenses pour la santé de l'ordre de 5 % ainsi qu'une progression de l'ordre de 3 % pour les autres dépenses, soit 1 % de plus que le taux d'inflation, il resterait des marges suffisantes pour permettre à Québec de poursuivre simultanément divers objectifs, selon des dosages variables. En fait, si ces marges étaient complètement dédiées à des réductions d'impôt, celles-ci pourraient être de l'ordre de 9 %.
- La CSQ dénonce également l'attitude gouvernementale qui fait porter le fardeau de l'augmentation des coûts de santé sur le compte des générations âgées.

- La CSQ insiste sur la nécessaire maîtrise des coûts des médicaments. La Centrale réclame l'adoption d'une véritable politique du médicament, laquelle comprendrait, notamment, un régime public et universel d'assurance médicaments de même que des mesures rigoureuses de contrôle des coûts des médicaments.
- La CSQ dénonce tous les élans de privatisation et de communautarisation des services sociaux et de santé de l'État québécois.

Conclusion : Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux

- Seul un système intégralement public, géré et financé publiquement, permet une équité et une efficacité réelles.



COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

- 1- Créer une société d'État et lui confier la gestion et le financement du système de santé avec un conseil d'administration et une direction composés d'administrateurs et de médecins.
- 2- Assurer le financement de cette société d'état en mettant sur pied une caisse santé : toutes les sommes consacrées aux services de santé par la RAMQ, la CSST, la SAAQ devront être intégrées à cette caisse unique.
- 3- Diminuer le nombre de régies régionales ou créer des directions régionales afin d'intégrer la RAMQ et les régies régionales et harmoniser leurs fonctions de façon efficace en respectant des priorités de services et d'accès raisonnable aux soins.
- 4- Établir un partenariat médico-administratif dans les conseils d'administration de la société d'État, des régies ou des directions régionales, des centres hospitaliers et au niveau des conseils d'administration unifiés de tous les petits établissements d'une MRC.
- 5- Développer des modes de financement des activités médicales qui garantissent aux populations de tous les territoires des services médicaux prioritaires et qui encouragent la prise en charge des clientèles.
- 6- Fournir à tous les médecins, les équipements et les applications technologiques permettant un accès plus rapide et plus facile aux informations cliniques requises par leur pratique.
- 7- Assurer aux médecins de cabinets privés qu'ils puissent davantage compter sur la disponibilité et l'expertise des ressources humaines et techniques du CLSC dans le suivi de leurs clientèles conjointes.
- 8- Confier aux établissements universitaires des responsabilités de territoires de desserte, relativement à la distribution des services surspécialisés ou à portée suprarégionale et leur assurer un financement adéquat.
- 9- Mettre en place des programmes favorisant l'investissement au Québec en recherche et développement de technologies de la santé, et l'achat de tels produits.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX

Les services de santé et les services sociaux sont partie intégrante du bien commun

La Confédération des syndicats nationaux représente près de 250 000 salarié-es œuvrant dans tous les secteurs d'activités sur l'ensemble du territoire québécois. Environ 105 000 de ces syndiqué-es, en très grande majorité des femmes, travaillent dans les services de santé et les services sociaux. Le mémoire de la CSN se découpe en trois parties : 1) Le financement des services de santé et des services sociaux; 2) L'organisation des services; 3) L'organisation du travail. Nous résumons ici les principales positions avancées par la CSN dans le cadre de son mémoire.

1- Le financement des services de santé et des services sociaux

Les services de santé et les services sociaux constituent une mission centrale dans le champ des responsabilités du gouvernement du Québec. Actuellement, près du tiers de leur financement provient du secteur privé. Plusieurs études démontrent que plus le secteur privé joue un rôle important, moins les dépenses sont contrôlées et plus se posent des problèmes d'équité dans l'accès aux services sociaux et de santé. Ces services contribuent de manière essentielle au bien-être des personnes. Voilà pourquoi il est urgent de réinvestir de façon significative dans le réseau sociosanitaire et de renforcer son caractère public.

De plus, la CSN croit qu'il faut modifier l'actuel mode d'allocation des budgets aux régies régionales et aux établissements. Afin d'équilibrer leurs finances, les établissements sont trop souvent forcés de couper des services ou de refuser des clientèles. Selon la CSN, le mode d'allocation budgétaire doit être revu et corrigé afin de prendre en compte les besoins des diverses clientèles et les caractéristiques sociosanitaires des populations desservies. Par ailleurs, la CSN s'oppose énergiquement à l'imposition de frais aux usagers et à l'introduction de « tickets modérateurs ». Il est prouvé que l'imposition de tels frais a peu d'incidence sur la demande de services, sauf pour les personnes les plus démunies.

2- L'organisation des services

Dans le cadre des questions soulevées sur l'organisation des services de première ligne, la CSN prend nettement position en faveur du modèle CLSC. En effet, celui-ci repose sur la nécessaire complémentarité des services de santé et des services sociaux. Il permet une approche-population où peuvent se conjuguer le curatif et le préventif, les actions sur les plans médical et social. Toutefois, pour que les CLSC puissent jouer véritablement leur rôle, ils doivent être replacés au centre des services de première ligne et disposer des moyens pour organiser les services de



base sur leur territoire, y compris en matière de services à domicile. La CSN s'oppose donc à une des options envisagées, qui voudrait que les médecins généralistes en cabinets privés deviennent responsables des services de première ligne.

De plus, la CSN demande que soit encadrée la pratique médicale en clinique privée dans une optique de non concurrence et de complémentarité avec les services publics. C'est pourquoi elle propose la création d'un mécanisme d'accréditation en fonction des besoins et des services offerts dans les établissements publics. Par ailleurs, la CSN préconise la régionalisation de l'enveloppe RAMQ dans le but de favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois. Elle demande aussi que soit revu le mode de rémunération à l'acte des médecins.

3- L'organisation du travail

Pour la CSN, il est urgent et impérieux que les gestionnaires des services sociaux et de santé, à tous les niveaux, comprennent que les salarié-es représentent une ressource essentielle sans laquelle ces services ne peuvent être dispensés. Les travailleuses et travailleurs font partie de la solution, non du problème. Il n'y a pas de sortie de crise dans le réseau public sans ajout d'effectifs, sans stabilisation de l'emploi et sans une revalorisation du travail exercé majoritairement par des femmes.

La CSN affirme que le mode de gestion du travail qui domine dans le réseau public est désuet et archaïque. Il s'agit d'un mode de gestion qui exclut la participation des salarié-es au processus de définition et **d'organisation du travail et les accule à n'être que les simples exécutants des ordres venus d'en haut. Il est pourtant démontré que le succès des processus d'innovation et de transformation de l'organisation du travail dépend de la volonté des employeurs de s'engager dans ces processus et de l'implication des salarié-es et des syndicats. La CSN en appelle donc à un changement dans la philosophie de gestion au sein du réseau public en fonction notamment des objectifs suivants : diminuer les lignes hiérarchiques et responsabiliser les salarié-es dans l'exercice de leurs tâches, favoriser la coopération dans le travail et le travail en équipe, améliorer les conditions d'emploi et la qualité de vie au travail. Ces objectifs sont indissociables de l'amélioration de la qualité des services et de l'efficience des processus de travail.**

La CSN réaffirme son opposition à toute proposition visant la privatisation ou la sous-traitance, y compris dans les services de support et de soutien. Cette option, loin d'aider à régler les problèmes de mobilisation de la main-d'œuvre et d'organisation du travail, contribuera au contraire à détériorer le climat et les relations de travail. De plus, à cause des exigences de rentabilité de l'entreprise privée, la sous-traitance ne conduit pas à une diminution des coûts. Les changements à apporter à l'organisation du travail doivent permettre de maintenir les services et l'expertise que ceux-ci représentent dans le réseau public.

CONFÉRENCE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE

(Michel Brunet, Germain Chevarie, Robert Deschênes, Chantal Duguay, Henri Francoeur, Vilmon Moreau, Bernard Nadeau, Jean-Claude Plourde, Pierre Portelance, Louis-Philippe Sainte-Croix, Jacques Tremblay)

UNE APPROCHE DIFFÉRENTE POUR LA RÉGION GASPÉSIE/ÎLES-DE-LA-MADELEINE

La Conférence des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine présente ce mémoire dans l'objectif principal d'expliquer les particularités régionales et leurs impacts sur le développement et la gestion des services de santé et de services sociaux. Des solutions adaptées à la région seront ensuite proposées.

La région Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine est une région éloignée des grands centres qui ne compte que 103 800 personnes sur un territoire aussi vaste que 20 615 km² (les 2/3 de la Belgique). Le chômage et la pauvreté engendrent de graves problèmes sociaux. Les jeunes quittent la région et la population vieillit. Les coûts sociaux et économiques sont grands et la faible densité de population ne permet pas aux établissements de santé et de services sociaux d'atteindre un rendement comparable à celui des établissements situés dans les centres urbains du Québec. Le manque de médecins est chronique et le sous-financement de la première ligne fait en sorte que la deuxième ligne dispense les soins de base. De plus, les usagers de la région ne peuvent se tourner vers des ressources alternatives puisque le système de santé et de services sociaux est le seul dispensateur de ce type de services.

Dans la recherche de solutions, la conférence des directeurs généraux juge primordial de respecter les grands principes sociaux que sont l'accessibilité, l'universalité et la gratuité du système, sous la gouverne constante du Gouvernement du Québec. Les directeurs généraux s'entendent pour que les solutions amènent une décentralisation des pouvoirs ainsi que la redéfinition des services à la clientèle en fonction de l'utilisateur dans son milieu de vie naturel.

SOLUTIONS

Sept solutions sont présentées par la Conférence des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine



pour améliorer l'organisation et le financement du système de santé et de services sociaux de la région.

- 1- Organiser le système de santé et de services sociaux **en réseau de services intégrés** et ce, en implantant des services de première ligne complets sur chacun des territoires de la région Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine et en privilégiant une gestion par programme clientèle.

L'implantation d'une première ligne plus forte aurait pour principaux objectifs de responsabiliser les individus au sujet de leur santé, favoriser le maintien dans les milieux de vie naturels, développer des formules d'auto-soins, développer les centres ambulatoires et favoriser la prévention.
- 2- **Planter, au niveau local, un mécanisme de coordination et d'intégration des services** à la population en fonction de chacun des programmes clientèles retenus afin d'assurer le déploiement des services de santé et des services sociaux. De plus, l'organisation d'un **service d'intervention préventive auprès d'une clientèle ciblée** permettrait de réaliser des économies à long terme.
- 3- Créer un **dossier informatisé par patient** pour faciliter le transfert d'informations entre les professionnels. Pour être en mesure d'échanger ainsi l'information pertinente, il faut d'abord modifier la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1). Un dossier informatisé est particulièrement nécessaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine pour limiter au maximum le coût des grandes distances qui séparent les professionnels et les intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que pour faciliter la communication.
- 4- **Augmenter le nombre de médecins pratiquant en région.** Cet objectif pourrait être atteint à l'aide d'une politique qui baliserait le recrutement et la rétention des médecins, laquelle serait basée notamment, sur l'**augmentation des admissions** dans les facultés de médecine, sur une **régionalisation du financement de la RAMQ lequel devrait être attribué sur la base des plans d'effectifs médicaux** ainsi que sur la **répartition des tâches** (délégation d'actes).
- 5- **Modifier le fonctionnement de la Direction de la santé publique** en s'assurant que les activités de prévention et de promotion de la santé soient réalisées au plan local et que les activités de recherches soient centralisées.
- 6- Les directeurs généraux croient qu'il y a lieu **d'adapter les conventions collectives aux réalités de la région** en accordant aux établissements une plus grande marge de manœuvre dans l'organisation et la gestion des conditions de travail des employés du système.
- 7- Finalement, une **augmentation massive du financement dans les services de base** est nécessaire afin de pallier au sous-financement global (incluant les contributions privées et les ressources communautaires) dans les secteurs de la réadaptation et des services aux personnes en perte d'autonomie.

Les directeurs généraux estiment que pour avoir un système de santé et de services sociaux efficace et viable, il faut mettre l'accent sur les **spécificités** de **la région Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine** laquelle est **différente du reste du Québec**. **Toutes les décisions prises concernant le système de santé et de services sociaux doivent être conséquentes de ces particularités.**



CONSEIL DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé

Dans le contexte du débat sur l'avenir du système de santé, le Conseil des directeurs de santé publique, une instance de concertation rattachée à la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, a voulu apporter sa contribution. Ayant eu l'opportunité, à la demande de la Commission, de présenter certaines données concernant l'évolution des besoins de la population en matière de soins de santé, le Conseil a tenté de faire état dans son mémoire des principaux constats de cette analyse prospective et de proposer quelques pistes de solution.

En premier lieu, le document rappelle l'importance de la santé en tant que facteur important du développement collectif et de la prospérité des nations. Il rappelle également que le système de santé ne constitue qu'un des déterminants de la santé, en s'appuyant notamment sur quelques études qui démontrent l'influence considérable que joue le déterminant socio-économique sur l'état de santé de la population. Malgré cela, pour le public, les soins de santé revêtent une importance considérable. La croissance de la demande de services impliquant des technologies coûteuses et la pression du marché pour offrir des soins de santé à ceux qui ont les moyens de se les payer représentent une menace pour l'avenir de notre système public de santé.

En s'appuyant sur un ensemble de données, le mémoire fait état de l'évolution probable de trois des principales composantes des coûts des services de santé, à savoir :

- la démographie : parmi les pays de l'OCDE, le Québec présentera un des plus forts taux d'accroissement de la population de 65 ans et plus d'ici les 15 prochaines années. Cette perspective aura un impact significatif sur l'utilisation des services ;
- l'état de santé : deux facteurs influençant la santé sont particulièrement préoccupants. Premièrement, le Québec occupe toujours, avec l'Île-du-Prince-Édouard, le premier rang au pays pour la proportion de fumeurs et la deuxième place pour la mortalité attribuable au tabagisme après les Maritimes. Deuxièmement, l'augmentation croissante des personnes présentant un excès de

poids chez tous les groupes d'âge, et tout particulièrement chez les 45-64 ans, pourrait avoir un effet significatif sur l'augmentation des cas de diabètes;

- la technologie : l'augmentation, depuis 10 ans, du nombre de personnes consommant trois médicaments et plus, particulièrement chez les 65 ans et plus, est une tendance dont la poursuite est à prévoir. Aussi, l'investissement dans les services médicaux dans les six derniers mois de la vie est d'environ 30 % supérieur au Québec qu'en Colombie-Britannique et aux États-Unis. Ceci soulève des interrogations sérieuses compte tenu de la forte composante technologique de ces investissements.

Partant de ces données, les directeurs de santé publique rappellent que plus une personne s'estime en santé, moins elle génère de coût pour le système et inversement. Sachant que plus de 50 % de la population s'estime en excellente ou très bonne santé, que plus de 35 % se dit en bonne santé et que moins de 15 % de la population perçoit son état de santé comme moyenne ou mauvaise, ils estiment qu'il faut miser sur cette perception positive évoquée par la population et conjuguer les énergies autour de trois objectifs : **prévenir** pour la majorité de la population en bonne santé, **guérir** pour ceux qui présentent différents facteurs de risque ou des conditions réversibles et **soigner** adéquatement ceux qui souffrent de maladies chroniques et d'incapacités multiples non-réversibles.

Pour faire face aux défis du réseau québécois, les directeurs de santé publique préconisent une approche de gestion préventive du système de soins, c'est-à-dire intervenir précocement à chaque fois que cela est possible. Cette approche de gestion préventive procède par séquences à partir d'une analyse des problèmes et des interventions qui ont été démontrées utiles, en passant par un déploiement systématique des interventions puis un suivi systématique des résultats. Reposant sur une gestion de l'information, cette approche vise une amélioration continue et préconise d'agir avant, à chaque fois que cela est possible, pour le plus grand nombre de personnes et au meilleur coût.

Prévenir, guérir et soigner constituent les actions au cœur de l'approche de gestion préventive. Ces actions commandent le développement d'une première ligne forte axée sur la responsabilité de la prise en charge pour une communauté de personnes et sur la capacité des dispensateurs de collaborer entre eux. Quant à la deuxième ligne, elle doit devenir un plateau technique de plus en plus efficace qui livre des services spécialisés avec efficience, qui retourne le malade par la suite à l'équipe de première ligne et qui demeure en lien avec les autres dispensateurs par le système d'information.



Quant au financement, les directeurs estiment qu'il constitue un levier puissant et que la capacité de l'État d'orienter efficacement le système demeurera fonction de l'importance de sa participation au financement. Ils considèrent que ce levier pourrait mieux servir à créer des incitatifs d'une part en première ligne, en favorisant la prise en charge d'une communauté de personnes et la prestation d'un maximum de services et, d'autre part en deuxième ligne, en favorisant l'amélioration de la qualité et de la productivité des services spécialisés.

Pour conclure, les directeurs de santé publique croient qu'un financement accru du système apparaît nécessaire. De plus, des enveloppes pour la prévention et la promotion de la santé doivent être protégées. Les ressources des directions de santé publique peuvent apporter leur contribution dans la mise en œuvre de l'approche de gestion préventive, notamment au chapitre du monitoring de l'état de santé, de la réduction des risques à la source, de l'implantation et de la coordination des services de dépistage populationnels, des actions sur les déterminants non-médicaux de la santé ainsi que de l'évaluation de la performance du système.

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

La bonne personne, à la bonne place ...

Une meilleure répartition des ressources humaines apportera une solution durable aux besoins de restauration de notre système de santé.

Plusieurs études démontrent une utilisation des ressources infirmières auxiliaires beaucoup plus marquée dans les autres provinces canadiennes et même aux États-Unis. Pourquoi ne pas investir dans des solutions qui ont déjà fait leurs preuves ailleurs ? Une meilleure organisation du travail qui permettra à chaque intervenant de mettre en évidence son potentiel professionnel pour répondre aux défis des années à venir, voilà la clef d'un changement positif.

Les nouvelles technologies amènent une forte diminution des traumatismes post-opératoires, du temps d'hospitalisation ainsi que du temps de convalescence de l'usager, pourquoi aurions-nous besoin de ressources plus spécialisées qu'auparavant ?

Nous nous devons de gérer les besoins réels des usagers et non des principes corporatifs en soins infirmiers. La logique veut que pour avoir des soins de qualité, nous devons avoir les moyens de nous les offrir en quantité suffisante. Les modes de soins actuels qui forment l'organisation du travail amènent une surspécialisation inutile pour l'usager et coûteuse pour l'ensemble du réseau.

Parler de privatisation dans un système de santé qui gaspille les deniers publics en utilisant mal l'organisation de son personnel de première ligne nous semble prématuré.

Vous savez sûrement que des CLSC engagent à l'heure actuelle des infirmières bachelières pour combler des besoins de maintien à domicile, **c'est aberrant !...** Le gaspillage se continue et les investissements plus marqués en CLSC de la part du gouvernement vont être dilapidés sans répondre aux besoins criants de la population.

En CH et en CHSLD, les directions de soins infirmiers coupent des postes d'infirmières auxiliaires pour y substituer des infirmières qui dans les faits feront le travail que les infirmières auxiliaires faisaient auparavant et ce, malgré la reconnaissance de la place de l'infirmière auxiliaire en longue durée par la Ministre, Mme Marois.

Les législateurs doivent se doter de moyens efficaces pour s'assurer de la mise en application d'une saine organisation du travail. L'adoption d'une loi qui réglemente un ratio d'intervenants en soins infirmiers, soit infirmières, infirmières auxiliaires et personnel



de soutien, redonnerait tout l'aplomb nécessaire qu'a besoin notre réseau afin de surmonter une bonne partie des problèmes actuels.

Dans l'éventualité d'un laisser-aller en soins infirmiers, un monopole de la part des infirmières pour l'ensemble des soins infirmiers au Québec s'en suivrait et serait selon nous un danger pour la population. Le déroulement de la dernière négociation chez les infirmières confirme clairement notre appréhension.

Pour que cette réorganisation soit une réussite, nous devons commencer par s'assurer d'**avoir la bonne personne à la bonne place.**

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ)

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec a répondu à l'invitation de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. C'est dans le cadre de cette consultation que le présent document est présenté.

La FIIQ s'attarde d'abord à y cerner les enjeux qu'elle entrevoit pour le système de santé et de services sociaux dans les années qui viennent. Le premier de ces enjeux s'articule autour de l'amélioration de la santé et rappelle la nécessité de prévoir les impacts possibles des réformes sur la santé des populations concernées.

Le second enjeu, celui de la réponse adéquate aux attentes des citoyennes et des citoyens, est critique dans la mesure où de fortes pressions proviennent de l'industrie de la santé afin d'ouvrir encore davantage la porte à la privatisation. À cet égard, le phénomène du vieillissement de la population et des pathologies et déficiences qui y sont associées, constitue un défi de taille bien sûr, qu'il ne faut cependant pas ériger en catastrophe appréhendée. D'autres possibilités doivent aussi être considérées pour l'amélioration de la santé par la promotion et la prévention et à l'inverse d'autres phénomènes, comme la pauvreté, doivent être jugulés. Et cela c'est sans compter l'influence des développements technologiques sur le système de santé et l'influence, en matière d'exigences, qu'une meilleure information de la population risque d'entraîner.

Le troisième enjeu, la répartition équitable de la contribution au financement des services de santé, s'avère le plus crucial car le débat qui l'entoure repose sur des prémisses idéologiques rarement avouées mais qui peuvent changer substantiellement le devenir de notre réseau.

Finalement, le dernier enjeu, celui de la viabilité financière repose sur la capacité des populations à financer collectivement un système de santé qui réponde aux attentes et aux besoins de leur collectivité. C'est ici que le vieillissement de la population est érigé en « scénario catastrophe » et que le débat devient le plus idéologique.

Ces enjeux se placent dans un contexte de mondialisation néolibérale où la grande entreprise cherche à réduire la réglementation de secteurs traditionnellement sous le contrôle de l'État, à les faire passer dans la sphère du libre marché et ainsi transformer en une marchandise le droit à la santé tel que reconnu dans la Déclaration des droits de l'homme et repris, de plus d'une manière, en droit québécois.

C'est ce genre de dérapage, que la Fédération des infirmières et des infirmiers tente de contrer, qui serait des plus néfastes pour le développement humain et économique du



Québec. C'est pourquoi la Fédération réaffirme son adhésion aux principes fondamentaux du système de santé et privilégie un financement équitable, peu importe l'état de santé, pour tous les citoyens et les citoyennes à partir de l'impôt sur le revenu, un financement selon une formule progressive, la plus équitable et la plus acceptable en dépit de ses limites. C'est sur la base de ces arguments que sont rejetées les options des caisses spéciales, de la contribution des usager-ère-s ou du ticket modérateur et des crédits d'impôt à l'investissement pour le financement des cliniques privées. Dans certaines circonstances particulières, une timide ouverture est faite par ailleurs au principe de l'impôt santé. Toutefois, dans le contexte difficile qui prévaut actuellement, la vente de services à des non-résidents ne saurait nous agréer.

Contrairement à l'opinion répandue, le Québec dépense peu pour son système de santé. Cependant, ces sommes réparties à travers trois enveloppes distinctes, freinent de plus en plus la rentabilité des initiatives prises dans des réseaux particuliers. Aussi adhérons-nous à l'idée de fusionner les enveloppes du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance-maladie et de l'assurance-médicaments et de les octroyer sur une base régionale tout en respectant la liberté de choix des lieux de soins et des thérapeutes. Selon la FIIQ, les MRC ne peuvent être considérées comme des acteurs pertinents dans un éventuel rôle dans le système de santé et de services sociaux. Par contre, les CLSC doivent être financés à la hauteur du rôle qui leur a été confié et doivent jouer un rôle prioritaire dans la dispensation des services.

En matière d'organisation des services, il est faux de prétendre que le privé fait mieux que le public. Et cette assertion se vérifie pour plusieurs types de privatisation : les hôpitaux, les assureurs privés, les cliniques privées et les tickets modérateurs. Des recherches, essentiellement américaines, ont permis d'observer des augmentations de coûts là où des services privés avaient été instaurés ; les coûts administratifs passent du simple au double lorsque la privatisation s'installe ; l'attente augmente lorsque des chirurgiens opèrent à la fois dans le secteur privé (cliniques privées) et dans le secteur public et des services excessifs sont fournis lorsque les équipements sont disponibles sur place ; et finalement, l'instauration de tickets modérateurs freine la consommation de services et s'associe à des résultats négatifs et à des dépenses dans d'autres domaines, là où les services demeurent gratuits. C'est pourquoi nous privilégions que la gestion de services demeure publique. L'impartition ou la sous-traitance qui ont déjà été expérimentées, rappelons-le, dans certains établissements du Québec, se sont soldées par des échecs. Dans un secteur d'activité où la composante main-d'œuvre est majeure, à quoi pouvons-nous nous attendre d'autre qu'à une diminution des conditions de travail, voire à l'augmentation du chômage? Par ailleurs, la FIIQ appuie les revendications d'autonomie et de financement des groupes communautaires.

Depuis 20 ans, le panier des services assurés ne cesse de rétrécir. Comment la commission d'étude peut-elle proposer de nouveaux sacrifices, alors que l'expérience

démontre que la privatisation des services fait augmenter les coûts. La FIIQ réclame à nouveau que les services de soins à domicile qui ont été sacrifiés avec le virage ambulatoire et ce, en dépit des engagements politiques, soient inclus dans le panier des services assurés. Il en va de même pour les services de répit-dépannage et de soutien à domicile qui contribuent au maintien dans la communauté.

Les médecins, loin d'être en pénurie d'effectifs, font plutôt face à un problème de mauvaise répartition géographique. Le nouveau mode de rémunération des médecins devrait être en lien étroit avec les rôles qui sont attendus d'eux. Dans les rôles que les médecins seront appelés à jouer, il ne faudrait pas que ces responsabilités contribuent à accroître la médicalisation des problèmes de santé.

Il est de plus en plus reconnu qu'une meilleure utilisation des compétences des infirmières entraînerait une organisation plus efficace et plus performante du réseau de la santé et des services sociaux. Qu'il s'agisse d'identification des besoins de santé, de prévention, d'enseignement ou de suivi des clientèles, les infirmières sont en mesure de générer des résultats positifs tant en matière de qualité des soins, de réduction des durées de séjour que de satisfaction au travail et ce, peu importe le type d'établissements. En première ligne notamment, elles peuvent assurer le suivi de personnes présentant diverses pathologies, en plus d'œuvrer dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de l'éducation à la santé et dans l'accroissement des habiletés des clientèles à prendre en charge leur propre santé. Aussi, la FIIQ est-elle favorable au développement de nouveaux rôles de pratique élargie, dont celui d'infirmière praticienne.



FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ)

UNE QUESTION DE PRINCIPES

Les problèmes qui affectent le système de santé sont de plusieurs ordres. Ils présentent à la fois une composante sociétale, budgétaire, économique, politique et morale. D'autre part, la population, les médecins, les administrateurs du réseau et le gouvernement ont des perceptions différentes du système de santé. La population utilise plus facilement les services d'urgence pour avoir accès aux soins et aux services; les médecins voient le plus de patients possible pour répondre aux besoins et réduire les listes d'attentes; les administrateurs sont aux prises avec des enveloppes budgétaires restreintes, qui les obligent à limiter les dépenses, réduisant ainsi l'accessibilité aux services; et les élus hésitent à couper dans les services ou à augmenter les taxes, pour préserver une image positive.

Malgré toutes ces considérations, les cinq principes édictés dans la Loi canadienne sur la santé, soit **l'accessibilité, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et la gestion publique**, doivent le plus possible être maintenus. De plus, la Fédération des médecins résidents du Québec est d'avis que d'autres principes doivent appuyer la démarche du Québec, en matière de réorganisation des soins et des services de santé. Il s'agit de la **qualité des soins**, de la **liberté de choix** et de **l'imputabilité**.

Une Charte des droits du patient

Mais l'adoption de ces principes ne suffit pas à en assurer l'applicabilité. La Fédération croit donc qu'il est primordial que le Québec se dote d'une charte des droits du patient pour en assurer le respect. La responsabilité de cette charte serait confiée au Protecteur du citoyen, avec pouvoir d'intervention.

UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Une société d'État de la santé

En ce qui concerne l'organisation des soins et des services de santé, la FMRQ soutient que la décentralisation de la gestion, sur le modèle des régies régionales, a atteint ses limites. Il faudrait plutôt réduire les paliers administratifs, pour favoriser la mise en place d'entités ou de bureaux régionaux, responsables de l'organisation des soins et des services de santé sur leur territoire et redevables à une société d'État de la santé chargée, entre autres, d'élaborer un plan stratégique d'orientation, d'administrer et de rentabiliser

l'ensemble des parcs immobilier et technologique du réseau, d'assurer la dispensation des soins à la population, d'encadrer et de développer les activités reliées à la Recherche et Développement dans le domaine médical.

Le médecin de famille, pivot du système

Les soins de première ligne doivent jouer un rôle primordial dans notre système de santé. Le médecin de famille assumerait ainsi les fonctions de coordonnateur et d'intégrateur des soins de première ligne. L'omnipraticien reprendrait son rôle de médecin traitant et le médecin spécialiste, celui de consultant. L'une des structures organisationnelles, qui répondrait bien à ces objectifs, serait la mise en place d'équipes interdisciplinaires. Cependant, la FMRQ croit que le temps réservé à la coordination pourra réduire la disponibilité des médecins pour la dispensation des soins. Il existe également un danger de substitution d'actes médicaux, dans ce contexte. Selon nous, il convient d'abord de faire en sorte que le nombre d'infirmières en poste soit augmenté, pour mieux répondre aux besoins de la population en soins infirmiers, avant de songer à déléguer des actes médicaux.

Une meilleure coordination CLSC-cabinets privés

Enfin, nous privilégions une meilleure coordination entre les CLSC et les cabinets privés en matière de soins dispensés et d'heures d'ouverture. La possibilité de mettre sur pied une clinique sans rendez-vous en milieu hospitalier 24/24, 7 jours par semaine, pourrait aider à désengorger les salles d'urgence. Également, les soins à domicile, les soins de longue durée et la prévention devraient reprendre une place de choix au sein des préoccupations des gestionnaires, en raison de leur impact sur la réduction possible des coûts.

Un statut spécial pour les CHU

Dans le cadre de la réorganisation du réseau, la FMRQ croit qu'un statut particulier doit être attribué aux centres hospitaliers universitaires (CHU). Ces derniers ont un mandat unique : ils sont un lieu de dispensation de soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés, d'enseignement, de recherche et de développement des technologies. La qualité des soins étant tributaire de la qualité de la formation et de l'excellence de la recherche, ceux-ci doivent bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre en ce qui a trait aux objectifs d'efficacité établis pour eux et devenir des centres de référence, sur le plan de la dispensation des soins 24 h sur 24, 7 jours sur 7. Deux aspects doivent d'ailleurs primer à cet égard, soit l'exclusivité des actes médicaux pour les médecins résidents dans ces centres et la valorisation du rôle des cliniciens-chercheurs.



Une répartition optimale des médecins de famille

Pour mieux répondre aux besoins exprimés localement et régionalement, la FMRQ propose l'instauration de privilèges hospitaliers pour l'ensemble des omnipraticiens. Il faudra néanmoins augmenter le nombre de médecins de famille en formation, dans le contexte où celui-ci est le pivot du système. Le nombre de médecins spécialistes en formation doit toutefois demeurer stable, compte tenu de la situation critique que nous vivons actuellement. Enfin, nous favorisons la négociation centralisée des ententes collectives au chapitre salarial, mais une plus grande flexibilité est devenue nécessaire, notamment en ce qui a trait à la mobilité du personnel.

Un plan de relance à moyen terme

L'ampleur des changements proposés nous convie à l'élaboration d'un plan de relance dont la réalisation s'échelonnera sur trois à cinq ans.

L'OPTIMISATION DU FINANCEMENT

Une ouverture au privé

La survie de notre système de santé passe, entre autres, par l'entrée de nouvelles sommes d'argent, si nous désirons en garder intactes les assises et maintenir nos acquis, voire les améliorer. Il importe cependant, tout en respectant l'esprit des principes énoncés préalablement, d'examiner d'autres avenues de solution, notamment le plan d'orientation stratégique qui permettra la rationalisation des ressources et des programmes existants, ainsi que l'accroissement de la contribution du secteur privé.

Un réinvestissement s'impose

Le Québec est une des provinces qui investit le moins per capita et les citoyens québécois sont parmi ceux qui investissent le moins de leur poche pour leur santé. La FMRQ propose donc que le Québec réinvestisse les sommes nécessaires, afin d'atteindre la moyenne canadienne, ou qu'il entreprenne des actions, pour que les montants actuellement investis permettent d'offrir le même niveau et la même qualité de soins que partout ailleurs au Canada.

LE FINANCEMENT PUBLIC

L'accroissement des transferts fédéraux

Au chapitre du financement public, la FMRQ croit que le gouvernement du Québec devrait s'assurer que les transferts fédéraux soient maintenus, voire augmentés. Elle est,

par ailleurs, contre l'augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers, dont la contribution est la plus élevée au Canada.

L'évaluation de la performance

Pour améliorer la situation, elle privilégie l'adoption de modes de gestion privée, établissant des normes et des indicateurs de performance, à être divulgués sur une base trimestrielle, et gérés dans le cadre d'une société d'État de la santé.

LE FINANCEMENT PRIVÉ

La FMRQ croit qu'une plus grande ouverture au financement privé pourra être considérée, mais seulement après que l'on ait optimisé l'utilisation des ressources et les modes de gestion et d'organisation des soins et des services de santé. Une réglementation stricte devra également être établie, afin que les droits de tous les Québécois soient protégés.

Une régionalisation des enveloppes en fonction des programmes

Pour améliorer la flexibilité dans la dispensation des soins, la FMRQ privilégie le maintien d'une enveloppe budgétaire globale divisée régionalement, en fonction des programmes de santé qui correspondent aux besoins de chacune des populations régionales.

Une rémunération adaptée

Il est illusoire de vouloir imposer un mode de rémunération unique à l'ensemble de la population médicale. Par ailleurs, la FMRQ croit que la capitation ne sera jamais une solution pour le Québec, car elle restreint la liberté de choix du patient et peut favoriser une forme de sélection de la clientèle.

La priorité aux services directs à la population

En ce qui a trait aux autres intervenants du réseau, nous nous interrogeons sur le nombre d'administrateurs affectés à la gestion du système de santé. Nos croyons qu'il importe de privilégier l'augmentation des ressources destinées aux soins et aux services directs à la population.



FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

La Fédération des médecins spécialistes du Québec veut ici exprimer le point de vue des 7 000 médecins spécialistes québécois. Représenter un groupe de cette taille appelle une mise en garde : il existe nécessairement un large spectre d'opinions parmi les médecins spécialistes, car ils sont touchés à des degrés divers par les travaux de la Commission.

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

La FMSQ croit que la source première de financement du système de soins au Québec doit rester publique et que l'ensemble des sommes versées pour la santé devraient être identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte. Une comptabilité séparée amènerait une objectivation des coûts totaux du système et une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics en plus de permettre de vérifier la capacité et la volonté de payer de la population québécoise pour des soins de santé; elle résulterait en une mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins. Dans un climat de « crises » récurrentes engendrées par les déficits budgétaires, une caisse distincte permettrait un management plus objectif.

La FMSQ est d'avis que le niveau de financement public doit être augmenté pour favoriser l'achat, le renouvellement et l'entretien des plateaux techniques, des équipements et des immobilisations. De plus, le financement doit permettre aux centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité, et ce, pendant toute l'année, ce qui n'est pas le cas actuellement. Pour parvenir à ces objectifs, la FMSQ considère qu'un plan d'affaires devrait être introduit dans notre système de santé.

Il faut remplacer la base historique de financement des établissements par un financement basé sur les coûts réels des épisodes de soins, incluant les coûts des infrastructures nécessaires à leur dispensation et les coûts reliés à la dépréciation et au remplacement des équipements médicaux. L'utilisation éventuelle des DRG devrait tenir compte non seulement des diagnostics résultant des hospitalisations, mais également de ceux provenant des soins prodigués sur une base externe.

L'idée d'un ticket modérateur généralisé semble difficilement applicable et peu désirée par la population. La FMSQ serait cependant d'accord avec un élargissement et une révision de la notion des frais accessoires (contribution financière de l'utilisateur), en dissociant l'acte médical en soi des éléments physiques et matériels nécessaires à la prestation de l'acte. Cette contribution de l'utilisateur pourrait prendre plusieurs formes. Elle pourrait s'apparenter au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament. En corollaire, la loi devrait permettre à l'utilisateur de s'assurer pour ces dépenses. Quant aux possibles économies reliées à la réduction du panier de services, il ne s'agit là que d'une

avenue très secondaire si l'on considère les sommes globales dévolues à la santé au Québec.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

Intégration des soins. La FMSQ croit nécessaire l'intégration des soins médicaux, laquelle passe par le renforcement de la première ligne et la revalorisation de la relation patient/médecin. Tout Québécois doit avoir accès à un médecin de famille avec lequel il entretient une relation personnelle et à long terme. Cette relation amènerait des soins de santé plus personnalisés et moins coûteux. Une prise en charge adéquate des patients en amont des centres hospitaliers de courte durée permettrait de décongestionner les salles d'urgence et les unités de soins en gardant à domicile de nombreux patients.

Cette intégration des soins de santé est également dépendante de la consolidation des réseaux de soins : les prestataires de soins devraient être rattachés à un système de réseaux communautaires, incluant cabinets médicaux, CLSC, CHCD et CHSLD réunis fonctionnellement en un seul établissement. Ces réseaux régionaux se devraient à leur tour d'être articulés avec des centres ou réseaux supra-régionaux, par contrat de service ou autre corridor privilégié, avec regroupement des compétences des prestataires de soins (interdisciplinarité) en fonction des niveaux de soins. Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestation de soins nous apparaît nécessaire.

Plusieurs autres interventions pourraient contribuer à améliorer l'intégration des soins. Comme les « chirurgies d'un jour » et le « virage ambulatoire » reposent sur la préparation des patients en amont, des instructions de départ et un excellent suivi à domicile en aval, les modalités d'intégration de ces activités devraient être revues. La mise sur pied de programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes ou les personnes les plus susceptibles de consommer des soins itératifs doit se poursuivre. À titre d'exemple, la FMSQ croit aux initiatives tels les Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) ou le Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme et ses Centres d'enseignement sur l'asthme (CEA). La mise sur pied de programmes de prise en charge des patients atteints de Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC) et de défaillance cardiaque (insuffisance cardiaque) doit être supportée. De telles initiatives pourraient et devraient être développées pour d'autres pathologies très fréquentes, tels le diabète, la dépression nerveuse et même le tabagisme.

Les médicaments. Les médicaments contribuent grandement à notre état de santé et à notre bien-être mais constituent une part sans cesse croissante des dépenses de santé. Les médecins spécialistes croient que tout doit être mis en œuvre pour en assurer une utilisation optimale.

Les systèmes d'information. Le développement de systèmes d'information intégrés, accessibles à tous les intervenants, type Dossier Patient Partageable (DPP),



permettrait un meilleur suivi et des décisions plus appropriées en termes de prescription d'examen et de médicaments. Ces systèmes d'information favoriseraient une meilleure comparaison entre les moyens investis en santé (inputs) et les résultats obtenus (outputs). Ils permettraient également d'analyser la performance des hôpitaux et d'évaluer la pertinence de l'utilisation des médicaments. De plus, ils fourniraient des indicateurs de santé plus nombreux et reflétant davantage l'état de « bien-être » de la population.

Les services de maintien à domicile. Les services de maintien de personnes âgées dans leur milieu de vie, à domicile ou en centre d'accueil, doivent être développés à un rythme accéléré.

Les paliers administratifs. Ils sont trop nombreux et une intégration administrative s'impose. Le rôle et la composition des conseils d'administration doivent être redéfinis et leur nombre doit être considérablement diminué. Les régies régionales sont trop nombreuses et ne doivent pas être en compétition avec le ministère. La FMSQ croit que l'état de santé de la population passe avant la santé des organisations de prestation de soins.

État garant mais non gérant. Le système canadien de soins est beaucoup plus qu'une simple assurance-maladie : c'est une mainmise de l'État sur tous les aspects de la prestation de soins. L'État devrait se limiter à fixer la quantité et les standards de qualité des soins et en garantir le financement, tout en laissant à d'autres, dont les médecins, la responsabilité d'en assumer et d'en gérer la prestation.

Les cabinets. La FMSQ préconise une participation plus grande des cabinets privés et propose la notion de « cabinet affilié » : il est essentiel de considérer les cabinets des médecins comme des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau.

Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins.

La FMSQ est persuadée qu'une participation plus grande des médecins est souhaitable dans la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés; elle est convaincue de la rentabilité d'un investissement dans le financement du médico-administratif et propose le développement d'indicateurs crédibles pour la mesure de la performance des hôpitaux.

Effectifs. La FMSQ croit que le nombre de médecins spécialistes doit être adapté aux besoins de la population et constamment réévalué. Elle est donc d'accord pour continuer de collaborer à l'élaboration des plans d'effectifs et à leur mise en application. De plus, elle est ouverte à l'interdisciplinarité, sous la responsabilité des médecins spécialistes.

FÉDÉRATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

LES SERVICES PSYCHOLOGIQUES : UNE SOLUTION À LA HAUSSE DES COÛTS MÉDICAUX.

La Fédération des Psychologues du Québec est une organisation regroupant des psychologues ainsi que des associations et regroupements de psychologues. La présente vise à appuyer les recommandations de l'Association Québécoise des Psychologues en CLSC, à l'effet d'offrir dans les établissements publics de santé, davantage de services de consultation psychologique dispensés par des psychologues. Et le motif essentiel de cette requête rejoint les visées de la Commission, à savoir la réduction des coûts des soins de santé.

En effet, les services psychologiques représentent une solution efficace à la hausse des coûts médicaux. Ces services contribuent à l'amélioration de la santé des Québécois tout en diminuant de façon drastique l'utilisation des services médicaux, et ce sur plusieurs années. De nombreuses recherches ici et dans d'autres pays documentent ce constat et font la preuve des économies réalisées au niveau des coûts de santé. Le taux élevé de suicide au Québec (à l'échelle internationale, le Québec vient en tête du peloton à ce chapitre), de même que celui de la détresse psychologique (26% de la population québécoise, selon Santé Québec 1995) justifient amplement la nécessité de services adéquats à ce niveau. Ces personnes sont en effet de hauts consommateurs de services médicaux, générant des coûts jusqu'à 100% plus élevés. L'impact sur la santé ainsi que le lien avec l'économie des soins de santé ne sont pas difficiles à démontrer à ce niveau. Il faut considérer également qu'une large proportion de la population nécessitant ce type de services ne peut accéder aux cabinets privés des psychologues.

Dans la même logique, nous nous prononçons sur l'une des questions qui fait partie de votre réflexion: nous croyons qu'il ne serait pas avantageux que le médecin de famille soit le coordonnateur de l'ensemble des services à la personne, à cause du risque évident de maintenir une optique de médicalisation de la santé. Les médecins sont très souvent consultés pour des problèmes de santé mentale: « 50% des adultes en traitement de santé mentale reçoivent des soins des médecins et 13% des psychologues » (Knesper et Pangucco, 1987). Situation qui s'explique par le fait qu'au Québec, les services médicaux sont gratuits. Habitude coûteuse pour le contribuable puisque 1) les services des médecins sont plus coûteux que ceux des psychologues 2) ils ne semblent pas les mieux indiqués: « une recherche de Jones et collaborateurs (1987) a démontré que les médecins n'ont pu détecter 80% des problèmes de santé mentale qui leur furent présentés (Poirier et Rochon-Goyer, 1990). Il y a donc de fortes économies à réaliser en référant les patients sans maladies physiques vers de véritables spécialistes de la santé mentale.



Nous vous invitons donc à prendre connaissance du mémoire de l'Association québécoise des psychologues en CLSC et des recherches sur lesquelles elle s'appuie pour justifier sa position.

Extraits du mémoire de l'Association québécoise des psychologues en CLSC :

60% des visites aux médecins tiennent à des problèmes d'ordre émotif et non à des troubles physiques.

Les personnes éprouvant des difficultés psychologiques utilisent plus souvent les soins médicaux que les autres patients et génèrent des coûts jusqu'à 100% plus élevés. (Poirier et Rochon-Goyer, 1990).

L'usage de services médicaux diminue de façon drastique chez les patients qui reçoivent des services d'intervention psychologique et ce déclin demeure constant durant au moins 5 ans après la fin de ces dits services. (Poirier et Rochon-Goyer, 1990).

Selon Blais (1990), chercheur au Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, « **Plusieurs études ont révélé que la dispensation de services psychologiques pouvait améliorer l'efficacité des soins médicaux et réduire les dépenses totales de santé** ».

Jones et Vischi (1979) ont repéré 12 recherches qui indiquent une baisse d'utilisation des services médicaux suite à une intervention psychologique: **réduction qui va jusqu'à 68% pour les soins hospitaliers internes.**

FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (FTQ)

Notre analyse de la situation

Nous ne partageons pas totalement l'analyse gouvernementale pour ce qui est des problèmes en matière d'organisation des services et de financement du réseau. Le principal problème est celui de l'accès aux services non seulement dans les services de santé mais aussi dans les SERVICES SOCIAUX pour les populations en difficulté (jeunes, déficients intellectuels, malades mentaux et pas seulement les personnes âgées). En matière de financement, nous ne croyons pas que la situation est « intenable » ou que ce soit surtout à cause du vieillissement de la population. Le gouvernement doit s'attaquer aux principales causes de la hausse des coûts: les technologies médicales et les médicaments. Nous souhaitons la création d'un groupe de travail sur l'assurance-médicaments qui réévalue autant les divers moyens de contrôler l'industrie que le mode de financement actuel du régime. La Commission ne doit pas recommander la création d'autres caisses d'assurance collective avant que l'évaluation de celle qui existe déjà ne soit faite. Enfin, nous ne partageons pas la hantise gouvernementale quant à une possible remise en cause de la compétitivité québécoise si un pourcentage plus substantiel du PIB était consacré à ce secteur. Le faible niveau des dépenses par habitant suppose que le gouvernement réinvestisse massivement.

Le financement du réseau

Ce réinvestissement doit être récurrent et se faire avec nos taxes et impôts actuels et non pas avec une tarification. Le gouvernement québécois doit négocier un transfert de points d'impôt du fédéral, développer une vision à plus long terme des finances publiques en faisant des prévisions budgétaires plus réalistes et en mettant sur pied un fonds de stabilisation, ce qui permettrait d'éviter des coupures importantes dans les services publics lors d'une récession.

Le maintien et le développement d'un réseau public

Il faut peut-être réfléchir à une augmentation de la couverture des services assurés notamment parce que le coût des services désassurés (dispensés dans le privé) a augmenté de façon importante, que la population québécoise est la moins bien assurée au Canada (assurances publiques et privées), particulièrement les personnes à plus faible revenu. Une couverture publique élargie assurerait à la fois une plus grande équité dans l'accès et un meilleur contrôle des coûts.

Le recours au secteur privé tant en matière de financement que de prestations des



services est une fausse solution. De plus en plus d'études (de différents pays et provinces) démontrent clairement que le privé est plus coûteux et moins efficace, notamment en matière de délais d'attente. Ces analyses valent autant pour les services dits auxiliaires que pour les soins de santé. En matière de services sociaux, nous constatons une dérive importante visant à faire assumer par les groupes communautaires ou par des entreprises de l'économie sociale des fonctions qui appartiennent au secteur public et à privilégier une plus grande implication du secteur privé à but lucratif par le biais des ressources dites intermédiaires et des centres d'accueil privés. Nos réserves sont d'autant plus grandes que les groupes communautaires eux-mêmes ne souhaitent pas ce « dumping » gouvernemental et que les clientèles visées sont très vulnérables.

L'organisation des services

Il est essentiel de mettre sur pied un véritable réseau intégré de services sociaux et de santé qui aurait les caractéristiques suivantes :

- Une porte d'entrée unique soit le réseau des CLSC dont il faut poursuivre le développement et hausser substantiellement le financement en assurant tant les services de santé que les services sociaux.
- L'intégration véritable des médecins au réseau en modifiant tant leur organisation du travail (pour une répartition équitable et efficace du travail via des départements locaux de médecine générale ou par obligation en absence d'entente entre les médecins eux-mêmes) que leur rémunération (modes mixtes et régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ).
- Il faut assurer le développement de nouvelles technologies de l'information pour la tenue des dossiers, l'information et la formation des médecins ou l'information du public. Il faut cependant se préoccuper de la protection des renseignements personnels et d'un contrôle indu des personnels du réseau.
- Il faut revoir le mode de financement des différentes composantes du réseau en mettant l'accent sur la première ligne et en intégrant le financement des médecins dans celui de l'ensemble du réseau.
- Il faut repenser l'organisation du travail au sein même des établissements, même si cela met à mal certaines revendications des ordres professionnels. Il faut qu'une délégation du haut vers le bas puisse se réaliser pour faire en sorte que les différents personnels se consacrent à leurs tâches essentielles. Et c'est vrai pour les médecins spécialistes, les omnipraticiens, les infirmières et toute autre catégorie de personnel. Nous tenons à souligner que la guerre qui a été faite ces dernières années aux infirmières auxiliaires ne nous semble guère productive, et qu'en présence d'une pénurie des premières, il serait peut-être temps de penser à utiliser les secondes au lieu, comme cela a été fait cet été, de recourir à des étudiantes. Cette analyse de l'organisation du travail devra aussi être prise en compte quand il

y aura des réinvestissements dans les établissements en privilégiant l'embauche des personnels dont on manque vraiment tels par exemple des préposés aux bénéficiaires pour les 30% de soins requis non comblés en CHSLD.

Nous tenons à préciser que le mouvement syndical est conscient que de telles réorganisations du réseau et du travail pourraient avoir des impacts sur la mobilité du personnel. Nous nous inscrivons en faux contre les supposées rigidités des conventions collectives. Les employeurs ont de très grandes marges de manœuvre comme on a pu le constater lors des fusions des établissements. Et lors des dernières négociations, quand les syndicats ont eux-mêmes proposés d'identifier ces zones de rigidités afin de négocier des aménagements, les associations patronales se sont tues.



ORDRE DES CHIMISTES DU QUÉBEC

Dans le passé, l'Ordre des chimistes du Québec a émis différents avis concernant la réorganisation des services diagnostiques au Québec. Plusieurs progrès ont été récemment réalisés dans le sens de nos recommandations. Nous nous réjouissons de la volonté gouvernementale de poursuivre l'optimisation du système québécois de la santé. C'est ainsi que dans le cadre des consultations amorcées par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, l'Ordre des chimistes du Québec souhaite vous transmettre quelques opinions qu'il croit pertinentes au déroulement de vos travaux. L'opinion de l'Ordre s'inscrit, comme il se doit, dans le cadre du mandat de protection du public que nous a confié le législateur.

L'Ordre est impliqué dans l'organisation des services de santé par la contribution d'une portion de ses membres, détenteurs d'une spécialité en biochimie clinique. Les biochimistes cliniques œuvrent principalement dans les laboratoires diagnostiques hospitaliers ainsi que dans les laboratoires privés. Les opinions que nous vous transmettons reposent sur le vécu professionnel de ces spécialistes ainsi que sur notre volonté d'assurer des services diagnostiques efficaces et sécuritaires à la population.

Nous sommes persuadés que la structure la plus appropriée doit assurer à la fois l'accessibilité et la qualité des services. Dans cette optique, nous croyons que les services d'analyse à caractère non clinique (assurances, campagnes publiques, préemploi, etc.) pourraient être dévolus au secteur privé sous encadrement réglementaire adéquat. Nous croyons également que l'universalité intégrale de ces services doit être assurée à la population québécoise.

L'accessibilité aux services diagnostiques s'est grandement accrue au cours des dernières années, principalement dans les grands centres urbains, avec les mesures mises de l'avant par le ministère (abolition des rendez-vous et décentralisation des prélèvements sanguins dans plusieurs CLSC). Toutefois, l'accessibilité aux services diagnostiques de laboratoire n'est pas uniforme à la grandeur du territoire québécois. Plusieurs améliorations doivent être apportées au réseau actuel des laboratoires afin que l'accessibilité soit assurée de façon homogène dans l'ensemble des régions du Québec.

La performance des services diagnostiques de laboratoire peut être affectée par un ensemble de facteurs. Une déficience de la qualité peut être préjudiciable à la population. Elle entraîne également un niveau significatif de dépenses directes et indirectes. Ses impacts peuvent s'avérer importants pour la société québécoise en général et pour l'utilisateur, en particulier.

L'Ordre des chimistes du Québec croit essentiel d'assurer à la population un cadre

sécuritaire d'exécution des services diagnostiques de laboratoire. En matière d'assurance de la qualité des services diagnostiques, le Québec a su, dans le domaine de la biochimie clinique, mettre à profit l'expertise des spécialistes afin d'assurer la qualité des services biochimiques courants. En effet, depuis plus de vingt ans, dans le cadre d'une adhésion volontaire, les programmes de la Société québécoise de biochimie clinique désormais associée au Laboratoire de santé publique du Québec contribuent à l'évaluation de la qualité des laboratoires de biochimie. Nous croyons que la supervision par mécanisme de pairs doit être conservée et optimisée. Cependant, au Québec, seuls les laboratoires privés sont soumis à un programme obligatoire d'agrément des laboratoires diagnostiques ; les laboratoires hospitaliers ne sont pas soumis à une telle exigence. C'est là un phénomène exceptionnel en Amérique Nord. En matière d'agrément des laboratoires diagnostiques et en conformité avec la pratique nord-américaine, l'Ordre des chimistes du Québec favorise l'agrément de l'ensemble des laboratoires œuvrant sur le territoire québécois, qu'ils soient publics ou privés. À cet effet, nous maintenons notre recommandation de créer un comité québécois interprofessionnel d'agrément des laboratoires. Notre proposition de partenariat interprofessionnel s'inscrit dans l'esprit de la réforme en cours de l'Office des professions du Québec.

La couverture professionnelle des laboratoires diagnostiques n'est pas uniforme dans l'ensemble des régions du Québec. Afin d'assurer une qualité uniforme des services de laboratoire, il faudra certainement s'assurer d'homogénéiser la couverture professionnelle du Québec. À cette fin, le système professionnel québécois doit, selon nous, jouer un rôle déterminant.

L'efficacité économique des laboratoires ne pourra être atteinte qu'en intégrant les activités des laboratoires diagnostiques à toutes les autres activités cliniques afin d'améliorer l'issue du diagnostic et du traitement de l'usager. Nous sommes convaincus que les activités de laboratoire ne doivent pas être considérées comme des centres de dépenses, mais que, moyennant des investissements technologiques judicieux, doivent être perçues comme un outil permettant de générer des économies et d'augmenter l'efficacité dans d'autres secteurs.

Le secteur des laboratoires diagnostiques est en mutation profonde et soumis à un développement technologique majeur et accéléré. La panoplie de nouveaux outils complexes requiert une expertise accentuée afin d'en assurer une sélection ainsi qu'une utilisation efficace et sécuritaire pour la société québécoise. L'Ordre des chimistes du Québec croit nécessaire que la société québécoise s'assure d'une saine organisation et supervision de la filière de la haute technologie et se dit prêt à contribuer à cette organisation dans le respect des compétences de ses professionnels et des devoirs de protection du public.

Les analyses hors laboratoire constituent un secteur d'activités diagnostiques significatif,



actuellement peu réglementé et dont la couverture professionnelle par des spécialistes de laboratoire est incomplète. Son devenir prochain est promis à une pleine expansion. Ce secteur d'activités peut contribuer à une augmentation très significative des coûts de laboratoire au Québec. Afin d'assurer la sécurité de ce type de services ainsi que d'en assurer une saine intégration et utilisation, l'Ordre des chimistes du Québec croit essentiel de réaliser un réseautage des différents types d'établissements de santé au Québec afin de permettre une couverture professionnelle adéquate par les spécialistes qui, eux, œuvrent essentiellement dans les établissements de courte durée. Nous sommes d'ailleurs convaincus de pouvoir y jouer un rôle de premier plan de concert avec les autres professionnels du milieu.

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

De par sa mission et ses activités, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec est à même de développer une vue d'ensemble de la pratique des ergothérapeutes qui s'inscrit dans un système global de services de santé et de services sociaux. Il est en mesure de saisir les enjeux du contexte de pratique actuel et de contribuer à la recherche de solutions. L'Ordre se sent donc légitimé de répondre à cette consultation au nom de ses membres et des clientèles qu'ils desservent dans le cadre de son mandat de protection du public.

La position de l'Ordre s'inscrit dans le cadre des valeurs suivantes : accessibilité, continuité et qualité des services. L'Ordre endosse les principaux constats de la Commission dont il considère l'analyse pertinente et il lui apparaît que, quel que soit le modèle retenu par la Commission, il est essentiel de prévoir dans sa mise en œuvre des mesures qui permettront de s'assurer du maintien de ces valeurs.

L'organisation des services

- L'Ordre croit que l'organisation des services de base représente un enjeu majeur du débat actuel. Des services de base complets et uniformes entre les régions doivent être accessibles à toute la population et inclure des services d'ergothérapie clairement définis en santé physique et en santé mentale.
- L'Ordre juge essentielle la consolidation des services de base desquels dépend l'orientation adéquate de l'utilisateur. L'impact sur l'utilisation efficace et efficiente des ressources du système de soins est primordial. L'Ordre peut concevoir les avantages d'une organisation des services sur une base territoriale et sous l'autorité d'une seule instance décisionnelle afin d'assurer la cohérence indispensable dans l'organisation des services et la gestion du système.
- L'Ordre croit souhaitable que la composition de l'équipe de base ne se limite pas aux médecins, aux infirmières et aux travailleurs sociaux mais inclut d'autres professionnels et que cette équipe assume la responsabilité clinique et financière des services dispensés, favorisant ainsi une plus grande responsabilisation de l'équipe à l'égard des services requis et dispensés.
- L'Ordre croit qu'une réorganisation du travail est nécessaire afin de réduire le cloisonnement entre les professions. Il convient de trouver un juste équilibre entre la reconnaissance de l'expertise et un fonctionnement efficient. La négation des compétences propres à chacun des groupes professionnels ainsi que le nivellement des pratiques professionnelles et des expertises particulières risqueraient de compromettre la qualité de l'offre de services.
- L'Ordre croit que le modèle de coordination des services devrait demeurer flexible pour s'adapter aux besoins de chaque client et s'oppose à ce que seuls certains



professionnels déterminés puissent assumer cette fonction.

- L'Ordre croit que l'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés devrait être coordonné avec les services de base afin d'assurer la continuité des services à la population et éviter les omissions ou les chevauchements possibles.
- L'Ordre voit de nombreux avantages à l'utilisation d'un dossier unique informatisé qui soit accessible au professionnel requis, peu importe le lieu où les services sont dispensés mais insiste fortement sur le fait que le respect des règles de protection des renseignements personnels est fondamental.
- L'Ordre considère qu'il y a lieu de maintenir et de consolider la participation du secteur privé et du secteur communautaire dans plusieurs secteurs d'activité. Cependant, l'Ordre considère que l'évaluation et la gestion des plans d'intervention doivent demeurer sous la responsabilité des professionnels qualifiés du réseau public et que le secteur public doit continuer à établir les standards mesurables sur la qualité des services et sur la compétence des ressources humaines.
- L'Ordre recommande fortement la mise en place d'indicateurs de système permettant d'évaluer la qualité des services. De telles données aideraient notamment les professionnels à mieux planifier leurs interventions et à établir le seuil en dessous duquel on ne peut plus offrir ou dispenser des services de qualité. L'ensemble de ces préoccupations pourraient être traitées dans le cadre des activités d'une commission consultative permanente responsable d'étudier la performance du système québécois de soins et de services.
- L'Ordre croit indispensable que les mesures adoptées permettent une plus grande responsabilisation des professionnels dont le statut et la compétence sont reconnus afin de stimuler leur mobilisation et d'augmenter l'efficacité du système.

Le financement

- L'Ordre ne peut qu'être d'accord avec le rejet de l'option d'un système «à deux vitesses» mais constate que les services de réadaptation font déjà face à ce type de système en raison des différences importantes dans l'accessibilité des services pour les personnes accidentées de la route ou du travail, les personnes couvertes par des assurances personnelles ou collectives et les autres personnes qui n'ont d'autre choix que d'attendre pour obtenir les services de base couverts par l'État, attente d'autant plus longue que les ressources professionnelles sont rares.
- L'Ordre demande que des orientations ministérielles pour les services de base en réadaptation soient prises et se traduisent par l'adoption d'une politique de la réadaptation. Cette politique devrait comporter les éléments d'une interface claire entre les différents ministères impliqués dans ce domaine et se traduire par un plan d'action qui respecte l'équité et l'accessibilité intra et interrégionale.
- L'Ordre croit qu'il convient d'exercer une extrême prudence dans l'application de mesures visant une plus grande contribution des usagers. Si cette option était

retenue, nous croyons que des mesures fiscales compensatoires devraient être envisagées, notamment pour les personnes ayant des incapacités physiques ou mentales, les aidants naturels et les personnes qui doivent se déplacer pour recevoir les services dont ils ont besoin sur une longue période.

- L'Ordre recommande l'intégration des diverses sources de financement pour les aides techniques en réadaptation et l'uniformisation des critères d'éligibilité et des procédures pour les obtenir.
- L'Ordre estime qu'il convient d'exercer la plus grande prudence avant de favoriser la gestion et la production privées de services. Il recommande que les services privés soient coordonnés avec les services publics de manière à assurer la cohérence des interventions.
- L'Ordre croit qu'un débat public sur la notion de ce qui est «médicalement ou socialement requis» devrait avoir lieu afin de prévenir les préjudices qui pourraient être causés à la clientèle la plus vulnérable. L'Ordre demande également à être consulté pour déterminer les services «médicalement ou socialement requis» au niveau de la réadaptation, plus spécifiquement de l'ergothérapie, si des mesures visant à créer des caisses spéciales pour des services non assurés par le régime public étaient prises.
- L'Ordre ne peut qu'endosser tout projet visant la diminution des coûts administratifs, l'augmentation de la productivité, l'équité et l'efficacité du système en autant qu'il maintienne la qualité des services. Une des pistes à explorer consiste à réduire les actes médicaux «à faible valeur ajoutée» pour favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources rares.

L'Ordre est conscient que des choix majeurs dans l'organisation et le financement des services de santé sont nécessaires si le Québec veut maintenir les valeurs qui font l'objet d'un consensus social : universalité, accessibilité et financement public. L'Ordre souhaite faire part à la Commission de son désir de participer pleinement aux réflexions qui ont ou auront cours. De plus, il s'engage à prendre les moyens nécessaires pour faciliter la mise en œuvre de la réforme à venir auprès de ses membres



ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

Pour une meilleure utilisation de nos ressources professionnelles

Les soins à domicile

Avec le virage ambulatoire, les CLSC ont dû recruter massivement des professionnelles, pour répondre à la demande accrue en soins à domicile. Les professionnelles recrutées sont principalement des infirmières techniciennes, mais également des infirmières bachelières et ce, dans une proportion de 40 %. Pourtant aucune étude n'indique que le recours à des bachelières se traduit par une amélioration de la qualité des soins.

Divers projets-pilotes ont été menés, au cours des dernières années, dans le but de faciliter l'intégration des infirmières auxiliaires en CLSC. Dans trois régions différentes, ces projets ont permis de conclure qu'il était à la fois pertinent et faisable d'intégrer les infirmières auxiliaires dans les activités professionnelles des CLSC. Nulle part a-t-on constaté une diminution de la qualité des soins et des services ou une baisse du taux de satisfaction des usagers. Ces expériences se sont déroulées sans difficulté significative, tant sur le plan de l'organisation des soins que sur le plan juridique.

Plusieurs organisations ont déploré le fait que des ressources non professionnelles, comme les aidants naturels et les auxiliaires familiales, se voient confier de plus en plus souvent des tâches de nature professionnelle, pour lesquelles elles n'ont ni la compétence, ni la formation. Notre système ne peut plus tolérer ces pratiques, qui sont illégales et dangereuses.

Le fait de privilégier les infirmières techniciennes et les infirmières bachelières dans les soins à domicile constitue un gaspillage de fonds, puisque la plupart des actes posés pourraient l'être, de façon beaucoup moins onéreuse, par les infirmières auxiliaires. En privilégiant l'intervention des infirmières auxiliaires dans une proportion de 3 :1 par rapport aux autres catégories de professionnelles, le coût horaire « nursing » de la visite à domicile passerait de 43,07 \$ à 33,36 \$. Les CLSC pourraient ainsi dégager une marge de manœuvre annuelle de l'ordre de 25 M\$, somme qui pourrait être réinvestie dans les soins à domicile.

Les soins de courte durée

Tout comme dans les soins à domicile, aucune étude n'indique que le recours à des infirmières bachelières et à des infirmières techniciennes dans les soins de courte durée se traduit par une amélioration de la qualité des soins. Dans presque tous les secteurs, les

infirmières auxiliaires peuvent être mises à contribution, à condition qu'elles bénéficient de l'autonomie professionnelle appropriée et qu'elles aient accès aux programmes de formation en cours d'emploi, incluant ceux permettant la maîtrise des nouvelles technologies.

Formation et recyclage

Le ministère de l'Éducation vient d'approuver le tout nouveau programme de formation professionnelle des infirmières auxiliaires, adapté aux nouvelles réalités de notre réseau. Il est donc urgent d'abolir sans délai les programmes de recyclage des infirmières auxiliaires, offerts dans plusieurs cégeps. Ces programmes de recyclage sont coûteux, inutiles et improductifs.

L'autonomie professionnelle des infirmières auxiliaires

L'introduction de mécanismes de délégation des actes a entraîné un cloisonnement et une fragmentation de l'exécution des actes professionnels. Ces mécanismes doivent faire place à une réglementation d'application générale, reconnaissant l'autonomie professionnelle des infirmières auxiliaires.

Recommandations

Au problème de « pénurie » de personnel infirmier professionnel dans le secteur des soins à domicile, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec propose la solution suivante : privilégier l'utilisation des infirmières auxiliaires dans les soins à domicile.

Au problème de « pénurie » de personnel infirmier professionnel dans le secteur des soins de courte durée, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec propose les solutions suivantes :

- Appliquer un moratoire sur toute suppression de postes d'infirmières auxiliaires dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les centres hospitaliers psychiatriques.
- Demander aux régies régionales d'évaluer, de concert avec les centres hospitaliers et les CLSC, les besoins en formation des infirmières auxiliaires, en matière de nouvelles technologies et de nouvelles techniques de soins, d'amorcer l'élaboration des programmes de formation appropriés et d'en assurer le suivi.

Aux problèmes organisationnels et financiers engendrés par le développement des programmes de recyclage des infirmières auxiliaires, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires propose les solutions suivantes :



- Appliquer un moratoire à l'admission des infirmières auxiliaires aux programmes de recyclage offerts par les cégeps.
- Abolir les programmes de recyclage des infirmières auxiliaires après la dernière cohorte.

Au problème des difficultés d'application reliées aux mécanismes de délégation des actes, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec propose la solution suivante :

- Remplacer les décrets de délégation d'actes par une réglementation d'application générale précisant plus clairement la capacité légale des infirmières auxiliaires.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Les réponses mises de l'avant dans ce mémoire s'articulent autour d'une vision de la santé chère aux infirmières. Il s'agit de l'approche des soins de santé primaires qui mise sur la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, et intervient sur les habitudes de vie. Les infirmières privilégient un juste équilibre des investissements pour développer les services de base et les services spécialisés ou ultraspecialisés.

Les solutions proposées portent davantage sur l'organisation des soins, qui est le domaine d'expertise par excellence des infirmières. Ces solutions s'appliquent aux problèmes d'accessibilité aux soins, d'équité sociale et de financement qui sont monnaie courante depuis les coupures draconiennes des dernières années. Un apport de fonds pour le développement des soins à domicile et pour l'amélioration de la prestation des soins aux personnes âgées hébergées est fortement recommandé. En outre, la recherche de flexibilité dans les milieux de travail et l'adoption de mesures d'attraction et de rétention des infirmières en place sont nécessaires dans le contexte de la pénurie de professionnels de la santé qui sévit présentement.

Collectivement et individuellement, les infirmières ne se laissent pas arrêter par l'ampleur des problèmes et ne cessent de prendre des initiatives pour améliorer les services de santé et les services sociaux. Elles ont cependant besoin de signaux clairs pour orienter leur action. Employées des établissements du réseau dans une proportion de 87 %, les infirmières en place sont les artisanes de la première heure des innovations cliniques qui ont rendu le virage ambulatoire possible. Il suffit d'évoquer le service de consultation téléphonique Info-Santé-CLSC, le développement du suivi systématique de clientèles et du site Internet L'infirmière virtuelle pour s'en convaincre. Leur contribution est tout aussi indispensable dans le secteur privé et dans le secteur de l'éducation.

Aujourd'hui, l'OIIQ s'inspire du dynamisme de ses membres. Il propose à la Commission la consolidation de projets qui ont déjà fait leurs preuves ici mais qui tardent à être déployés. Il suggère quelques solutions qui donnent de bons résultats ailleurs et dont il faut s'inspirer. Toutes ces propositions, qui visent à améliorer l'accessibilité des soins pour les malades, maintiennent un bon rapport coût-qualité pour le réseau de la santé et des services sociaux.

L'OIIQ privilégie de confier la responsabilité clinique et financière des soins à une organisation territoriale gérée par une équipe multidisciplinaire. En outre, étant donné que l'organisation des services spécialisés et surspecialisés justifie la coordination de traitements sur une base régionale et parfois nationale, l'OIIQ milite en faveur de la création d'un mécanisme d'intégration clinique sur une base régionale.



Il va sans dire que les infirmières continuent de croire en un système de santé largement financé par des fonds publics et dont les politiques sont établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'OIIQ reconnaît le bien-fondé d'allouer les budgets aux organisations territoriales selon une formule de capitation. Selon ce scénario, les budgets des organisations qui dispensent les soins leur sont répartis à l'aide d'un mécanisme de sous-capitation qui tient compte du nombre de patients traités et de la complexité des soins. Cependant, une mise en garde s'impose : cette option sera efficace dans la mesure où elle englobe tous les budgets à gérer y compris ceux de la rémunération médicale.

Selon les documents de référence de la Commission, la situation financière du Québec milite en faveur d'une gestion serrée du système et de la recherche d'efficacité. De l'avis des analystes, l'injection récente de fonds par le gouvernement fédéral ne change pas fondamentalement cette situation. Pour ce qui est des options envisagées par la Commission Clair, qu'il s'agisse de la désassurance de services, de l'augmentation des impôts, de la contribution des usagers ou de l'impartition de services, si ces solutions doivent être mises de l'avant, l'OIIQ considère qu'elles doivent l'être dans le respect des principes d'équité sociale qui sont à l'origine du système public. Les principes à respecter s'énoncent comme suit : avoir une fiscalité qui favorise les plus pauvres en faisant payer davantage les plus riches et, toutes choses étant égales par ailleurs, ne pas imposer une facture plus lourde à ceux qui sont malades.

Dans le même ordre d'idées, la participation du secteur privé à la production des services inquiète les infirmières. Toute ouverture de ce côté doit faire l'objet de règles du jeu et de directives claires concernant les services à produire et les résultats attendus. Il faut s'assurer de préserver l'équité sociale et l'intérêt du public. En ce qui concerne la contribution importante des employés de la petite entreprise privée et du secteur communautaire, il faut éviter de leur imposer un fardeau de travail indu et s'assurer que ces secteurs disposent des moyens pour maintenir la qualité des soins.

En résumé, voici les principales avenues de solutions proposées par l'OIIQ pour améliorer l'accessibilité des soins et l'intégration clinique :

- un apport de fonds pour le développement d'un régime de soins à domicile et pour l'amélioration de la prestation des soins aux personnes âgées hébergées ;
- une utilisation plus efficace des infirmières en place en modifiant les articles 36 et 37 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers ;
- le développement du service Info-Santé-CLSC pour qu'il devienne la plaque tournante des services de base au Québec ;
- la création d'un mécanisme d'intégration clinique sur une base régionale notamment pour assurer la continuité des périodes de traitement de certaines clientèles ayant des problèmes de santé complexes ;

- la responsabilité clinique et financière de l'organisation des services confiée à une équipe multidisciplinaire ;
- le développement du suivi systématique de clientèles comme l'approche clinique adaptée aux besoins de certaines clientèles tant à l'hôpital que dans la communauté ;
- la reconnaissance et le déploiement du rôle des infirmières œuvrant en dispensaire dans les régions isolées ;
- le développement du rôle d'infirmière praticienne dans les services de base et dans les services spécialisés et surspécialisés, ce qui exige une modification du cadre légal de la pratique infirmière ;
- la diffusion d'information sociosanitaire pertinente de façon à augmenter l'autonomie de la population sur ces questions. À cet effet, l'injection de fonds pour consolider le développement du site Internet L'infirmière virtuelle, qui contribue à l'éducation sanitaire, est un bon investissement. D'autre part l'OIIQ considère que le Québec doit se doter d'un institut québécois d'information sur la santé.

Enfin, le mémoire précise les actions que l'OIIQ compte accomplir sur le plan des services à rendre à la population, de l'intégration clinique, de l'amélioration du cadre légal de la pratique infirmière et d'une politique de développement des soins infirmiers.



ORDRE DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC

Des solutions qui passent par l'innovation

La contribution de l'Ordre des optométristes du Québec aux travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux se veut résolument orientée vers la recherche de solutions novatrices aux problèmes d'organisation et de financement en présence, sans craintes de remettre en question certains principes et orientations jusqu'ici perçus comme étant immuables et tout en ayant pour préoccupation de préserver l'équité d'accès.

L'organisation des services

Au chapitre de l'organisation, l'Ordre des optométristes propose l'adoption de mesures favorisant une plus grande flexibilité au niveau de l'évolution des capacités d'intervention des professionnels, en cherchant un meilleur équilibre entre, d'une part, les préoccupations de sécurité vers lesquelles sont orientés les mécanismes du système professionnel et, d'autre part, les exigences d'efficacité du système socio-sanitaire pour répondre aux besoins de la population.

Il est également proposé que les concepts de « services de base » et de « système de santé » devraient s'ouvrir aux services rendus par bon nombre de professionnels de la santé en cabinets privés. Il s'agit ici d'en arriver à ce qu'une large gamme de services rendus en cabinets privés, et non seulement les services médicaux, soient réellement pris en compte au moment où l'on identifie, planifie et organise les services que le système doit rendre à la population. Cette proposition suppose que l'on cesse d'identifier les services de base en fonction du statut du dispensateur et que l'on cherche plutôt à identifier les services qui s'avèrent pertinents pour la population. Elle suppose également que l'on en arrive à concevoir que pour certains services, les établissements du réseau aient recours à l'apport de professionnels de la santé qui, tels les optométristes, n'exercent généralement pas en établissements.

Enfin, il est proposé que les CLSC deviennent le lieu où un « intervenant-coordonnateur » serait accessible à chaque citoyen afin de lui faciliter l'accès aux différents types de services qu'il peut requérir à l'occasion d'un épisode de soins. Cet intervenant, qui devrait évidemment bien connaître les ressources accessibles sur le territoire, pourrait être appelé à tenir compte des différentes modalités établies par une « équipe de services de base » composée de représentants des différentes catégories de professionnels de la santé qui exercent sur le territoire, tant en établissements qu'en cabinets privés.

Le financement des services

En matière de financement, l'Ordre des optométristes soumet, en considérant les résultats non probants des désassurances de services optométriques de 1992 et 1993, que l'option de la désassurance de services ne doit pas être retenue. L'Ordre s'oppose également à toute mesure de tarification des services ou d'imposition d'un ticket modérateur.

En contrepartie, l'Ordre propose que toutes les mesures ayant le potentiel de contribuer à solutionner les problèmes de financement des services soient considérées. L'Ordre en arrive ainsi à proposer que la contribution que chaque citoyen est appelé à verser au financement des services de santé et des services sociaux, que ce soit à titre d'impôt-santé ou de prime à une caisse spéciale d'assurance, soit distincte des contributions fiscales qu'il verse pour le financement des autres programmes gouvernementaux.

Également, l'Ordre considère que des mesures visant à informer chaque citoyen quant aux dépenses qu'il a générées en termes de services et lui permettant de comparer les performances du système québécois avec celles d'autres systèmes offrant des services comparables à l'extérieur du Québec devraient être retenues.

De même, l'Ordre propose que la contribution générale de chaque individu puisse être modulée notamment en fonction du niveau de consommation des services, en tenant également compte de facteurs tels que la capacité de payer et l'intensité et la lourdeur des services requis.

Enfin, en phase avec les propositions faites au chapitre de l'organisation des services, l'Ordre soumet qu'on devrait considérer toute mesure par laquelle la gestion ou la dispensation de services pourrait être confiée à des intervenants du secteur privé, notamment par des professionnels œuvrant en cabinets privés, lorsqu'il s'avère que des avantages en termes d'économies et de gains d'efficacité pourraient en découler.

La contribution des optométristes à l'égard des solutions proposées

Forts d'une formation universitaire doctorale de cinq ans et étant répartis de façon très avantageuse sur le territoire québécois, les optométristes sont sans contredit des professionnels de première ligne accessibles en matière de santé oculaire qui peuvent déjà contribuer à rendre des services importants à la population.

Ayant vu leur capacité d'intervention thérapeutique reconnue avec l'adoption récente du Projet de loi 87, les optométristes sont appelés à jouer un rôle significatif au niveau du traitement des conditions pathologiques oculaires. Dans cette perspective, les optométristes devraient voir leur rôle prendre une importance accrue au sein du système socio-sanitaire québécois.



ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec a pour mission d'assurer la protection du public au regard du domaine d'exercice de ses membres, soit les troubles de la communication. L'Ordre contrôle l'exercice professionnel des orthophonistes et des audiologistes et voit à favoriser l'accessibilité du public à des services de qualité afin de contribuer à l'intégration sociale des individus et à l'amélioration de la qualité de vie de la population québécoise. Ce sont 900 orthophonistes et près de 200 audiologistes qui exercent dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans celui de l'éducation et en cabinet privé. Les professionnels des troubles de la communication agissent en prévention/promotion, dépistent, évaluent et traitent les personnes qui ont des problèmes de langage oral ou écrit, de parole, de voix, de dysphagie et d'audition. Ils agissent auprès d'individus ou de groupes de tout âge présentant un large spectre de problématiques de santé ou en lien avec les apprentissages, notamment scolaire.

Une situation très difficile pour plus de 700 000 Québécois qui ont des difficultés de communication

- 15 % des enfants d'âge préscolaire et scolaire ont des difficultés de communication; un jeune sur deux qui a des problèmes de langage développe des problèmes socio-affectifs ou de comportement.
- Le tiers des citoyens âgés de 65 et plus vivent avec une surdité qui engendre des difficultés quotidiennement (et à 75 ans, c'est près d'une personne sur deux).
- Plus de 400 000 Québécois vivent avec une surdité professionnelle.
- Les services de base et les services spécialisés sont sous-développés :
 - . 1 CLSC sur 4 offre des services de l'orthophoniste. Aucun, de l'audiologiste.
 - . les listes d'attente pour des services spécialisés pour les 1500 enfants identifiés comme ayant des troubles sévères du langage, dépassent 18 mois dans la majorité des régions.
- Il existe d'importants problèmes d'organisation et d'effectifs tels que le constatent le MSSS et l'Ordre :
 - . pour atteindre la parité des ratios professionnel/habitants entre le Québec et l'Ontario, c'est 462 professionnels qu'il faudrait ajouter au Québec, soit presque la moitié de l'effectif (total) actuel;
 - . entre 1992 et 1997, les services privés offerts par les orthophonistes ont augmenté de 130 % et ceux assurés par les audiologistes de 71 %; en 1999, ce sont plus de 250 professionnels qui exercent en privé et l'ensemble des frais sont à la charge des usagers.

L'Ordre propose quatre voies pour améliorer l'organisation et le financement

- Première voie :

Miser sur les services de base pour assurer des services spécialisés plus efficaces et plus efficaces financés publiquement

Les orthophonistes et les audiologistes assurent plus que des services spécialisés de réadaptation. Ils peuvent agir en prévention, en évaluation/diagnostic et en curatif en première ligne et contribuer directement à l'amélioration de la santé des individus et des populations.

L'expérience récente des orthophonistes dans 40 CLSC en témoigne.

- . que des efforts importants soient consentis pour développer des services de base en audiologie et en orthophonie pour les personnes qui ont des difficultés de communication afin qu'ils soient disponibles dans chacune des régions et des territoires du Québec.
- . que les sous-développements des services spécialisés soient comblés de manière à pouvoir répondre à la demande.
- . que le MSSS soit responsable de déterminer les orientations, les objectifs-résultats sur le plan national, en assurant des balises pour que des niveaux comparables de services soient disponibles dans chaque région.
- . que les régions aient la responsabilité de voir à la distribution des services de manière équitable et d'en favoriser l'accès.

- Deuxième voie :

Miser sur des compétences gagnantes et motiver les individus

Reconnaître l'autonomie pour améliorer l'efficacité du système

Une meilleure utilisation des compétences professionnelles spécifiques, reconnaissant l'autonomie, améliore les services et contribue à gérer les coûts d'opérations.

La part des services privés contrevient au principe de gratuité.

- que soit fait l'effort d'identifier quelles sont les ressources professionnelles les plus compétentes pour offrir des services à la population afin de diminuer la duplication des services ou la dispensation de services non requis médicalement.
- que les services offerts en cabinet privé par les orthophonistes et les audiologistes, notamment l'évaluation, soient assumés par l'État, puisqu'il s'agit de services de santé à part entière dont les coûts sont actuellement entièrement à la charge des usagers.
- que la formation continue soit mieux reconnue et encouragée dans une



démarche structurée et motivante pour les intervenants.

- **Troisième voie :**

Assurer des actions mieux intégrées au sein de l'autorité publique

Plusieurs organismes commandent des interventions du système de santé qui génèrent des coûts.

La tâche est ardue pour les citoyens qui ont besoin d'aide auditive ou de suppléance à la communication.

- que les différentes constituantes de l'autorité publique qui requièrent dans leurs modalités de décisions des interventions des professionnels de la santé aient l'obligation de consulter le MSSS de façon à éviter de créer des pressions importantes sur le réseau des services et par conséquent de contribuer à augmenter les dépenses de santé et des services sociaux et l'importance des listes d'attente.
- que les démarches pour les usagers qui ont besoin d'aides techniques soient facilitées, notamment par la mise en place de guichets uniques.

- **Quatrième voie :**

Développer des indicateurs pour les personnes qui ont des incapacités et favoriser la circulation de l'information

- que des indicateurs fins, précis, considérant autant les données qualitatives que quantitatives, soient développés et qu'ils tiennent compte de la réalité des personnes qui ont des incapacités temporaires et permanentes.
- que l'on mette en place des mécanismes souples, fiables et confidentiels qui faciliteront la circulation de l'information.

Au plan du financement :

- Le budget de base des régions doit financer les services de 1re et de 2e lignes. En respectant les balises indiquées par le MSSS, la région établit ses priorités et gère les fonds.
- La formule de financement doit considérer des caractéristiques régionalement : géographie, démographie, niveau socio-économique, niveau de santé, particularités.
- Pour réussir, il faut investir en 1re ligne et en 2e ligne

Afin d'améliorer le fonctionnement et les performances du système de santé et des services sociaux :

Constituer un conseil supérieur de la santé et des services sociaux qui aurait pour mandat d'évaluer le système et ses performances en fonction des réalités et des besoins de la société en considérant les dimensions organisation, financement, performance et

satisfaction des usagers.

Que ce Conseil soit autonome, imputable à la ministre, qu'il puisse mener ses propres projets de recherche et formuler des avis et des mémoires.

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec remercie la Commission d'avoir sollicité son avis.



ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

POUR UNE TRANSFORMATION OPTIMALE DES PRATIQUES EN SANTÉ : LA CONTRIBUTION DES PSYCHOLOGUES

L'Ordre des psychologues du Québec appuie l'effort de la Commission pour repenser l'organisation des services et le présent mémoire vise à proposer quelques pistes concrètes pour optimiser les pratiques professionnelles en santé. Le Québec compte présentement 6500 psychologues, répartis dans toutes les régions administratives. Environ 30% des psychologues pratiquent dans les établissements publics du secteur de la santé et des services sociaux et 13% œuvrent en milieu scolaire. En outre, près de 4 000 psychologues offrent des services privés d'évaluation et d'intervention. Bref, la psychologie est une profession très active dans le champ de la santé.

Le système de santé est confronté à des difficultés qui risquent de perdurer. La part du budget consacré à la santé a grimpé en quinze ans de 31,6% à 39,2% et ces dépenses vont continuer de croître dans les deux prochaines décennies. Cette croissance est principalement due à trois facteurs, dont aucun n'avait été prévu lors de l'implantation du régime public de santé: a) le vieillissement accéléré de la population, qui aura des répercussions non seulement sur les frais médicaux engendrés mais aussi sur les recettes fiscales; b) le développement technologique, qui permet de soigner de plus en plus de maladies mais à des coûts élevés pour le système; c) l'insuffisance du nombre de médecins et d'infirmières pour combler tous les besoins et assurer une présence suffisante dans toutes les régions du Québec.

Or, si les deux premières difficultés sont incontournables, il est possible de repenser l'organisation des services. Une réorganisation efficiente ne peut simplement reposer sur une restructuration administrative ou sur la dynamique des imputabilités régionales. Il faut plutôt repenser l'ingrédient qui est au cœur même du système : *l'acte de soins*, en mettant à contribution toutes les ressources professionnelles en fonction de leurs compétences respectives.

L'étude des difficultés produites par les pénuries d'effectifs médicaux révèle un problème systémique majeur : tout dans le système de la santé doit passer par le *goulot d'étranglement de l'acte médical*, ce qui a comme effet d'alourdir la tâche clinico-administrative de chaque médecin, de multiplier les coûts et de retarder les références et les soins. Une efficacité accrue du système passe par la revalorisation des professionnels, des équipes, des services compétents, et par un allègement de la tâche de coordination centrale des médecins. Il faut faire confiance à l'expertise des autres professionnels, à leurs mécanismes de formation et d'inspection, à leur sens éthique. Il ne faut pas abandonner le médecin à son sort mais plutôt le soutenir activement. Ainsi, le médecin

devrait faire étroitement équipe avec l’infirmière clinicienne pour les soins de santé physique et avec le psychologue clinicien pour les soins de santé mentale. C’est là une solution pratique, efficace et rentable.

Dans cette perspective, le gouvernement doit revoir ses lois et ses règlements pour délimiter plus clairement le champ d’exercice de la médecine et reconnaître un état de fait inscrit dans la pratique privée et publique en ce qui a trait à la contribution d’autres professionnels aux « actes médicaux » de diagnostic et de traitement. Il faut alléger la pratique des références vers les services psychologiques et reconnaître pleinement la capacité clinique des psychologues dans l’évaluation diagnostique des problèmes de santé mentale. Les psychologues sont des experts de l’évaluation et du traitement en santé mentale; ils pratiquent couramment le diagnostic dans leur domaine, comme leur Code de déontologie les y autorise et comme leur formation les y prépare.

En outre, les effectifs de psychologues dans le réseau public sont insuffisants compte tenu de la croissance des problèmes en santé mentale mais aussi du fait que l’efficacité clinique et la rentabilité économique des interventions psychologiques sont très bien documentées dans la recherche. Le MSSS doit favoriser une plus grande accessibilité aux services des psychologues, tant en première ligne qu’au niveau des soins spécialisés.

L’Ordre des psychologues du Québec formule donc les trois recommandations suivantes :

- Le médecin de famille devrait faire partie d’une équipe de professionnels composée de médecins, psychologues, infirmières et infirmiers auxquels il peut, au besoin, référer rapidement le patient suivant la nature du problème qu’il aura identifié.
- Le MSSS devrait modifier et alléger les pratiques clinico-administratives actuelles du réseau pour permettre aux psychologues d’évaluer et de traiter directement les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de faire les références nécessaires, le cas échéant, aux autres professionnels du réseau. Il faudrait également que le MSSS influence la révision du système professionnel dans le but d’introduire ces modifications.
- Le MSSS devrait investir davantage dans l’embauche de psychologues pour qu’ils puissent offrir des services aux personnes de tous niveaux de revenus et dans tout le réseau public de santé du Québec. Ces psychologues pourraient également collaborer à la formation et à la supervision clinique des intervenants des ressources communautaires, partenaires du réseau public en santé mentale.



ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

Être enceinte n'est ni une maladie, ni une pathologie. Au contraire, c'est la manifestation d'un état de santé. Avec le temps, l'accouchement est devenu, sans trop que l'on s'en rende compte, un acte médicalisé.

Pour les femmes, qui choisissent d'être suivies par une sage-femme, ce suivi correspond à une démedicalisation de la naissance et représente l'assurance que les services qui seront offerts le seront dans un continuum quant aux personnes qui prodigueront les services. L'humanisation et la continuité sont parmi les critères qui mettent la personne au *cœur du système*. Les sages-femmes soutiennent les femmes dans leur choix, qu'elles veuillent accoucher à domicile, dans les maisons de naissance ou en milieu hospitalier tout en assurant leur sécurité et celle de leur bébé.

Si la profession sage-femme a été reconnue, c'est principalement parce que les sages-femmes répondaient, en grande partie, à un besoin qui n'était pas comblé par le système de soins antérieur. La profession est unique puisque ce sont les femmes qui ont demandé et obtenu la légalisation de la pratique sage-femme.

De sa place centrale auprès de la femme lors d'un suivi pré, per et postnatal, il est de l'essence même de la profession sage-femme que la sage-femme agisse comme professionnelle des services de base ainsi que gère et coordonne l'ensemble des services destinés à une femme. Si la condition de la femme l'exige, le recours à des professionnels d'autres disciplines ou à des spécialistes sera coordonné par la sage-femme.

Au cours des projets-pilotes et depuis l'adoption de la Loi sur les sages-femmes, la collaboration s'est établie vers les services de deuxième et de troisième niveau. De plus, la coopération entre les sages-femmes et l'équipe multidisciplinaire des CLSC s'est consolidée sans difficulté et dans le respect des champs de compétence. La sage-femme coordonne les interventions vers les services psycho-sociaux de première ligne ou les services infirmiers ou encore, dirige la femme vers les programmes particuliers comme OLO, Naître égaux et grandir en santé, etc. Lorsqu'il s'agit de périnatalité, les sages-femmes devraient être la porte d'entrée et la première ligne pour les services de base.

Toutes les études disponibles et pertinentes sur la pratique sage-femme, incluant celles sur les projets pilotes, ont démontré des éléments en faveur de la pratique sage-femme. Tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif, les écarts entre la pratique traditionnelle médicale et la pratique sage-femme affichent une tendance qui mérite que la pratique sage-femme soit considérée comme un axe prioritaire en périnatalité. On peut mentionner une plus grande continuité au niveau des soins ainsi qu'une emphase sur l'information pour les clientes des sage-femmes. De plus les technologies médicales en

période prénatale et perinatale pour les clientes des sage-femmes sont judicieusement utilisées, qu'il s'agisse d'échographie, d'amniocentèse, de test de réactivité fœtale ou de dépistage de diabète. Les interventions médicales perinatales comme le déclenchement du travail, l'administration des ocytociques, la péridurale, l'épisiotomie, l'utilisation des ventouses et les césariennes sont aussi moins fréquentes. Les études confirment également que l'accouchement à domicile n'est pas moins sécuritaire qu'en milieu hospitalier.

Puisque le champ de pratique de la sage-femme demeurera le même quel que soit le lieu de naissance, tout nous autorise à penser que les données quant au profil de pratique des sages-femmes lors d'assistance d'accouchements normaux à l'hôpital et à domicile seront similaires à celles observées en maison de naissance lors des projets-pilotes ou à celles mentionnées dans les études étrangères. L'utilisation des sages-femmes comme intervenantes de base en périnatalité représentera donc des économies substantielles pour le système. Les ressources, tant humaines que matérielles, de 2^{ième} et 3^{ième} niveaux, pourront se concentrer sur les cas lourds.

Une des caractéristiques majeures qui se dégage de la pratique sage-femme est l'importance accordée à l'information aux femmes par les sages-femmes. La possibilité d'aborder plus longuement les questions d'une alimentation et d'un mode de vie sains sont des facteurs non négligeables en termes de santé. L'implication des femmes est telle qu'elles se sentent davantage responsables. De plus les clientes sages-femmes allaitent dans une proportion beaucoup plus élevée et sur une période plus longue que l'ensemble des femmes du Québec.

Les bénéfices en terme d'apprentissage ne sont plus à démontrer pour les bébés allaités pendant plus de 4 mois. En terme de santé publique la réduction des coûts d'hospitalisation des enfants n'ayant plus à être prouvés, nous pouvons affirmer que la présence des sages-femmes comme intervenantes de première ligne assurera une diminution substantielle des coûts tant au niveau de la santé physique que psychosociale.

Avec l'instauration du programme de baccalauréat en pratique sage-femme le nombre de 300 sages-femmes devrait être atteint en 2010 et elles pourraient assister, en première ligne, à environ 15 pour-cent des naissances. La périnatalité québécoise doit se redéfinir à la lumière de ces projections.

En conclusion, la pratique sage-femme ne se veut pas un service compartimenté, au contraire. L'avènement de la profession sage-femme donne l'occasion d'intégrer des ressources qui ont une vision et une manière de faire différentes. Une approche novatrice qui répond aux besoins des femmes et de la famille et qui, en partie, est une solution aux problèmes d'organisation et de financement du régime. Nous avons la conviction que la pratique sage-femme est un service viable, fonctionnel et essentiel.



ORDRE PROFESSIONNELS DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) a pour mission de protéger le public, en assurant la qualité des soins nutritionnels dispensés par les diététistes/nutritionnistes. À cet effet, l'OPDQ a à maintes reprises réclamé du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dans le contexte des compressions budgétaires gouvernementales entreprises dans les années quatre vingt dix, une politique cohérente en matière de nutrition, non seulement au sein du réseau de la santé et des services sociaux, mais encore à l'intérieur des services privés et communautaires. Le rôle et la responsabilité des CLSC dans la distribution des soins de santé à la population sont appelés à augmenter de manière importante. Conséquemment, leurs services nutritionnels exigeront plus que jamais des compétences spécialisées afin d'assurer l'efficacité des interventions.

Énoncé de position

L'OPDQ considère essentiel que les services nutritionnels soient promptement revus et adaptés aux changements découlant de la réforme du système de santé. L'identification des personnes à risque de problèmes nutritionnels et le continuum des services d'un palier à l'autre des établissements du réseau de la santé sont deux éléments clés dans l'efficacité et l'efficacité des services nutritionnels. Une réorganisation des services nutritionnels s'impose, qui devra mettre à contribution la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux, la vision des régies régionales de la Santé et des Services sociaux, les plans d'opérations de chacun des établissements du réseau, ainsi que l'expertise spécialisée des diététistes/nutritionnistes.

La nécessité des soins nutritionnels

Les besoins nutritionnels et physiologiques d'un individu augmentent de façon considérable, à des degrés divers, au moment d'une maladie, à la suite d'une chirurgie, en cours de traitement médical ou lors de la prise de médicaments. La malnutrition entraîne une augmentation de la morbidité, du taux de complications majeures, de la durée moyenne de séjour et du taux de mortalité. Il a été démontré qu'il en coûte 2,5 fois plus pour guérir les lésions de pression que pour les prévenir. Trois à 11 % des résidents de centres d'hébergement auraient des plaies de pression causées par la dénutrition. Des experts ont estimé que l'intervention nutritionnelle, complémentaire à celle de l'équipe multidisciplinaire traitante, est susceptible de réduire de 25 % les coûts du traitement des lésions de pression.

Voici un calcul rapide : Si 2 000 usagers vivant en centres d'hébergement ou en Pavillon souffrent de plaies de pression, (5 % de la clientèle), l'économie chiffrée à 5 000 \$ CAN par personnes seraient de 10 millions \$. Une diététiste par centre pour dépister, évaluer, préparer et assurer le suivi des plans d'intervention nutritionnel coûterait près de 7,5 millions \$ d'où une économie réelle de près de 3 millions \$ et ce uniquement au chapitre des plaies de pression.

En faisant l'hypothèse que l'implantation d'un tel plan d'action nutritionnel intégré dans l'ensemble du Québec requerrait un ratio estimé à une diététiste par 30 minutes / mois / usager / par CHSLD pour assurer un suivi nutritionnel adéquat, au coût moyen de 50 000 \$, un budget global de l'ordre de 7,3 millions \$ serait requis pour l'ajout de ces ressources dans les centres de soins de longue durée (publics et privés). Les diététistes actuellement en poste ne font pas partie du budget visant à rencontrer ces activités nouvelles. En somme c'est un coût moyen de 197.37 \$ par usager soit une réduction potentielle des coûts et ce uniquement reliée aux plaies pression sans tenir compte du potentiel relié aux multiples conséquences reliées à la malnutrition.

Le Gouvernement du Québec en 1988, via la Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux, identifiait clairement les mauvaises habitudes alimentaires comme une des sources les plus importantes de problèmes de santé. Plusieurs études ont aussi démontré de façon claire les économies substantielles à retirer d'une intervention au niveau des habitudes de vie, dont l'alimentation. Que l'on pense aux maladies cardiovasculaires, aux élèves qui ne mangent pas suffisamment, au cancer, au sida, à la malnutrition dont souffre nos aînés...

Pour les interventions et suivis nutritionnels auprès des personnes diabétiques (diagnostiquées), on parle de plus de 9 000 \$ US par année par client insulino-dépendant, sans compter les coûts énormes associés aux interventions cardiovasculaires, aux cas d'insuffisance rénale et amputations, toutes des conséquences du diabète non traité adéquatement.

Si l'on veut mettre de l'avant des interventions nutritionnelles additionnelles et à valeur ajoutée dans un contexte de ressources limitées, l'embauche d'un bassin supplémentaire de diététistes/nutritionnistes en CLSC est inévitable. En faisant l'hypothèse que l'implantation d'un tel plan d'action nutritionnel intégré dans l'ensemble du Québec requerrait un ratio de deux diététistes par CLSC au coût moyen de 45 000 \$, de deux techniciennes en diététique au coût moyen de 30 000 \$ par année et de trois auxiliaires familiales au coût annuel moyen de 25 000\$, un budget global de l'ordre de 30 millions \$ serait requis pour l'ajout de ces ressources dans les 157 CLSC. Les diététistes actuellement en poste ne font pas partie du budget visant à amorcer ces activités nouvelles. En estimant des économies annuelles de l'ordre de 125 millions \$, il s'agit



d'un rapport coût/bénéfice supérieur à ?. En somme c'est un coût moyen de 200 000\$ par CLSC, soit l'équivalent des coûts d'hospitalisation de seulement 7 bébés de petit poids à la naissance.

Les soins nutritionnels actuels sont compromis

Dans l'ensemble du réseau, un grand nombre de personnes à risque de problèmes nutritionnels demeurent non identifiées, et conséquemment non traitées, en l'absence de programmes de dépistage systématique. Même lorsque les problèmes nutritionnels ont été identifiés, il est difficile d'effectuer une intervention nutritionnelle adéquate. En centre hospitalier, la réduction de la durée du séjour combinée à la réduction des ressources humaines et matérielles en nutrition jouent contre l'accessibilité des soins nutritionnels. Le suivi post-hospitalisation est lui aussi compromis car, en soins nutritionnels, il existe très peu de structures de communication entre les intervenants du réseau lors du retour de la personne à domicile ou de son transfert dans un autre établissement. D'autre part, l'accès aux diététistes/nutritionnistes est très limité pour les personnes non hospitalisées. Les services nutritionnels dispensés en centres hospitaliers ne sont offerts qu'aux personnes référées par les médecins affiliés et, de plus, ces services subissent des compressions importantes. Enfin, à l'heure actuelle, près du quart des CLSC ne comptent pas de diététiste/nutritionniste dans leur équipe.

Une réorganisation des services nutritionnels s'impose

Réaliser un dépistage systématique, une intervention performante et un suivi efficace fait appel à tous les paliers du réseau. Suite à la réorganisation des services, les CLSC devront pour leur part intervenir directement auprès de la clientèle en post-hospitalisation, en plus de continuer leur action essentielle en santé préventive. En 1991, nous avons évalué qu'au Québec seulement, les coûts de soins aux bébés de petits poids à la naissance (BPPN) issus de milieux défavorisés incluant le suivi relié à leurs handicaps ou incapacité pendant toute leur vie, s'élevaient à plus de 100 millions \$ annuellement. La méthode d'intervention nutritionnelle Higgins pourrait permettre de réduire l'incidence de BPPN de 50 % et donc d'épargner plusieurs dizaines de millions de \$ par année au réseau de santé. Ces économies pourraient même être pratiquement doublées en ciblant aussi les femmes enceintes à risques nutritionnels issues de milieux favorisés.

Voici un calcul rapide : si dans chacun des CLSC du Québec une diététiste/nutritionniste était directement responsable du dossier des BBPN et des femmes enceintes à risque, le coût serait de l'ordre de 10 millions de \$ par année. Ce qui veut dire que si l'on permettait de réduire l'incidence de 50 % , l'économie réelle pour le réseau serait de 40 millions \$ annuellement. Il faut passer à l'action.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande

La révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* afin de s'assurer que la population (incluant les jeunes enfants d'âge pré-scolaire, les enfants et les adolescents d'âge scolaire) ait accès à des services de soins nutritionnels adéquats et en nombre suffisants et de s'assurer que ces services soient donnés par des diététistes/nutritionnistes. Que l'enregistrement de données nutritionnelles fasse dorénavant partie de l'histoire médicale des bénéficiaires du système de santé québécois, puisque de tels renseignements ne sont pas systématiquement colligés dans les dossiers médicaux des citoyens.

De rendre aux intervenants et établissements du réseau socio-sanitaire les ressources adéquates pour répondre aux priorités identifiées. À l'intérieur de chacun des programmes l'alimentation et la nutrition sont des habitudes de vie influençant la santé physique et mentale directement ou indirectement. Une diététiste/nutritionniste devrait être présente pour chacun des programmes et agir comme agent de liaison avec les autres ressources du milieu.

La nécessité pour les CLSC, les CHSLD et les CHCD d'avoir les ressources diététistes/nutritionnistes en nombre suffisant pour répondre aux exigences des clientèles et des exigences du continuum de soins inter établissement.

Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux encourage, par l'octroi de ressources financières récurrentes, des projets de recherche, afin d'identifier les interventions nutritionnelles les plus efficaces auprès des personnes âgées, dont un outil de dépistage nutritionnel.

Pour terminer, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec réitère sa collaboration pour la mise en place de ces recommandations et remercie la Commission pour son intérêt pour la santé nutritionnelle des québécois et québécoises.



ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Le mémoire produit par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dans le processus de consultation sur la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, véhicule trois principes fondamentaux pour la profession d'inhalothérapeute et ce, en regard de l'importance de cette activité professionnelle et des risques liés à toute intervention en matière de santé cardio-respiratoire.

- 1- Il faut mettre à contribution les meilleures ressources et compétences disponibles pour dispenser des services adéquats sur le plan scientifique et technique;
- 2- Il faut donner à l'ordre professionnel visé les moyens nécessaires pour encadrer l'ensemble des professionnels susceptibles de poser des actes aussi exigeants et potentiellement lourds de conséquences;
- 3- Il faut rehausser une formation déjà performante à un niveau universitaire afin de répondre adéquatement à une demande sans cesse croissante de soins efficaces à des coûts abordables.

Les avenues et solutions proposées dans ce mémoire sont de deux niveaux différents; le curatif et le préventif.

Le volet curatif n'est pas innovateur. Il existe actuellement dans certains établissements, des nouvelles approches thérapeutiques, comme l'utilisation de protocoles guidés, d'algorithmes de décisions, de suivi systématique de la clientèle, de plans de soins des clientèles par programme, etc. L'utilisation de ces nouvelles approches thérapeutiques a fait ses preuves dans certains établissements. Le principal impact est un temps d'hospitalisation réduit, d'où économie de ressources budgétaires et amélioration de la qualité de vie de ces patients. Malheureusement, cette pratique est loin d'être généralisée. Nous préconisons donc l'application de ces nouvelles approches thérapeutiques à travers tous les établissements où l'on retrouve une clientèle atteinte de maladies reliées au système cardiorespiratoire.

Les inhalothérapeutes agissent dans un cadre qui est à la fois curatif et préventif. Il faut donc encourager l'instauration de cliniques multidisciplinaires à vocation spécifique; l'arrêt tabagique, la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'enseignement sur l'asthme et ce, à travers toutes les régions du Québec. Il faut également promouvoir le NON TABAGISME chez la clientèle scolaire et ce, dès le niveau primaire; c'est une éducation à la santé et c'est impératif!

Ne réinventons pas la roue, mais mettons en application les projets qui déjà fonctionnent très bien. Appliquons-nous à utiliser à bon escient les ressources disponibles dans un

contexte d'interdisciplinarité. Les professionnels que sont les inhalothérapeutes, prodiguent déjà des soins de qualité. La généralisation de ces solutions leur permettrait d'atteindre un rendement supérieur et une meilleure efficacité.



ORDRE PROFESSIONNEL DES PHYSIOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

À titre d'organisme québécois de réglementation de la pratique de la physiothérapie, ayant pour mission d'assurer la protection du public en surveillant l'exercice de la physiothérapie par ses membres, l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec (l'Ordre) met l'emphase sur le problème d'inaccessibilité pour la population aux services de base en physiothérapie.

L'inaccessibilité pour un fort pourcentage de la population aux services rendus par les physiothérapeutes perdure et même s'accroît :

- dans le **secteur public**, en raison des listes d'attente et de formes de discrimination exercées dans les services publics ;
- dans le **secteur privé**, en raison de la grande proportion de la population qui ne possède pas d'assurances privées couvrant les soins de physiothérapie et qui n'est pas couverte par un régime public d'indemnisation (CSST, SAAQ, IVAQ).

LES CONSIDÉRATIONS

- le Conseil médical du Québec, les organismes nationaux et internationaux de la physiothérapie reconnaissent les physiothérapeutes à titre **d'intervenants de première ligne** ;
- un des facteurs d'efficacité du système de soins de santé réside dans le **déploiement adéquat de services de première ligne**, incluant des services de physiothérapie de première ligne. À ce titre, nous soulignons que les physiothérapeutes pratiquant dans le réseau public et dans le secteur privé sont présents dans toutes les régions du Québec ;
- les physiothérapeutes sont les **seuls professionnels du champ de la physiothérapie inscrits au Code des professions** et, de ce fait, constituent un corps professionnel dont la spécificité et la compétence sont garanties des traitements efficaces dispensés en toute sécurité à la population qui les consulte ;
- les constats et les recommandations du **Vérificateur général du Québec** soulèvent clairement le problème **d'inaccessibilité pour la population à des soins de base en physiothérapie** ;
- l'intervention des physiothérapeutes s'inscrit nettement dans les avenues de solutions présentées par le **Conseil médical du Québec** sur l'apport complémentaire du secteur privé aux **services médicalement requis pour des soins de base en réadaptation** ;

- les avenues de solutions également présentées par le groupe signataire du **Rapport Arpin** sur la question de l'**accès aux soins de base en réadaptation pour toute la population, incluant les plus démunis**, embrassent les mêmes préoccupations de l'Ordre ;
- les besoins de soins de santé physique de la population québécoise sont documentés et identifiés par des études canadienne et québécoise qui établissent à **plus d'un demi-million, le nombre de personnes présentant des incapacités au plan moteur.**

LES SOLUTIONS PROPOSÉES

l'instauration d'un régime contributif d'assurance réadaptation couvrant la prestation des services de base en physiothérapie dispensés en clinique privée et à domicile, sur le modèle du Régime général d'assurance médicaments ;

- **l'élargissement progressif du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)** aux services de base en physiothérapie, services médicalement requis, cette couverture s'appliquant à l'ensemble des physiothérapeutes dispensant des services de physiothérapie dans le secteur privé et à domicile;
- **le recours à l'expertise des physiothérapeutes dans les services Info-santé**, pour tout problème plus spécifiquement d'ordre musculosquelettique pouvant nécessiter des services-conseils ou, à brève échéance, des services de base en physiothérapie ;
- **le décontingement des programmes universitaires de physiothérapie.** Cette action doit être envisagée sérieusement par l'ensemble des acteurs et des décideurs gouvernementaux, l'Ordre étant d'avis qu'on assiste déjà à une pénurie de ressources en physiothérapie pour répondre à l'ensemble des besoins de santé physique d'une population vieillissante et que cette pénurie n'ira qu'en augmentant ;
- **d'autres solutions** pourraient être envisageables à court terme, tout comme à plus long terme. Par exemple la création de cliniques-écoles dans les établissements d'enseignement universitaire, la création d'un fonds spécial pour la réadaptation, etc.

CONCLUSION

Les solutions proposées par l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux visent une **meilleure accessibilité aux services de base en physiothérapie pour les clientèles électives sans couverture d'assurances publiques ou privées.**



L'Ordre considère primordial et urgent que :

- le gouvernement du Québec **affirme clairement une volonté politique** de rendre accessibles les services de base en physiothérapie, de façon équitable, à toutes les Québécoises et à tous les Québécois dont la condition requiert de tels services, sans égard à l'âge des personnes ;
- le gouvernement du Québec **concrétise cette volonté politique** dans des orientations claires et des lignes directrices définies à tous les paliers décisionnels de planification et d'organisation des services de santé du réseau public.

L'Ordre est d'avis qu'il relève de la **responsabilité du gouvernement du Québec de s'assurer que**:

- l'organisation de la prestation (la production) des services de base en physiothérapie mette à profit toutes les ressources pour ce faire, publiques et privées, quelle qu'en soit la forme ;
- la couverture financière des services de base en physiothérapie soit adéquate et équitable pour l'ensemble de la population québécoise, et ce, quelle que soit la forme de financement des services ;
- le réseau public de soins mette à profit les développements implantés (prises en charge rapides, suivis systématiques, etc.) dans l'organisation des soins par les régimes d'assurances publiques (CSST, SAAQ, IVAC) pour le bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec considère essentiel qu'à titre d'organisme officiel de réglementation de la pratique en physiothérapie, il participe à tout processus décisionnel concernant la planification et l'organisation des services de physiothérapie requis pour répondre aux besoins de la population québécoise.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (OPTSQ)

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec compte quelque 4 700 membres dont la majorité sont à l'emploi des organismes du réseau de la santé et des services sociaux : centres hospitaliers, CLSC, centres jeunesse. D'autres sont à l'emploi d'organismes communautaires qui travaillent en complémentarité avec les organismes du réseau : centres de femmes et centres d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, centres de jour en santé mentale, centres pour toxicomanes, centres d'écoute pour personnes suicidaires, etc.

Dans ce mémoire, nous soulignons à la Commission la grande disproportion qui existe entre le financement des services de santé et celui des services sociaux, qui est nettement le parent pauvre du système. Dans leur travail quotidien, nos membres sont à même de constater cette grande disproportion, malgré le virage milieu qui fait des milieux naturels un lieu privilégié de distribution des services de santé et de services sociaux. Ces milieux naturels nécessitent la mise à contribution des parents, des proches et de ressources légères, médicales et sociales (travailleurs sociaux, éducateurs, auxiliaires familiales, aides domestiques, ressources de répit, etc.), si l'on veut qu'ils puissent rendre des services adéquats. Afin d'éviter l'épuisement de ces ressources et des retours périodiques en hôpital et autres milieux institutionnels, il faut consentir les ressources nécessaires pour que ces milieux puissent relever les mandats importants qui leur sont confiés. Manifestement, c'est ce qui a manqué jusqu'ici.

Nous insistons également sur l'importance des déterminants sociaux de la santé, et particulièrement sur l'incidence majeure de la pauvreté sur les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Outre la pauvreté et l'exclusion sociale qu'elle entraîne, certaines problématiques sociales nous semblent devoir recevoir une attention particulière : la protection des enfants, qui est une problématique négligée et sous-financée; les problèmes de santé mentale, en particulier les problèmes des enfants dont un parent souffre de problèmes mentaux.

Enfin les problèmes inhérents au vieillissement de la population, qui nécessiteront également des investissements majeurs, surtout avec le virage milieu, si l'on considère que la très grande majorité de la population vit dans des milieux urbains où les solidarités familiales et les réseaux naturels de support sont en déclin. Le morcellement des services ainsi que l'utilisation non-différenciée des professions dans plusieurs milieux de pratique nous préoccupent beaucoup également.

En ce qui concerne les mesures proposées pour faire face aux problèmes de financement et d'organisation du système, nous prôtons d'abord un rééquilibrage dans le



financement des services sociaux, un réinvestissement dans la promotion sociale, la prévention des problèmes sociaux et la recherche sociale, le respect des champs de compétence des professions, un investissement important dans l'encadrement clinique des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé et des services sociaux, des programmes de formation continue adaptés aux besoins de chacun, et enfin l'appartenance obligatoire des diplômés universitaires en travail social à leur ordre professionnel, qui est une mesure essentielle pour assurer la protection du public.

Pour ce qui est des mesures pour améliorer l'organisation des services, la constitution d'équipes de professionnels qui seraient responsables d'une clientèle et qui la suivraient de façon continue dans le temps en répondant à ses divers besoins de services de santé et de services sociaux, nous apparaît une avenue fort intéressante à explorer, à la condition que ces équipes relèvent du secteur public et soient accessibles à tous. Car, pour nous, notre société doit demeurer équitable et solidaire de tous ses citoyens, et doit donner accès à tous à l'ensemble des services de santé et des services sociaux, peu importe leurs ressources financières. Ceci est un principe incontournable.

REGISTRE DES OSTÉOPATHES DU QUÉBEC

L'Ostéopathie: une solution rentable pour la santé des québécois

Le réseau de la santé cherche des solutions rentables, efficaces et innovatrices dans la résolution des problèmes auxquels il fait face. À cet effet, le Registre des Ostéopathes du Québec propose l'intégration de l'ostéopathie dans l'organisation professionnelle de la santé et ainsi la rendre accessible à tout citoyen dont la condition de santé le prescrit.

La clientèle québécoise en ostéopathie considère l'Ostéopathie comme une thérapeutique très efficace et lui donne ainsi le plus haut taux de satisfaction (**100% selon le Journal La Presse en 1992**). Cette forte popularité lui a procurée un taux de croissance de **679% en 5 ans. (Régie Régionale de Montréal-Centre 1993)**.

- C'est une thérapeutique efficace:
 - . Tous nos clients sans exception jugent cette thérapeutique efficace dont 65% l'estiment très efficace et 35% assez efficace.
 - . Le taux de satisfaction de la clientèle en ostéopathie est de 86%.
 - . Les traitements ostéopathiques contribuent à **diminuer la consommation de médicaments**, à remettre sur le marché du travail des personnes en incapacité fonctionnelle, à réduire le nombre de traitements...
 - . **L'efficacité, la fréquence et la durée des traitements contribuent à en diminuer les coûts.**

L'ostéopathie se définit comme une médecine manuelle et mécaniste. La mécanique humaine y occupe une place de choix car c'est par elle que les ostéopathes évaluent et traitent leur patient.

Par son approche globale, elle se distingue de toute autre profession et ne les remplace d'aucune façon. Elle en est complémentaire. Sa spécificité réside dans son analyse des différents systèmes et de sa compréhension de leurs interrelations. Son champ d'application est vaste et elle s'adresse tout particulièrement aux problèmes dysfonctionnels du corps humain.

Elle s'adresse généralement, à toute personne:

- ayant subi un traumatisme physique, un accident de voiture, de sport de travail...
- ayant des troubles de posture provoquant des dysfonctions musculo-squelettiques, viscérales et organiques...
- souffrant de dysfonctions chroniques tels arthrose, sciatalgie, névralgie, vertige, maux de tête...



- ayant des problèmes physiques reliés au stress, à la surcharge de travail, à un traumatisme émotionnel...
- de plus, elle s'adresse aux femmes enceintes présentant des troubles physiques: douleur dorsale, lombaire, sciatalgie, troubles fonctionnels...
- l'ostéopathie peut aussi aider les enfants présentant des problèmes de développement psychomoteur, des troubles de langage, de concentration et d'apprentissage.

L'ostéopathie n'est accessible qu'à ceux qui en ont les moyens alors que c'est partout dans le réseau que l'on rencontre des citoyens pouvant en bénéficier. Tout en maintenant sa présence en privé elle devrait être accessible dans:

- CLSC, Centres d'accueil et hôpitaux, pour les nourrissons, les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées;
- cas d'accidents de travail et accidents de la route: ces types de traumatismes ont particulièrement besoin de nos services;
- écoles pour les enfants avec des difficultés d'apprentissage et troubles divers: posture, scoliose, concentration, etc...;

Afin de connaître l'impact réel de l'ostéopathie sur la santé des québécois le R.O.Q. propose la création de projets pilotes afin d'en étudier l'efficacité particulièrement sur les problèmes ostéo-articulaires ces derniers étant la cause première d'incapacité physique des québécois.

REGROUPEMENT DES DIÉTÉTISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DES RÉGIONS 05-06-07-13-14-15-16

Le regroupement des diététistes en santé communautaire des régions 05-06-07-13-14-15-16 profite du débat public sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux pour présenter son avis. Le regroupement existe depuis plus de 20 ans et réunit des diététistes qui travaillent dans les services de première ligne soit majoritairement dans les CLSC.

Elles sont fortement impliquées dans les activités de promotion, de prévention et dans les soins curatifs. Elles collaborent aussi avec de nombreux groupes et organismes communautaires et les cabinets privés de médecins. Leur rôle d'expertise conseil est reconnu par de nombreux professionnels avec lesquels elles travaillent dans les équipes multidisciplinaires.

La nutrition essentielle à tous les âges de la vie

La nutrition traverse tous les âges de la vie qu'ils s'agissent de prévention primaire secondaire ou tertiaire. Est-il besoin de rappeler que se nourrir est un besoin de base de tous les individus ? Il est d'autant plus étonnant qu'elle ne fasse pas partie des services de base.

Il ne se passe pas une journée sans que les journaux ou revues ne présentent des articles sur la nutrition. Les diététistes des CLSC font face à une forte demande de la population pour des services en nutrition. Que l'on pense à la prévention des bébés de petits poids, aux élèves qui ne mangent pas suffisamment, aux maladies cardio-vasculaires, au diabète, au cancer, au sida, à la malnutrition dont souffre nos aînés...L'Ordre professionnel des diététistes du Québec a déposé de nombreux mémoires à ces sujets. Plusieurs problèmes nutritionnels affectant la population sont très bien identifiés. Il serait temps de passer à l'action.

Où sont les services nutritionnels dans le virage ambulatoire ? Le regroupement des diététistes en santé communautaire est préoccupé.

Malheureusement force nous est de constater que les nombreuses actions des diététistes en santé communautaire sont méconnus de la Fédération des CLSC-CHSLD et de certaines Régies Régionales.

Les services nutritionnels offerts dans les CLSC sont inégaux. Il y a un manque flagrant de continuité des soins nutritionnels offerts par les Centres hospitaliers lors du retour



dans son milieu du bénéficiaire. Où sont les services nutritionnels dans le virage ambulatoire ? Le regroupement des diététistes préoccupé par le problème de manque de continuité, de ressources humaines et l'absence de lieu officiel a mis sur pied une Table de continuité des soins nutritionnels dans la région de Montréal-Centre. Certaines Régies Régionales ont déjà créés des tables de continuité des soins nutritionnels.

Les Régies Régionales ont fait des femmes enceintes et des enfants une priorité. Les diététistes sont impliqués dans les programmes de type OLO ou Naître égaux et grandir en santé. Nous devons continuer à investir auprès de ces familles après la naissance ne serais ce que pour aider à prévenir l'anémie chez les enfants ce qui peut affecter leur apprentissage scolaire.

La nutrition et la réduction des coûts de la santé

On sait que le traitement médico-nutritionnel permet de réduire les nombreux coûts de médication et de traitement curatif mais la population n'a souvent pas accès aux services d'une diététiste. Soit elle n'a pas les moyens financiers de consulter les services privés, soit aucun service n'est offert dans son CLSC. Lorsqu'elle y a accès les délais sont trop longs ce qui est préjudiciable à sa santé. Par contre certains services nutritionnels sont offerts en milieu hospitalier (ex ; clinique externe) et sont aussi offerts en CLSC dédoublant ainsi les services. Les services de consultations nutritionnelles en CLSC sont un complément aux services médicaux offerts en cabinet privé. A cause du manque de ressources humaines certains CLSC ne peuvent offrir ce service qu'à la clientèle des médecins du CLSC.

Il est reconnu que la prévention aide à réduire les coûts de santé, qu'elle peut aussi réduire le recours aux services spécialisés mais elle ne fait pas le poids dans les médias face aux listes d'attentes et aux salles d'urgence débordés. On mentionne toujours la prévention dans les documents du ministère de la santé et ceux des Régies Régionales mais le financement ne suit pas. La prévention est malheureusement le parent pauvre du système de la santé même si l'on sait qu'il est beaucoup moins coûteux de prévenir que de guérir. La nutrition a une place prépondérante en ce qui concerne la prévention de plusieurs problèmes de santé affectant la population québécoise.

Nous terminons ainsi ce bref état de fait et nous vous faisons part de nos propositions afin que les services nutritionnels soient intégrés et continus dans le réseau.

Organisation des soins de santé et financement des soins de santé ;

Nous proposons que :

- Les Régies Régionales se dotent d'un porteur de dossier nutrition et élabore un plan de dispensation des services nutritionnels intégrés et continus en collaboration avec l'Ordre des diététistes professionnels du Québec et des diététistes des

différents organismes du réseau de la santé et des organismes communautaires.

- Ce plan devrait inclure entre autres des tables permanentes de continuité des soins nutritionnels afin qu'il ait une structure de communication efficace et simple entre les intervenants du réseau.
- Que les personnes ayant besoins de services nutritionnels soient identifiés. (programme de dépistage systématique).
- Que les diététistes soient en nombre suffisants pour offrir les services nutritionnels requis par la population. Le coût des diététistes est minime si on le compare aux coûts de la technologie médicale. Présentement la présence ou non de diététistes en CLSC, son affectation à des programmes et le nombre d'heures de service à la population dépend du bon vouloir de chaque CLSC.
- Que des ententes de services soient conclues entre les cabinets privés et les différents organismes du réseau de la santé afin que leurs clients puissent avoir accès aux consultations nutritionnelles en CLSC.
- Les services nutritionnels inclus dans ce plan doivent inclure les services touchant à la promotion et à la prévention. On ne doit pas oublier l'accès aux services nutritionnels pour les organismes communautaires. Ces derniers ayant souvent des budgets limités ne leur permettant pas d'avoir à leur emploi des diététistes.
- Le bénéficiaire doit être en mesure de savoir où il peut recevoir le service en nutrition requis quelle que soit la région où il habite au Québec.
- Que le ministère de la Santé et des services sociaux avec les Régies Régionales et les différents partenaires de la santé réalisent des études de coût et d'efficacité afin de préciser les interventions nutritionnelles et les services nutritionnels à mettre en place. Ceci nous apparaît primordial avant d'instaurer quelques indicateurs de performance que ce soit.
- Au niveau de l'organisation des soins de santé si l'option du médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne est retenue, nous aimerions souligner l'importance de former ces médecins. Plusieurs médecins en particulier ceux travaillant dans des cabinets privés n'ont souvent pas la chance de travailler avec des équipes multidisciplinaires. De plus cette option peut occulter la dimension la promotion et la prévention primaire de la santé.
- Nous finirons avec un souhait que les mesures mise en place n'augmentent pas la bureaucratie du système qui en elle même complique l'accès aux services en allongeant souvent les délais pour obtenir les services ou en rendant les services de santé peu flexibles et adaptés aux besoins de la population.



REGROUPEMENT DES DIRECTEURS DES SERVICES TECHNIQUES ET DE LEURS ASSOCIÉS DES RÉGIONS 6 ET 13

La Commission a lancé une vaste consultation sur les enjeux et les solutions touchant le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Les membres de notre regroupement proposent d'y apporter une réflexion sur la planification, le financement et la gestion de notre parc immobilier.

Dans son rapport du 13 juin dernier, le Vérificateur Général du Québec (VGQ) a jeté un regard critique, rigoureux et relativement complet sur la gestion immobilière du réseau. Nous souscrivons à cette analyse et à ses recommandations. Selon nous, les modèles de gestion actuels doivent être modernisés et nous proposons les mesures suivantes afin d'en optimiser le financement et l'organisation.

Voici les principales recommandations émises au mémoire déposé à la Commission :

- 1- Élaborer des **plans directeurs immobiliers** aux niveaux national, régional et local en vue d'optimiser les investissements. La planification stratégique doit répondre à une vision globale et permettre d'établir la priorité des projets, entraînant des économies au niveau des investissements.
- 2- Dresser un **inventaire des besoins** de rénovation fonctionnelle, de mise aux normes et de correction de la vétusté physique ; en évaluer les coûts globaux, permettant des décisions éclairées.
- 3- **Tenir compte du cycle de vie** dans les décisions de constructions. Prendre des **décisions logiques** et économiques basées sur l'analyse financière utilisant l'actualisation des dépenses et des économies futures et récurrentes d'opération et d'entretien. Évaluer les impacts de la fonctionnalité sur la productivité, la santé et la sécurité du personnel, la guérison plus rapide et à coût moindre et enfin prolonger la durée de la vie utile des bâtiments.
- 4- **Rationaliser le parc immobilier**, adapter de façon continue nos immeubles aux besoins changeants du réseau, par l'analyse fonctionnelle et de la complémentarité des missions, les regroupements de spécialités et d'équipements majeurs, la connaissance des disponibilités d'immeubles publics excédentaires, la réallocation d'espaces ou leur aliénation.
- 5- **Revaloriser l'entretien préventif**, lequel est reconnu pour son rendement économique marqué : « 1 \$ investit économise 4 \$ en coûts de réparations majeures » (VGQ).
- 6- **Gestion de l'énergie** : favoriser les choix stratégiques dès la conception des travaux, soutenir les établissements en évaluant de façon continue la performance

énergétique et faciliter la réalisation des études de faisabilité et le financement des projets, notamment en allongeant les périodes de récupération des investissements pour les projets ayant un long cycle de vie.

- 7- **Chiffrer la dette réelle accumulée de l'entretien reporté. Allouer les niveaux budgétaires adéquats** pour l'entretien afin d'éviter l'attribution du capital requis pour les constructions et réaménagements et les coûts de réparations majeurs plus élevés.
- 8- **Information de gestion : documenter la pertinence des projets** en fonction des plans d'ensemble et en diffuser l'information à tous les niveaux de planification et de décision. Élaborer les plans et échéanciers pour mettre un terme aux conditions jugées inacceptables.
- 9- **Évaluer le déficit d'entretien** systématiquement et l'indiquer au rapport de vérification annuel. Prévoir des modalités précises de reddition de comptes. « Un établissement qui choisit de ne pas faire l'entretien courant et d'accumuler un déficit d'entretien n'est pas pénalisé, loin de là »(VGQ).

La majorité de nos immeubles a plus de 40 ans d'âge et plusieurs éléments et systèmes sont en fin de vie utile ou non fonctionnelle ; mentionnons par exemple :

- Le rattrapage majeur, nécessaire et urgent dans certains blocs opératoires, soins intensifs, centrales de stérilisation, unités d'urgences, etc. tant sur le plan de la fonctionnalité des locaux que la désuétude des systèmes électromécaniques.
- Le besoin d'adaptation fonctionnelle et environnementale des secteurs de soins, de traitements et de diagnostics qui utilisent des équipements de plus en plus sophistiqués et encombrants et qui doivent répondre à des besoins sociaux différents tels l'intervention de la famille et les interventions multidisciplinaires.

Le rapport du VGQ et notre propre réflexion nous amènent à proposer en priorité cinq (5) axes de gestion :

- 1- **La promotion des valeurs à prôner** telles que la transparence, la cohérence, la cohésion et l'imputabilité et des **principes de gestion visant à** :
 - Mettre en valeur la notion de Patrimoine immobilier;
 - Mettre en évidence l'impact de l'environnement bâti sur la qualité de vie;
 - Valoriser les analyses économiques basées sur la base du coût de cycle de vie;
 - Valoriser des interventions préventives en entretien.
- 2- **La planification à long terme des besoins en espace et de leur vocation** :

Une planification nationale, régionale et par les établissements nous apparaît essentielle. Cette planification doit considérer tous les besoins et inclure tous les intervenants concernés.



3- L'évaluation et la résorption du déficit d'entretien et du déficit fonctionnel :

Le déficit d'entretien est la somme des coûts des travaux d'entretien et d'opérations, des réparations majeures, de réhabilitation et de remplacement qui ont été reportés :

- Établir une évaluation technique et fonctionnelle de l'état de santé du parc immobilier;
- Créer un programme de résorption du déficit d'entretien et du déficit fonctionnel;
- Déclarer le déficit d'entretien aux états financiers, (Institut canadien des comptables agréés).

4- L'adéquation du financement et du fonds de réserve (une fois le retard comblé) :

L'association Society for Healthcare Engineering of American Hospital recommande les niveaux de dépenses pour un parc immobilier, en pourcentage de la valeur de remplacement (VR*) :

- Dépenses annuelles d'opération et d'entretien	2 %	178 millions \$/an
- Dépenses annuelles pour l'adaptation fonctionnelle	1 %	89 millions \$/an
- Dépenses annuelles pour la réhabilitation et le remplacement	2 %	178 millions \$/an
	5 %	445 millions \$/an

Nous recommandons de se doter d'un fond de réserve, donc le solde annuel est transférable.

VR* La valeur de remplacement utilisée est celle estimée par le VGQ à 8,9 milliards \$, celle-ci n'a toutefois pas fait l'objet d'une validation spécifique dans la présente démarche.

5- L'implantation et le suivi d'indicateurs de performance :

Nous recommandons d'intégrer au processus de reddition de compte les indicateurs de performance en matière de gestion immobilière développés de concert avec l'Association des gestionnaires de parcs immobiliers institutionnels (AGPI).

En conclusion, il est impératif de procéder à une planification stratégique et de considérer le cycle de vie économique dans l'évaluation des projets, puis de réaliser un déploiement tactique pour optimiser les ressources financières limitées. Nous proposons de collaborer étroitement avec le Ministère, la Régie régionale et la Corporation d'Hébergement du Québec.

Nous espérons que notre mémoire informe les membres de la Commission d'étude sur les enjeux relatifs à la gestion des immobilisations de notre réseau. Nous sommes disponibles pour tout approfondissement.

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DES THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE (SQTRP)

La Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (SQTRP) représente près de 1000 thérapeutes en réadaptation physique qui oeuvrent dans le réseau public et privé des soins de santé et des services sociaux. Les représentants de la (SQTRP) sont d'avis qu'il est possible d'améliorer les services de santé en physiothérapie dans la mesure où on utilisera davantage les ressources mises à notre disposition.

Utilisation optimale des thérapeutes en réadaptation physique

Le gouvernement doit donc prendre les décisions qui favoriseront l'utilisation optimale des professionnels dûment formés, quel que soit leur niveau de formation pour en arriver à offrir un plus grand nombre de services en physiothérapie et ainsi mettre fin aux listes d'attente dans ce secteur. Un plus grand nombre de thérapeutes en réadaptation physique dans le réseau constitue une solution qui permettrait de combler les besoins de plus en plus pressants en physiothérapie compte tenu notamment du vieillissement de la population.

De plus, l'embauche des thérapeutes en réadaptation physique n'engage pas nécessairement des coûts supplémentaires pour le réseau. Il faudrait, pour ce faire, que le gouvernement adopte des mesures qui favoriseraient une meilleure organisation du travail en physiothérapie. La SQTRP s'indigne du fait que seulement 75% des finissants en techniques de réadaptation physique en 1998 avaient un emploi, ce qui est inacceptable compte tenu des besoins dans ce secteur. Pour plusieurs, il s'agit d'un emploi à statut précaire et à temps partiel.

La situation en physiothérapie est à ce point critique que le Vérificateur général dénonçait, dans son rapport 1999-2000, le manque important de ressources en réadaptation au Québec.

Intervenant de première ligne

La SQTRP demande au gouvernement de prendre des mesures pour que le thérapeute en réadaptation physique fasse partie intégrante des études multidisciplinaires des différents établissements du réseau et qu'il prenne part aux décisions. Le thérapeute en réadaptation physique devrait être davantage utilisé comme intervenant de première ligne. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des services sociaux doit fournir une meilleure information aux différents établissements sur les fonctions et les tâches des thérapeutes en réadaptation physique.



Reconnaissance des professionnels de niveau collégial

La SQTRP met le gouvernement au défi de démontrer une réelle volonté politique de maintenir les professionnels de formation collégiale dans le système de santé sachant que la tendance présentement tend à favoriser les professionnels de niveau universitaire. Il faut donc que le gouvernement se penche sur cette question pour que les personnes que nous formons, au niveau collégial, puissent se voir assurer qu'elles auront une place sur le marché du travail.

Régime privé

La SQTRP aborde aussi la question de la privatisation des soins de santé en physiothérapie, une tendance également remarquée par de nombreux intervenants. Les personnes qui ont besoin de services en physiothérapie ont de plus en plus recours aux cliniques privées. La SQTRP croit qu'il est grand temps qu'on ouvre les portes de notre système de santé public aux thérapeutes en réadaptation physique si nous voulons maintenir un bon niveau de services et éviter l'exode massif vers le secteur privé.

Recommandations

- La SQTRP recommande que le thérapeute en réadaptation physique maintienne son rôle d'intervenant de première ligne pour les soins en physiothérapie.
- Dans le cadre du virage ambulatoire, la SQTRP recommande que le thérapeute en réadaptation physique fasse partie intégrante des équipes multidisciplinaires des différents établissements du réseau et que celui-ci soit partie prenante de toutes les décisions concernant les services en réadaptation.
- La SQTRP recommande que le réseau fournisse les outils pour mieux informer et renseigner les administrateurs des établissements sur le thérapeute en réadaptation physique.
- La SQTRP recommande que le gouvernement revoie la réglementation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de certains organismes dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et le ministère des Transports afin de permettre au thérapeute en réadaptation physique d'offrir davantage de services à la population.
- La SQTRP recommande de ne pas imposer de modèle de travail trop rigide dans le secteur de la physiothérapie.
- La SQTRP recommande à la Commission qu'une étude soit réalisée pour que tous les professionnels en physiothérapie puissent être associés à cette profession et ainsi porter le même titre.

- La SQTRP recommande à la Commission de proposer des mécanismes de plein emploi du thérapeute en réadaptation physique, ce qui permettrait de réduire les coûts pour les services en physiothérapie.



SYNDICAT PROFESSIONNEL DES HOMÉOPATHES DU QUÉBEC (SPHQ-FP-CSN)

LES HOMÉOPATHES : DÉJÀ À L'OEUVRE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE QUÉBÉCOISE

Si le peuple québécois veut maintenir et améliorer la prise en charge et l'efficacité de son régime de santé publique, il devra se prononcer sur des solutions qui vont bien au-delà des problèmes organisationnels et financiers de son réseau public actuel. Une nécessité collective nouvelle en matière de santé publique passe par l'abolition de l'identification, érigée en système, entre santé publique et médecine conventionnelle.

La santé de la collectivité déborde le cadre de la classification des maladies telle que la conçoit et la pratique la médecine conventionnelle, comme en fait foi la crise actuelle du réseau public de santé tant au Québec que partout ailleurs dans le monde.

Il est devenu nécessaire et impératif en matière de santé publique d'agir sur l'environnement des individus là où s'opèrent les facteurs initiaux de la maladie. Il faut repenser, supporter et renforcer les aspects de prévention et de maintien de la santé tout en éduquant et en responsabilisant les personnes à l'égard de leur santé. Car les moyens curatifs, on le voit malgré les milliards qu'on y engouffre, ne suffisent pas.

Il faut donc « favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être. »

Les homéopathes, considérant la santé des individus comme étant leur capacité à interagir dynamiquement avec leur environnement, assument avec efficacité depuis quelques décennies déjà au Québec un rôle social de prévention et de maintien de l'état de santé des personnes, en plus de les éduquer et de les responsabiliser à cet égard. Les homéopathes représentent ainsi une solution déjà à l'oeuvre sur le plan de la santé publique au Québec, et entretenir une « désinformation » à leur égard limite la portée collective de leur action.

En effet, les homéopathes sont installés dans 45 pays dans le monde dont plus d'une vingtaine où la pratique est aussi assurée par des non-médecins, soit principalement dans les pays de l'Union européenne (Angleterre, Allemagne, Belgique, Norvège, Irlande, Pays-Bas, Danemark, Suède, etc).

Au Québec, un sondage réalisé pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992) révèle que 85% de la population est favorable à la reconnaissance légale des médecines alternatives.

Après plus d'un siècle et demi d'histoire d'homéopathie au Québec, le SPHQ voit le jour

en 1989, regroupant la très grande majorité des homéopathes du Québec. Doté d'un code de déontologie, d'un comité de conciliation (discipline) et d'admission, ainsi que d'un programme de formation de 1500 heures, le SPHQ est le seul organisme au Canada agréé par l'ICCH (International Council for Classical Homeopathy).

Ainsi, la réglementation internationale, la recherche clinique et les bénéfices de l'homéopathie favorisent et accélèrent de plus en plus la croissance et la reconnaissance, tant internationales que québécoises, de sa thérapeutique et de sa pratique par des homéopathes dûment formés.

Reconnaître politiquement et juridiquement les homéopathes, c'est accentuer qualitativement et quantitativement l'effort collectif en vue de prendre en charge tout l'espace social thérapeutique qui est en amont de la médicalisation des problèmes de santé. L'homéopathe, par la place centrale qu'occupe la notion de terrain ou de prédispositions individuelles en homéopathie, favorise le développement d'une sagesse individuelle et collective en matière de prévention et de maintien de l'état de santé.

Pour ce faire, « l'article 31 de la loi médicale [doit être] amendé de façon à redéfinir ce que devrait être l'acte médical et à restreindre ces actes qui seraient désormais réservés exclusivement à la médecine », d'une part. D'autre part, que « l'ensemble des thérapies alternatives soient assujetties à une réglementation globale et non abandonnée aux aléas des lois du marché », puisqu'il en va de la protection du public en matière de santé.

Considérant que le libre choix des citoyens et des citoyennes en matière de santé va de pair avec l'importance croissante de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé, celle-ci étant entendue comme capacité à interagir avec leur environnement;

Considérant que cela fait plus d'une décennie au Québec qu'existe un consensus politique clair en faveur d'une intégration des médecines alternatives aux orientations et à la réglementation collectives en matière de santé publique, tel qu'exprimé par la Commission Rochon en 1988, la Réforme du citoyen de Marc-Yvan Côté en 1990, le Programme du Parti Québécois de 1994 et la croissance constante des médecines alternatives au Québec;

Le gouvernement du Québec, en raison de la contribution qu'apportent déjà les homéopathes à la santé publique québécoise, doit affirmer une volonté politique pour réglementer les médecines alternatives afin de maximiser l'impact collectif des mesures de prévention et de maintien de la santé des individus. Cette réglementation doit correspondre à la nécessité croissante d'agir plus rapidement et plus adéquatement aux stades d'origine et de développement des problèmes de santé plutôt que de vouloir les prendre en charge en aval dans tous leurs effets néfastes pathologiques et sociaux.

« Il appartient maintenant à l'État de faire en sorte que la santé et le mieux-être continuent de progresser au Québec. »



TABLE DES PRÉSIDENTS ET VICE-PRÉSIDENTS DES COMMISSIONS MÉDICALES RÉGIONALES

Nous nous sommes tournés vers des solutions pratiques, s'inspirant de notre expérience sur le terrain comme cliniciens confrontés aux réalités quotidiennes du réseau. Des solutions crédibles, respectueuses des partenaires, réalisables en peu de temps, capables de bénéficier d'un large consensus dans la communauté médicale, dans la suite normale de l'évolution du système. Les points majeurs soulignés dans notre mémoire sont :

- La définition de critères d'accessibilité raisonnables pour tous les citoyens.
- La responsabilisation des intervenants et la rétribution afférente à cette responsabilisation.
- La responsabilisation des patients.
- Une réflexion éthique sur l'utilisation des ressources lourdes pour les patients en phase terminale.
- Une modification de la composition des conseils d'administration des régies, pour en accroître l'efficacité.
- Une organisation médico-administrative unique par territoire de quartiers ou de MRC.
- Un rôle accru des commissions médicales régionales.
- Un dossier régional informatisé.
- Le développement d'un outil d'aide à la décision médicale.
- Une hiérarchisation des soins.
- Une intégration des soins de 1^{ère} ligne.
- Une régionalisation à la RAMQ des budgets de rémunération des spécialistes de base.
- Un respect des plans d'effectifs.
- Le développement du réseau de télémédecine.
- L'application d'activités médicales, particulièrement en spécialités de base.
- La coentreprise avec des cliniques spécialisées affiliées.
- L'instauration de frais aux usagers qui le souhaitent, à la condition du respect d'accessibilité raisonnable pour tous les autres résidents du Québec.



2

ÉTABLISSEMENTS,
REGROUPEMENTS
D'ÉTABLISSEMENTS,
ORGANISMES
PARTENAIRES ET
ORGANISMES
REPRÉSENTANT DES
CLIENTÈLES
SPÉCIFIQUES
UTILISATRICES DU
RÉSEAU DE SANTÉ
ET DE SERVICES
SOCIAUX

ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX POUR L'INTÉGRATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le sujet est vaste et complexe, mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité pour le législateur de considérer la personne comme centre de la réforme, non les structures, les modes de rémunération ou l'organisation des services, bien que nous reconnaissons l'importance de ces éléments. Ils doivent cependant tous être développés au service de l'individu.

Le sens pratique et la logique, qui planifient les structures et l'organisation, doivent être guidés par le sens des valeurs humaines.

De plus, quelles que soient les orientations prises lors de la réforme, l'AQRIPH ne saurait trop mettre l'accent sur le respect des principes fondamentaux exposés au début de ce document, soit l'*accessibilité*, le *libre choix*, la *gratuité*, l'*universalité* et la *qualité*.

De plus, des mesures devraient faire en sorte de favoriser la collaboration du réseau des CLSC avec celui des cliniques médicales de même qu'avec tous les autres types de services qui se sont développés et se développeront au service des personnes.

Nous ne nous opposons pas au principe de la *régionalisation*, cependant la structure de fonctionnement actuelle doit être révisée. Les Régies régionales devraient demeurer, mais dans le cadre de *balises nationales claires* et dont le gouvernement veille à l'application. Il nous apparaît donc nécessaire d'*uniformiser les programmes et services à l'intérieur du réseau des CLSC* de façon à faire disparaître les iniquités entre les régions.

Il faut instaurer des mesures susceptibles d'*encourager le travail entre professionnels et entre institutions*. Le fait de confier à une seule instance la responsabilité de la totalité de l'intervention auprès du client et de lui permettre d'intervenir dans différents organismes favoriserait les liens entre établissements et conférerait la souplesse nécessaire pour dispenser un service rapide, complet et adéquat au client.

L'accent doit être mis sur le *développement de services de base complets et efficaces*. Cela aura pour effet d'alléger la charge des établissements spécialisés et d'entraîner une diminution du fardeau fiscal. L'amélioration des services de base contribuera également à alléger la tâche, souvent très lourde, des aidants naturels.

Il doit être aussi très clair pour chacun que toute réforme des structures et des modes de fonctionnement est vaine sans la *participation et l'ouverture d'esprit de tous*. On l'a vu, l'établissement des CLSC n'a pas atteint l'objectif visé à cause de la résistance au changement des administrateurs et médecins.



À notre avis, en ne laissant pas de place à l'*approche globale de la santé* et à la *prévention* dans le sens du maintien de la santé, la Commission encourage le maintien de l'*approche bio-technologique* actuellement en utilisée.

Si le Québec veut un jour être doté d'un système de santé qui entraîne des dépenses moindres, une meilleure santé et une plus grande satisfaction chez ses citoyens, il devra faire éclater ce paradigme médical et le remplacer par une vision qui laisse place à de nouvelles approches et tient compte des *indicateurs sociaux de la santé*. Il est donc impératif que les décisions qui découleront de cette Commission soient prises en tenant compte des différents aspects qui composent le système de santé et de services sociaux, soit les aspects préventif, social, médical et curatif.

Nous croyons que le gouvernement du Québec a les moyens et l'obligation de réinvestir dans les services de santé et les services sociaux, surtout après les coupures draconiennes des dernières années. L'AQRIPH s'oppose donc énergiquement à tout ce qui est augmentation d'impôt, désassurance, contribution de l'usager et création de caisses spéciales

Nous proposons l'abandon du paiement à l'acte et l'établissement d'un mode de rémunération mieux adapté aux besoins de la population et des établissements. Il faut également s'assurer qu'un médecin qui va offrir un type de services possède la formation requise pour dispenser efficacement ce service.

Nous prôtons l'établissement des budgets sur *la base des besoins* et non des services offerts.

L'instauration d'un dossier *clinique informatisé* évitera à la personne handicapée de répéter son histoire à chaque nouvel intervenant. Nous insistons cependant sur l'application stricte des règles de protection des renseignements personnels, selon la loi d'accès à l'information.

À l'intérieur des nouvelles règles et façon de faire qu'entraînera la réforme, le secteur communautaire tient aussi à *garder son autonomie* dans l'accomplissement de sa mission et ne pas être perçu comme palliatif des responsabilités gouvernementales.

Cet automne, le milieu associatif déposera une étude sur le maintien à domicile qui a été financée par l'*Office des personnes handicapées du Québec* et le *ministère de la Santé et des Services sociaux*. Il sera primordial de tenir compte de ses résultats.

Nous souhaitons également que le gouvernement effectue un *suivi à l'implantation de la réforme* afin de vérifier auprès des citoyens ce qui cause problème afin de pouvoir réagir et effectuer les ajustements nécessaires.

Hypocrate, le Père de la médecine moderne, disait : « D'abord, ne pas nuire », c'est-à-dire ne rien entreprendre qui soit susceptible d'avoir des effets négatifs, car la *première* condition à respecter est de *ne pas nuire*. La réforme envisagée devrait s'effectuer dans cet esprit.



ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL PRIVÉS AUTOFINANCÉS INC.

L'Association qui regroupe les CHSLD privés autofinancés et des résidences privées (ACAPA) est un organisme à but non-lucratif qui regroupe les CHSLD privés autofinancés ainsi que des résidences pour personnes âgées. Nos préoccupations concernent le vieillissement de la population et la capacité de notre système de santé de répondre aux besoins actuels et futurs sans désassurer certains services ou augmenter les taxes directement ou indirectement.

Nous croyons que notre système de santé dispose encore d'une certaine marge de manœuvre avant de toucher au financement. Parmi les options proposées que nous retenons il y a l'instauration du dossier clinique informatisé du patient (carte à puces); la répartition du budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats; la révision de la rémunération des médecins qui offrent une plus grande disponibilité.

Nous proposons quelques options dont la nécessité que le gouvernement se dote d'une vision à moyen et long terme; le développement du volet prévention; l'allègement des paliers administratifs et la priorité des ressources aux services directs plutôt qu'à l'administration; la révision de l'organisation du travail dans le secteur public et des conventions collectives; une utilisation plus appropriée du secteur communautaire afin d'éviter les dédoublements.

En ce qui concerne le financement, nous nous opposons à l'augmentation des impôts de façon directe ou indirecte; la création de caisses spéciales; la vente de services au non-résidentes en raison de notre manque de ressources. Nous croyons cependant que la contribution des usagers là où elle est exigée présentement, tel la contribution de l'adulte hébergé peut faire l'objet d'une révision afin de refléter les coûts réels et la capacité de payer des gens; la désassurance de certains services doit faire l'objet d'une étude pour éviter l'apparition d'effets pervers; l'impartition est une avenue prometteuse à condition de bien baliser les projets.

Finalement, dans le domaine de l'hébergement, le secteur privé est déjà très présent. Pas moins de 3 000 lits en CHSLD privés autofinancés et 80 000 places en résidence pour personnes retraitées sont occupés comparativement à ± 40 000 places en hébergement public et privé conventionné. Des projets de partenariat en hébergement privé ont déjà fait leur preuve et permettent de désengorger les centres hospitaliers à des coûts avantageux. Il convient donc de favoriser le développement futur de places en hébergement privé, d'investir dans des services directs plutôt que dans le béton.

Nous ne remettons pas en question le caractère public de notre système de santé, ni l'importance pour l'État de contrôler la prestation de services. Nous proposons seulement que la production des services puissent être confiée à l'entreprise privée sous certaines conditions. L'hébergement privé est une opportunité qui a donné d'heureux résultats à ce jour.



ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

DU SOCIALEMENT POSSIBLE AU SOCIALEMENT REQUIS

Les problèmes sociaux coûtent cher à l'État. En effet, ils entraînent une surconsommation des services de santé et une dépendance envers l'aide de l'État. La prévalence de plusieurs problèmes de santé est plus grande en milieu défavorisé, notamment les hospitalisations pour diverses conditions, les cardiopathies, le cancer du poumon, le suicide, la grossesse des adolescentes et le faible poids des bébés à la naissance. Les jeunes issus des milieux miséreux ont plus de chance de vivre une bonne partie de leur vie à partir de prestations gouvernementales. Ils vivent donc une « pauvreté des chances » et la société tout entière en souffre parce qu'ils ne contribuent pas à la richesse nationale ; au contraire, leur condition mobilise les ressources de l'État. Les enfants représentent sans doute la cible la plus pertinente pour faire échec à la reproduction intergénérationnelle de cette misère.

La Commission doit donc intégrer une stratégie pour les enfants et les jeunes pour enrichir le capital social québécois en quelque sorte. Elle doit promouvoir une stratégie du « socialement requis », de ce qui doit être fait pour éradiquer l'échec social des enfants. Or, jusqu'à maintenant, les problèmes sociaux ont plutôt été traités par un ministère débordé par les difficultés du système médico-hospitalier et qui n'a pas encore élaboré une vision du « socialement requis ».

L'ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET AUX FAMILLES

PASSER DE L'IDÉOLOGIE À L'EFFICACITÉ

Notre réseau a connu plusieurs changements de structures au cours des années et force nous est de constater que leur fréquence n'a jamais permis l'actualisation du potentiel. Dès qu'une crise se manifeste, on change de structure. Ces multiples changements entraînent des impacts négatifs sur les systèmes et les personnes qui doivent dispenser les services : ils mobilisent l'énergie de tous sur des enjeux qui sont étrangers à la mission première des organisations.

Les priorités doivent plutôt être consacrées à la **consolidation des services** aux enfants, aux jeunes et aux familles et au **développement continu** des pratiques, des compétences et de la complémentarité. Pour ce faire, le réseau a besoin de temps. Les démarches de développement durable sont déjà entreprises : pensons au Programme de Développement des Pratiques ou encore aux travaux menés par l'Association des centres jeunesse pour établir des standards et des normes de pratiques, pensons aux Avis qu'elle

commencera à émettre au sujet de pratiques recommandées. Il faut donc laisser ces initiatives se développer et en encourager la réalisation plutôt que de changer ce qui n'a pas encore été mené à terme.

Dans le cadre des services sociaux généraux aux enfants, aux jeunes et aux familles, la première ligne, il faut rendre disponibles des ressources sociales légères pouvant répondre rapidement à des demandes simples et ponctuelles de services. Dans cet esprit, l'Association des centres jeunesse recommande :

- De mettre à l'essai et d'évaluer les effets de cinq projets d'écoles ou de centres de la petite enfance avec services intégrés.
- De développer des services sociaux de première ligne dans tous les CLSC. Au financement doit être rattachée l'obligation de fournir les services prévus à l'offre universelle de services.
- D'affirmer le leadership nécessaire du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le développement des services sociaux généraux, notamment en précisant quelle est l'offre universelle de services sociaux généraux faite à l'ensemble de la population, et que l'enfance et la jeunesse y occupe une place prépondérante.
- De maintenir, au sein du gouvernement, un poste de ministre chargé du sort des enfants et des jeunes.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux charge les autorités régionales compétentes de la création ou du renforcement d'un système de coordination des services sociaux généraux aux enfants, comprenant le réseau des services de garde, de l'éducation et des services de santé et des services sociaux. Cette délégation devrait être assujettie à des obligations de moyens et de résultats, comprendre un processus de reddition de comptes et une garantie de financement pour les mesures prises en vue d'assurer la viabilité du système.

L'ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX SPÉCIALISÉS AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET AUX FAMILLES

PASSER DE L'IDÉOLOGIE À L'EFFICACITÉ

Ces services se retrouvent principalement dans les centres jeunesse. Il s'agit d'une «deuxième ligne» comme on en trouve dans le réseau médico-hospitalier. Les services qui y sont offerts peuvent être assimilés aux services d'urgence, de soins intensifs et de traumatologie du milieu hospitalier. De fait, si les opérations de «triage», de protection à proprement parler semblent relativement sous contrôle, les ressources nécessaires pour assurer les interventions font cruellement défaut et de nombreuses ordonnances exécutoires du tribunal ne peuvent être respectées.



De plus, faute de ressources toujours, les services de pédopsychiatrie et les services de toxicomanie sont, à toutes fins pratiques, inaccessibles dans plusieurs régions. Il faut donc absolument renforcer la coordination des services cliniques requis dans chacune des régions. L'Association des centres jeunesse recommande à cet effet :

- Qu'un budget «per capita» soit attribué aux centres jeunesse pour leur permettre d'acquérir des services spécialisés requis par la condition des enfants, lorsque ces services ne peuvent être obtenus rapidement par l'une des ressources publiques de la région.

Les zones de force et les zones de fragilité des centres jeunesse

Le mémoire trace un portrait des zones de force et de fragilité des centres jeunesse, illustrant ainsi les défis auxquels ils font face et la nécessité de supporter le développement de ce réseau et les efforts consentis pour en améliorer l'efficacité. Les zones de force sont résumées ainsi dans le mémoire : une culture d'expertise, une présence dans toutes les communautés du Québec et des partenariats en plein essor. Les zones de fragilité sont connues : l'engorgement de l'hébergement, les listes d'attente en protection notamment à l'application des mesures, les écarts de pratique, des carences dans l'encadrement, dans la formation et l'adaptation des pratiques et l'absence de systèmes d'information.

Le mémoire souligne cependant que les centres jeunesse présentent aussi certaines particularités, différentes des services médicaux spécialisés, qui représentent des contraintes uniques et majeures dans l'organisation des services. Ces particularités sont liées au cadre sociojudiciaire dans lequel les centres jeunesse évoluent, à la nécessité d'agir avec célérité (concept de temps chez l'enfant et situation d'urgence permanente) et à la pratique dans un contexte non volontaire, ce que le mémoire appelle «l'aide contrainte».

LE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX AUX ENFANTS ET AUX JEUNES EN TRÈS GRANDE DÉTRESSE

MODERNISER L'ALLOCATION DES BUDGETS

De nouvelles bases budgétaires

Il faut se débarrasser des bases budgétaires historiques, insensibles aux changements démographiques, à l'évolution des besoins de la population et à la progression réelle des coûts et la remplacer par de nouvelles bases budgétaires consolidées autour de trois questions de base : ce qui doit être fait ? pour qui ? et à quel coût ?

L'Association des centres jeunesse recommande donc :

- Que soit établi un nouveau modèle de financement basé sur les coûts de production des activités (cliniques et administratives) requises d'un établissement pour rencontrer les missions qui lui sont dévolues par les lois et cela à la hauteur réelle de la demande de services.
- Que l'attribution des budgets soit fondée sur un contrat d'imputabilité qui définisse les bases et le processus d'un système de reddition de comptes autour des imputabilités suivantes :
 - . **Pour les établissements** : prendre l'engagement de l'efficience en rencontrant les «benchmarks» établis d'un commun accord entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association. À cet égard, les contrats d'imputabilité signés à chaque année pourraient identifier pour l'établissement des zones d'amélioration attendues et les mesures pour y arriver devraient relever du niveau local.
 - . **Pour le ministère** : financer à la hauteur de la demande de services ou, à défaut de ce faire, indiquer quels services devraient être l'objet d'un ralentissement ou d'un arrêt de la dispensation.

Les centres jeunesse ont déjà accepté d'emprunter cette nouvelle voie de financement. Ils sont très avancés dans l'exercice de «benchmarks» et sont prêts à signer les contrats d'imputabilité avec le gouvernement.

Le financement des systèmes d'information

Le mémoire de l'Association des centres jeunesse souligne particulièrement les problèmes rencontrés pour le déploiement des systèmes d'information. Ils ont, jusqu'à maintenant, contribué à la hauteur de 65 % des investissements dans le développement et le déploiement des systèmes d'information dans leur établissement. La nécessité de tels systèmes n'est certes plus à démontrer tant au plan de la gestion administrative que clinique de nos centres. Malheureusement, le financement gouvernemental est grandement déficient à cet égard. L'Association demande donc au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Qu'il adopte le virage systèmes d'information et qu'il accentue très fortement le rythme de développement et de déploiement des divers systèmes actuellement approuvés, qu'il en fasse une priorité absolue et qu'il détermine un pourcentage du budget d'exploitation qui doit être additionné à la base budgétaire des établissements aux fins de mettre à jour et d'entretenir les parcs et les systèmes.

POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE ET SOLIDAIRE

Le mémoire se termine sur un appel au développement durable. Ce cri du cœur implique



plusieurs conditions. D'abord, on doit laisser le temps au système de se ressaisir et considérer que les fusions et les compressions budgétaires ne sont pas si loin derrière nous. Les établissements commencent à peine à travailler comme un réseau solidaire doit le faire et le temps constitue certes un facteur de succès. Durée et intensité sont les clés du succès ; ce qui vaut pour le travail social est aussi vrai pour le développement des systèmes. Ensuite, les ressources doivent suivre. On peut bien palabrer longtemps sur les meilleures pratiques recommandées ; si les conditions d'exercice de ces meilleures pratiques ne se trouvent jamais à la hauteur des besoins, les établissements ne feront que du surplace.

C'est donc à un effort de développement continu et solidaire que convie l'Association des centres jeunesse du Québec dans ce mémoire.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHCLD DU QUÉBEC

Nous sommes enfermés dans une spirale infernale où plus les services de base sont absents, plus la pression est forte sur les ressources spécialisées, plus leurs problèmes sont médiatisés, plus on leur attribue des ressources privant ainsi les services primaires des ressources nécessaires à leur développement. La boucle est bouclée.

L'organisation des services primaires

Pour nous, afin d'assurer le développement des services primaires, continus, bien intégrés, faciles d'accès en tout temps et à proximité de tous les Québécois et Québécoises, il est impératif de :

un, compter sur le plan local, sur une organisation publique qui assure la coordination et l'intégration des services de base dont la population a besoin;

deux, fournir à cette autorité locale les leviers nécessaires pour assurer la coordination des services et la concertation des acteurs de première ligne;

et trois, la rendre imputable des résultats;

Nous sommes profondément convaincus que les établissements qui ont une « mission CLSC » doivent avoir cette responsabilité de coordination et en être imputables :

- parce qu'ils ont déjà la responsabilité « populationnelle » sur leur territoire;
- parce qu'ils sont très bien intégrés à leur communauté et sont perçus comme des lieux à échelle humaine;
- parce qu'ils offrent un ensemble de services primaires, qu'ils accompagnent leurs clientèles à chaque étape de leur passage dans le système de santé et,
- parce qu'ils ont déjà intégré une culture de collaboration et de coordination avec des partenaires externes multiples.

Par conséquent, les établissements qui ont une mission de CLSC s'engagent :

- à offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion;
- à être accessibles à la population de leur territoire, 7 jours sur 7, matin, après-midi et soir;
- à harmoniser leur offre de services sur tout le territoire du Québec;



- à assumer la responsabilité de coordination et de concertation avec tous les partenaires de leur territoire;
- à rendre des comptes sur les services qu'ils offrent à la population.

Mais pour qu'ils puissent rencontrer ces engagements, les CLSC ont des attentes à l'égard du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- ils attendent des mandats clairs accompagnés d'un financement équivalant à la portée de leur mandat;
- ils attendent que l'organisation et la dispensation des services primaires reposent essentiellement sur les acteurs de première ligne que sont les CLSC, les CHSLD, les centres de santé et les cabinets médicaux.

Repenser la médecine de première ligne

Au Québec, nous vivons des problèmes majeurs en termes d'accessibilité et de continuité, et plus particulièrement en matière de services médicaux généraux. Il faut repenser la médecine de première ligne. Cette réorganisation devrait à notre avis toucher aux facteurs suivants :

- le retour à une médecine familiale;
- la hiérarchisation des services médicaux;
- la répartition régionale des effectifs médicaux.

Cela signifie que sur le **plan local**

Il faut s'assurer que l'ensemble des médecins de famille (en CLSC, en CHSLD, en centre de santé, en cabinet médical) travaillent au sein d'un réseau intégré de services médicaux pour permettre à la population du territoire d'avoir accès, en tout temps, à des services continus de qualité et à proximité.

Ce regroupement de médecins devrait se doter d'une instance professionnelle locale de type conseil de médecins, dentistes et pharmaciens des établissements dont le mandat principal serait d'assurer la couverture médicale sur tout le territoire et la qualité des services rendus.

Dans la même logique, nous croyons que le CLSC est l'établissement public qui doit assurer la coordination de ce réseau intégré de services, au même titre qu'il devrait l'être pour les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à ceux dispensés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.

Sur le **plan régional**

Sous la responsabilité de la régie régionale, le DRMG devrait jouer un rôle de régulateur dans la répartition des effectifs médicaux de première ligne. Pour favoriser la mise en place de réseaux intégrés de services médicaux généraux, le DRMG devrait s'assurer que tous les médecins de famille d'un territoire pratiquent au sein du réseau intégré, de faire un arbitrage équitable des demandes en nouvelles ressources et proposer différentes mesures incitatives ou désincitatives à mettre en place pour garantir la participation des médecins aux réseaux intégrés.

Sur le **plan national**

Un des leviers importants pour dynamiser l'organisation des services est celui de la rémunération des médecins. Le ministère de la Santé et des Services sociaux aura donc la responsabilité de négocier des ententes qui privilégient la rémunération mixte pour les médecins de famille. Car il nous faut comme réseau, un système de rémunération associé aux objectifs et valeurs que nous voulons renforcer.

Les effectifs médicaux sont mal répartis sur le territoire québécois. Nous proposons que le MSSS décentralise les enveloppes de la RAMQ vers les régions régionales de manière à encourager un système de répartition basé sur les besoins de la population et les besoins des établissements.

Les médecins de famille doivent par ailleurs avoir accès à des plateaux techniques sur le plan diagnostic et compter sur le plan technologique, sur des systèmes d'information capables de soutenir le travail en réseau.

D'autres solutions pour renforcer les services primaires

Au centre de nos organisations, il y a d'autres solutions qui nous apparaissent toutes aussi essentielles pour renforcer les services primaires dans la communauté. Parmi elles :

- Les CLSC dispensent des services psychosociaux primaires et c'est majeur pour la population.
- Les services de prévention doivent être renforcés, mais malheureusement ils ont été souvent visés par les compressions des dernières années.
- L'investissement dans des services primaires en jeunesse génère des économies au niveau des services spécialisés.
- Il faut développer le continuum de services requis en maintien à domicile au Québec, car cela a des impacts sur l'utilisation non efficiente des urgences, des lits d'hospitalisation et augmente la pression sur les CHSLD.



- Les CHSLD et les centres de santé ont vu augmenter le niveau de besoins des clientèles admises. Il faut rehausser l'offre de services actuelle en matière de soins et d'assistance.
- Les mesures d'hébergement pouvant faire le pont entre le domicile personnel et l'accueil en CHSLD doivent être renforcées.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC

«L'ACCÈS AUX SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE : UNE SOLUTION RENTABLE»

LA MISSION

Les établissements de réadaptation en déficience physique offrent des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation aux personnes de tous âges ayant une déficience auditive, du langage et de la parole, motrice ou visuelle.

LA CLIENTÈLE

On estime à **12,9 % de la population** le nombre de personnes qui auront au cours de leur vie, une incapacité physique significative. La nature permanente des incapacités oblige souvent à une réorganisation de la vie personnelle et professionnelle de la personne ET également de sa famille. En ce sens, on peut affirmer que **2 millions de québécois seront directement concernés un jour par la déficience physique et ses impacts**, et ce, sans compter les effets du vieillissement de la population qui la rend particulièrement davantage susceptible de vivre avec des incapacités.

LA RÉPONSE AUX BESOINS : INVESTIR DANS LE POTENTIEL DES PERSONNES PAR LA RÉADAPTATION

Les services de réadaptation contribuent grandement à l'optimisation du potentiel d'autonomie des personnes. En réduisant et en compensant les incapacités, la réadaptation :

- Favorise l'intégration scolaire et diminue les risques de décrochage scolaire;
- Favorise l'intégration au travail;
- Contribue à réduire les besoins en aide à domicile;
- Contribue à réduire l'impact sur le recours au transport adapté;
- Contribue au maintien dans le milieu, retarde l'hébergement en soins de longue durée;
- Contribue à diminuer la dépendance aux autres programmes de soutien social;
- Accroît la qualité de vie et rehausse l'estime de soi.

Bref, les usagers peuvent passer de l'intégration sociale à une pleine participation sociale.



Cependant, les interventions spécialisées de réadaptation doivent débuter le plus précocement possible, avec l'intensité et la durée requise pour optimiser la récupération. **Investir dans une réadaptation précoce constitue un investissement pour la personne d'abord mais également pour toute la société!**

LES PROBLÈMES

Pour remplir adéquatement cette mission à l'égard de toutes leurs clientèles, les établissements de réadaptation doivent disposer du personnel et des outils financiers, matériels et informationnels requis. Toutefois, les établissements de réadaptation disposent de moins de 2 % de l'enveloppe budgétaire totale; **ces budgets sont nettement insuffisants pour remplir les besoins cliniquement requis des personnes de tous âges, partout au Québec.** Plus de 7 800 personnes ayant une déficience physique sont en attente de services au Québec et des services sont inexistantes dans plusieurs régions, comme c'est le cas dans le programme pour les enfants ayant une dysphasie.

En outre, le Québec dispose présentement d'un système de réadaptation à deux vitesses. En effet, les bénéficiaires de l'Assurance automobile et de l'Assurance santé et sécurité au travail ont une garantie additionnelle d'accès aux services spécialisés de réadaptation.

LES SOLUTIONS

D'un système de contrôle de l'offre, l'Association demande de passer à un système qui répond aux besoins cliniquement requis.

Le Gouvernement doit actualiser ses orientations de 1995 en matière de continuum intégré de services pour les personnes ayant une déficience physique et offrir l'accès à tous les résidents du Québec à une gamme complète de services de réadaptation spécialisés et surspécialisés.

Le Gouvernement, en collaboration avec les acteurs concernés, doit donner les moyens de compléter le continuum de services. En ce sens, les services spécialisés et surspécialisés de réadaptation doivent s'appuyer sur des services de réadaptation de première ligne accessibles et coordonnés.

L'Association soutient le principe d'un réseau de services publics gratuits pour toutes les personnes ayant une déficience physique. Elle rappelle l'engagement du gouvernement « d'accepter le principe de la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle » sans « tenir compte de la capacité de payer de la personne handicapée ou de sa famille » (décret 88-151) et réclame l'application de ce principe à tous les programmes de réadaptation.

De plus, l'Association propose de créer un fonds spécial pour la réadaptation en déficience physique, géré par un organisme public. En vertu d'un tel fonds, le budget suivrait le client durant son cheminement à travers le continuum de services. Toutes les personnes ayant ou susceptible d'avoir une incapacité significative et persistante et non couvertes par un régime public d'assurance, auraient une garantie d'accès aux services de réadaptation cliniquement requis dans les délais et avec l'intensité nécessaires, indépendamment de la cause d'apparition de la déficience ou de la gravité de l'incapacité. **Ce fonds constituerait un incitatif de gestion axé sur les résultats pour tout le continuum de services et il assurerait l'équité dans l'accès aux services entre tous les citoyens du Québec.**

L'Association soutient également qu'il est essentiel de développer la recherche et l'enseignement. À cette fin, des efforts soutenus sont nécessaires pour susciter l'innovation, pour faciliter le transfert des connaissances et pour assurer l'évolution des pratiques.

En particulier, la mise en place d'un système d'information clientèle en déficience physique (SIC-DP) est une condition essentielle pour soutenir de tels changements organisationnels, évaluer la performance du réseau et pour soutenir les activités de recherche et d'enseignement.

Investissons dans le potentiel des personnes physiquement handicapées par l'accès à des services de réadaptation ! Faisons en sorte qu'elles doivent payer de l'impôt et contribuent à l'activité sociale et économique du Québec.



ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS – SANTÉ SERVICES SOCIAUX

PROPOSITION DE PARTENARIAT PRIVÉ / PUBLIC POUR LA GESTION D'UN ENSEMBLE DE SANTÉ TERRITORIAL DE PREMIÈRE LIGNE

L'AEPC a élaboré sa proposition en tenant compte des tendances organisationnelles qui sont à se développer dans le monde occidental et de notre réalité québécoise. Le projet se base sur un partenariat privé/public inspiré du modèle privé conventionné qui existe au Québec depuis trente ans et de l'expérience des general practitioners fundholders de l'Angleterre, pour le volet de l'implication médicale. Il s'inspire également, pour le volet clinique, de l'expérimentation SIPA en cours à Montréal. Le projet est conçu à l'intérieur du cadre légal et réglementaire actuel.

Les principaux objectifs poursuivis sont une meilleure qualité de services en première ligne, une meilleure couverture médicale et l'assurance d'un équilibre budgétaire et d'un anti-déficit.

L'actualisation du modèle ce fait à travers l'implantation d'un système intégré de services autant pour la prévention et la promotion de la santé que pour le suivi social, la réadaptation et le curatif, favorisant ainsi une plus grande accessibilité aux services de première ligne et une continuité dans la prise en charge.

La population d'un territoire donné est assurée d'une prise en charge immédiate par un système de garde médical, infirmier et social 24h sur 24h.

Le territoire dispose de médecins, de gestionnaires de cas et d'intervenants auxquels on fait appel dans l'un ou l'autre des sites de prestation de soins et de services (CLSC, clinique privée, CH, CHSLD, CR, CJ et autres ressources) selon le besoin de l'usager.

Ceci implique un support informatique permettant la communication rapide et la circulation d'information entre les différents sites incluant les salles d'urgence et le système pré-hospitalier d'urgence.

L'opérationnalisation de ce système est assurée par une coordination clinico-administrative impliquant une entreprise privée conventionnée et un groupe de médecins.

Le conseil d'administration d'une entité territoriale assume la responsabilité de la prise en charge de la population de son territoire en matière de santé et de bien-être. Il est imputable auprès des instances gouvernementales autant au niveau financier qu'au niveau clinique.

Pour actualiser son mandat, le conseil d'administration fait appel à un consortium entreprise privée/groupe de médecins avec lequel il signe un contrat pour l'organisation et la production des soins et services sur son territoire.

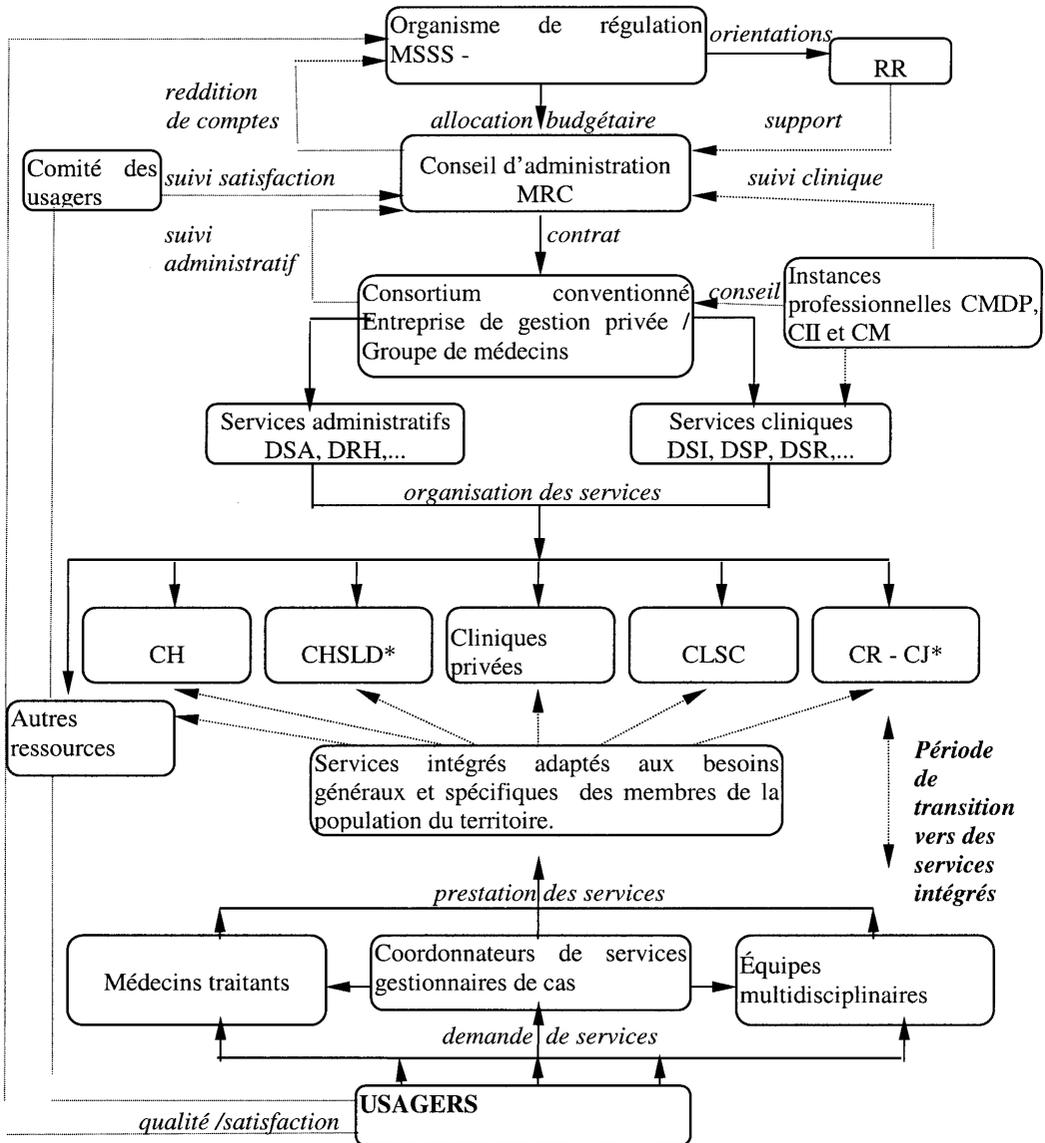
Ce contrat résulte d'un processus d'appel d'offre élaboré par le conseil d'administration avec le support de personnes ressources de la régie régionale et/ou du ministère.

Les principaux paramètres de ce contrat sont :

- L'organisation des services selon un modèle intégré avec un système de garde 24h./24h.;
- L'engagement de prise en charge de la population et d'assurance de la qualité des soins et services offerts en fonction des priorités du conseil d'administration;
- L'engagement face à la couverture médicale du territoire;
- L'engagement à assumer tout déficit financier découlant de la gestion du consortium; toute marge financière dégagée est réinvestie selon les priorités du conseil d'administration;
- La réalisation selon un échéancier défini.

Les expériences de mise en place de services intégrés en première ligne démontrent une responsabilisation accrue des intervenants face à la population mais déplorent souvent le manque d'implication médicale. Aussi, la formule de consortium entreprise privée/groupe de médecins vise non seulement une imputabilité financière par l'anti-déficit au contrat mais aussi une imputabilité clinique par la responsabilisation des médecins au niveau de la couverture médicale du territoire.

**Modèle de gestion d'un ensemble de santé territorial
par un consortium conventionné entreprise privée / groupe de médecins**



ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Pour l'AHQ, les actions à poser pour aider le système de santé à sortir de l'impasse pourraient se regrouper sur deux grands thèmes : cohérence et perspective. Nous disposons de connaissances et de moyens qui nous permettent de développer une vision du système à partir de laquelle les décisions sur les services et leur financement seraient basées fondamentalement sur l'état de santé de la population et sur les besoins cliniques dûment identifiés. C'est à partir de cette logique que nous avons fait une réflexion avec nos membres et suggéré des pistes de solution.

LES BESOINS

Disposer d'objectifs de santé en matière de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, et détenir une connaissance fine des besoins actuels et futurs des différentes clientèles et de leur famille devraient s'inscrire comme des priorités absolues et servir comme élément de base à la planification, à l'organisation des services et à leur financement.

Un des corollaires à la connaissance des besoins serait de disposer d'orientations nationales contenues dans des politiques ministérielles définissant les rôles et les responsabilités précises des acteurs concernés dans la distribution de services en regard de différentes problématiques sociales ou de santé. En complément à une politique de la santé et du bien-être renouvelée, ces politiques viendraient orienter l'action et définir les résultats attendus aux plans clinique, économique et organisationnel de même que les mécanismes de reddition de compte.

L'ORGANISATION DES SERVICES

- **Les réseaux intégrés**

Il faut de plus en plus voir l'épisode de soins dans un véritable continuum ou une filière de services que nous appelons ici un réseau intégré. Une première réponse au problème de continuité des services réside dans la mise en place étendue et accélérée de ces réseaux qui peuvent prendre différents modèles. Nous pensons à des réseaux de référence dans l'axe des services de base jusqu'aux services ultraspecialisés et à d'autres modèles, où les réseaux sont structurés selon une approche territoriale. Considérant l'expérience positive des regroupements de CLSC, de CHLSD et de CH qui ont eu lieu dans plusieurs MRC au cours des dernières années, nous recommandons que la Loi soit modifiée afin de permettre de tels regroupements aussi avec des CH de plus de 50 lits.



- **Les services de base**

Le besoin de consolider l'organisation des services de base se fait pressant. Cette consolidation implique du même coup la nécessité de définir les services de 2^e et de 3^e lignes, les services nationaux, le rôle des centres hospitaliers régionaux de même que les corridors pour les références et pour les transferts de clientèles. L'instauration de corridors de services prévoira non seulement le transfert des patients vers les services spécialisés des milieux urbains, mais aussi la présence de spécialistes auprès des équipes des services de base. L'accès aux services médicaux spécialisés pour les clientèles hébergées en CHSLD devrait recevoir une attention toute particulière.

- **Les services médicaux**

L'organisation des services spécialisés doit poursuivre, dans la foulée des travaux débutés par le Collège des médecins du Québec, la tâche de définir les activités ciblées, soit les services médicaux prioritaires qui permettront de répondre aux besoins de la population tout en tenant compte des variations contextuelles qui existent entre les régions urbaines, semi-urbaines et rurales. Dans le même sens, nous préconisons d'établir des critères et des indicateurs d'accès à ces services prioritaires et aux plateaux technologiques, ainsi que des critères et des indicateurs de hiérarchisation dans l'obtention de soins spécialisés.

Pour apporter une solution durable, pour redonner confiance dans le système, comme le font plusieurs pays, les listes d'attente devraient être monitorées et, à partir de critères cliniques reconnus, des délais maximums devraient être établis pour les différents types d'interventions ou de soins attendus. Cette mesure implique des choix fondamentaux de l'État quant au niveau d'accessibilité du système et quant au financement à y consentir.

Concernant les modes de rémunération des médecins, entre autres avenues, nous recommandons que les enveloppes de rémunération des médecins soient dès maintenant déconcentrées dans les établissements pour la prestation des services médicaux qui y sont rendus, afin d'établir un lien d'imputabilité entre l'établissement et les médecins qui y pratiquent.

- **Les ressources humaines**

Des efforts tangibles doivent être consentis pour améliorer la compétitivité du milieu de la santé face aux choix de carrière des jeunes et aussi pour accentuer le sentiment de mobilisation et de valorisation pour ceux qui y travaillent actuellement. Ces efforts porteront sur l'amélioration des politiques salariales de même que l'introduction de souplesse et d'oxygène si souvent réclamés dans les contrats de travail. Le rehaussement des taux d'encadrement, la stabilité des équipes, la consolidation des équipes de base, le soutien technique, administratif et informationnel au personnel soignant, la formation continue, figurent dans les mesures à mettre en œuvre pour améliorer le climat de travail.

- **Les ressources informationnelles**

Il faut reconnaître que le développement des ressources informationnelles représente une clé essentielle pour les changements que nous voulons induire dans le système de santé. Le dossier-patient partageable de même que la saisie de données à la source par l'informatisation des secteurs de production clinique sont des priorités de développement. Nous proposons aussi de profiter des expériences de développement de systèmes d'information réalisées à l'extérieur du Québec, et de nous joindre au réseau de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) en vue de se comparer et d'échanger par rapport à des normes et des standards reconnus.

- **Le financement**

Au plan du financement, nous pressons d'abord l'État de se compromettre sur la place qu'il entend accorder à la santé parmi l'ensemble de ses priorités gouvernementales. Pour nous, il ne fait aucun doute qu'il faut stabiliser le niveau de financement du système et y injecter des fonds publics additionnels, ce que la croissance actuelle de l'économie et les transferts fédéraux annoncés nous permettent.

Ces injections, liées à un renouvellement des modalités d'allocation des ressources et aux mesures précitées sur l'organisation des services, donneront au système de santé un renforcement qui nous permettra d'éviter d'avoir recours à des mesures telles la désassurance de services, la contribution des utilisateurs ou les hausses d'impôt.

- **La gouverne du système**

Bien que la Commission ne nous amène pas sur ce terrain, les questionnements se multiplient quant au rôle et aux fonctions des régies régionales et quant à leur nombre. Les fonctions des régies régionales devraient être resserrées autour de deux axes, à savoir sur leurs responsabilités en matière de santé publique et sur l'organisation des services en soutien à l'implantation des réseaux intégrés, des corridors de services interrégions et à l'organisation des services ultraspécialisés au niveau national.

Il faut concurremment redonner aux conseils d'administration la marge de manœuvre et le pouvoir pour exercer adéquatement leur rôle au niveau local, là où se trouvent les patients, en misant sur un niveau de financement adéquat, des objectifs de résultats et des incitatifs à la performance.



ASSOCIATION DES RÉSIDENCES POUR RETRAITÉS DU QUÉBEC

Les résidences privées:

Un réseau pour assurer un continuum de services
aux personnes âgées

Au Québec, on estime que près de 8 % de la population âgée de 65 ans et plus, soit plus de 100,000 personnes vivent, pour une raison ou pour une autre, dans des résidences pour retraités autres que le domicile conventionnel.

Dans ce mémoire, l'Association des résidences pour retraités du Québec (ARRQ) désire attirer l'attention de la Commission sur trois éléments fondamentaux: d'abord sur l'importance d'un système équitable favorisant le choix des personnes, ensuite sur un réseau des résidences privées reconnues ou accréditées permettant d'assurer le continuum de services aux personnes âgées au Québec, et finalement, sur les modalités de financement.

1. Pour un système équitable favorisant le choix des personnes

Le cadre de référence du ministère de la Santé et des services sociaux sur les services à domicile et les cadres de référence des Régies régionales reconnaissent que les personnes âgées peuvent recevoir les services dont elles ont besoin dû à leur état de santé ou de dépendance, peu importe leur lieu de domicile. Actuellement, certains CLSC ne respectent pas ce principe d'équité, entre autres, pour des motifs de manque de ressources. Les personnes qui demeurent en résidences avec services se voient alors dans l'obligation d'en assumer elles-mêmes le coût.

Que soit reconnue la responsabilité de l'État de s'assurer de l'accessibilité des soins de santé et des services d'assistance.

Que soit défini le panier des soins de santé et des services d'assistance universellement accessibles, compte tenu de l'état de santé des personnes.

Que soient rendus disponibles les soins de santé et les services d'assistance qui ne sont pas universellement accessibles dans le système public.

2. Les résidences privées: un réseau de ressources de qualité

Le Coroner a mis en évidence le problème que soulevait, dans le travail de complémentarité entre les organismes, l'absence d'un formulaire d'évaluation de l'autonomie des personnes.

Que soit reconnue une formule d'évaluation du niveau d'autonomie des personnes âgées et des soins de santé et services d'assistance requis.

Les résidences privées avec services constituent une solution entre la résidence conventionnelle et le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Des ententes de services avec les établissements publics contribuent à libérer des lits en centres hospitaliers et d'hébergement. En effet, plusieurs résidences constituent des lieux de repos et de convalescence. Lorsque les personnes âgées peuvent recevoir les soins de santé et services d'assistance requis, elles peuvent vivre plus longtemps et de façon plus autonome.

Sur la base d'une directive d'un sous-ministre du MSSS, les professionnels des CLSC et des Régies régionales seraient contraints à ne référer les retraités qu'aux établissements publics du réseau de la santé, plutôt qu'aux résidences privées. Le vieillissement de la population et la volonté de réduire le nombre de ressources d'hébergement entraînent une prolifération des maisons privées logeant des personnes âgées et ce, sans nécessairement faire l'objet d'un permis, même municipal.

Que le réseau des résidences privées avec services fasse partie des ressources reconnues pour assurer le continuum des soins de santé et services d'assistance à des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les 306 résidences membres de l'ARRQ, offrant plus de 20 000 unités de logement ou chambres, sont réparties à travers tout le Québec. Ces résidences spécialisées dispensent aux personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie toute une gamme de services. Soucieuse d'assurer la qualité du réseau des résidences privées, l'ARRQ considère qu'il est absolument primordial d'évaluer les résidences qui font une demande d'adhésion avant de les accepter comme membres en règle et reconnaît la nécessité d'une reconnaissance officielle.

Que soit reconnue l'existence d'un réseau de résidences privées qualifiées et détentrices d'un permis d'opération qui serait émis par une autorité compétente en matière d'habitation.

3. Les modalités de financement

L'ARRQ constate que de façon générale les personnes âgées en résidences assument le coût du gîte et du couvert. Des programmes, comme ceux des habitations à loyer modique (HLM), de l'allocation-logement et du crédit d'impôt foncier, sont des mesures visant à réduire la charge financière du loyer. Mais il en est tout autre des soins de santé.

Que le gouvernement convienne des orientations et du financement des soins de santé et services d'assistance universellement accessibles et que les modalités de livraison soient établies aux niveaux régional et local.



Le fait que le système actuel de calcul de la contribution des bénéficiaires en CHSLD publics ou privés conventionnés ne couvre pas les frais du gîte et du couvert a pour effet d'inciter les personnes à faire une demande d'admission, dès que le coût des services à domicile excède celui de leur contribution éventuelle en CHSLD publics ou privés conventionnés.

Que les bénéficiaires en CHSLD publics ou privés conventionnés assument complètement les frais du gîte et du couvert en fonction de leur capacité de payer afin de dégager ces sommes pour le financement des soins de santé et des services d'assistance universellement accessibles.

Le nouveau programme de Crédit d'impôt pour le maintien à domicile contribue de façon significative à réduire la pression sur les demandes d'admission en CHSLD, en encourageant de façon tangible les personnes à demeurer dans le domicile de leur choix. Le processus administratif se devra d'être simplifié afin de rendre ce programme plus facilement utilisable par les personnes âgées qui désirent en bénéficier.

Que le programme de Crédit d'impôt pour le maintien à domicile s'étende aux soins de santé et services d'assistance non couverts par le système public et que ce crédit soit porté de 23 % à 50% des frais admissibles.

Afin que les personnes puissent se procurer les soins de santé et services d'assistance non couverts par le système public, il faut leur en faciliter l'accès en déployant pour eux des mesures financières susceptibles de les aider à le faire.

Que les personnes âgées puissent utiliser leur RÉER pour défrayer le coût des soins de santé et services d'assistance non couverts par le système public.

En conclusion

Des ententes de services entre les résidences et les organismes du réseau public de la santé contribuent à libérer des lits en centres hospitaliers et d'hébergement, à réduire l'engorgement des salles d'urgence et à diminuer la pression sur les demandes d'admission en CHSLD.

ASSOCIATION DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

La position de l'ARIHQ dans le cadre de cette consultation est d'identifier parmi différentes alternatives celles qui apparaissent les plus porteuses de succès pour atteindre les objectifs souhaités. Elle est issue de notre expérience du réseau de la santé et des services sociaux ajustée par les réflexions suscitées par les différents forums d'experts.

ORGANISATION DES SERVICES

Le focus de la réorganisation des services doit porter sur le maintien de la *santé globale* de la personne en lui offrant la *continuité des services* et en favorisant le plus longtemps possible l'accès à son *milieu naturel*. L'aspect *prévention et promotion de la santé* doit être renforcé.

Organisation locale de services de santé et sociaux intégrés

- Peut être une entité publique, privée (avec ou sans but lucratif) ou une coopérative;
- Son mandat : prévention, services de santé curatifs dont les services d'urgence, services sociaux, maintien à domicile et services d'hébergement;
- A la responsabilité d'une population définie;
- Pour l'utilisateur, liberté du choix du médecin et/ou de l'organisation mais limité à son territoire;
- Achat de services dans son milieu géographique ou à l'extérieur de ressources privées, publiques ou communautaires, potentiellement par appel d'offres;
- A une équipe répondante (représentant des médecins, représentant pour les services sociaux et administrateur) : orientation des services offerts, sélection des partenaires du milieu et reddition de comptes à l'entité régionale;
- Accessibilité géographique : organisations réparties sur le territoire;
- Nombre de médecins par territoire déterminé par le MSSS : chaque médecin généraliste doit être associé à une organisation. Les postes sont affichés et l'organisation choisit parmi les médecins ayant posé leur candidature;
- Lien de l'organisation avec l'utilisateur : elle paie les services qu'il consomme, où que ce soit;
- Favorise la communication entre l'organisation et l'utilisateur pour prévenir les comportements à risque et l'utilisation inadéquate des ressources du système par du personnel transmetteur d'informations à l'équipe professionnelle et à l'utilisateur de services;



- Dossier clinique informatisé pour chaque patient;
- Équipe multiprofessionnelle aborde la personne avec une approche préventive;
- Mode de rémunération des professionnels mixte : revenus de base avec incitatifs de performance.
- Objectifs précis pour l'organisation déterminés par le MSSS et l'entité régionale en collaboration avec l'organisation : support de l'entité régionale en cas de difficulté mais, si la situation persiste, perte du mandat, totalement ou en partie. Avec l'atteinte des résultats attendus, l'organisation se voit attribuer de l'argent neuf dont elle peut disposer à sa guise.

Entité régionale : expertise, évaluation et contrôle

- Moins nombreuses que les régions actuelles;
- Responsables d'appliquer les décisions ministérielles, de contrôler les résultats obtenus dans les différentes unités, de fournir l'encadrement aux organisations locales pour atteindre leurs objectifs, de surveiller la qualité des services, d'analyser les besoins régionaux, de fournir la formation et les informations aux organisations.

Organisme de surveillance

- Création d'un organisme autonome de surveillance ayant pour mission de vérifier la qualité des soins et des services, de mesurer la satisfaction des usagers, de rendre compte des résultats d'amélioration de la santé. Il produirait un bulletin autofinancé par de la publicité à messages préventifs qui serait distribué dans tous les foyers.

FINANCEMENT

- Améliorer la performance des composantes du système;
- Financement en fonction des caractéristiques des populations desservies;
- Retarder la mise à la retraite;
- Caisse-vieillesse : formule souple et peu contraignante;
- Collaboration avec les entreprises privées pour la prévention et la promotion de la santé en leur accordant à la fois des moyens pour réduire leurs coûts de santé dans l'entreprise, pour contribuer au mieux-être de leur communauté et pour leur donner une très bonne visibilité.

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES D'HÉBERGEMENT

Des ressources intermédiaires d'hébergement avec ou sans but lucratif sont utilisées par les établissements pour offrir des services d'hébergement et d'assistance à des personnes

requérant en encadrement plus lourd que celui reçu en maintien à domicile ou en résidence de type familial, mais moins lourd qu'en centre hospitalier de courte ou de longue durée. Elles permettent d'allonger la durée du maintien de la personne dans son milieu ou dans un milieu qui lui est proche tout en lui assurant des services de qualité.

Nous recommandons :

- ... leur utilisation comme ressources de répit pour la population, laquelle est et sera davantage sollicitée pour le maintien à domicile de certains membres de leur famille. Ceci offre l'avantage supplémentaire de faire connaître à l'utilisateur ce type de ressource avant un placement prolongé éventuel;
- ... leur utilisation comme milieu de transition après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour;
- ... de développer un réseau de ressources intermédiaires d'hébergement dans chaque milieu de vie où elles sont intégrées à la communauté environnante par leurs activités;
- ... un financement adéquat, du support professionnel des établissements, de la formation continue et un véritable partenariat.



ASSOCIATION DIABÈTE QUÉBEC (ADQ) ET SES ASSOCIATIONS LOCALES AFFILIÉES

Une approche multidisciplinaire et concertée pour prévenir le diabète, améliorer son traitement et éviter les complications de la maladie.

L'Association Diabète Québec, organisme fondé en 1954, représente quelque 15 000 membres et a pour mission principale d'informer et de sensibiliser la population au diabète.

A l'heure où les gouvernements cherchent à rationaliser les soins de santé, il est primordial de reconnaître le diabète comme un problème de santé majeur dans notre société. Plus de 15% des budgets en santé sont réservés au diabète.

Les tendances actuelles indiquent que l'impact du diabète en terme de personnes atteintes risque de doubler d'ici les 25 prochaines années.

Le diabète est un problème de santé qui peut être en partie évité dans la mesure où la population reçoit une information de base suffisante.

Par ailleurs, à cause même de la complexité de la maladie, les personnes atteintes doivent être en mesure de recevoir les services nécessaires pour bien la gérer.

Au moment où la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux se penche l'organisation et le financement, l'Association Diabète Québec aimerait proposer certaines voies de solutions pour que le régime de soins publics conserve les acquis et explore en même temps de nouvelles voies pour répondre aux besoins :

- 1- Identifier le diabète comme un problème majeur de santé au Québec. Un problème qui aura un impact de plus en plus grand sur les ressources en soins de santé si rien n'est fait pour le contrer. Et sensibiliser les différents professionnels de la santé à l'importance de l'enjeu.
- 2- Rendre prioritaire les campagnes de sensibilisation au diabète, afin de freiner la tendance actuelle, comme nous le faisons actuellement pour le SIDA et le cancer. Cette sensibilisation doit toucher tout le monde, quelle que soit la région, et sans oublier les jeunes.
- 3- Mettre en place les Centres Diabétoaide dans toutes les régions du Québec pour favoriser le dépistage, l'enseignement et les soins de qualité. Ces centres pourraient occuper des locaux en dehors du système actuel du réseau de la santé.
- 4- Allouer des enveloppes budgétaires suffisantes et équitables afin de pouvoir toucher l'ensemble de la population, et tout particulièrement les personnes diabétiques.

- 5- Baser l'approche sur l'équipe multidisciplinaire nécessaire pour aider les personnes atteintes et trouver des solutions aux différents aspects de cette maladie complexe.
- 6- Utiliser les nouvelles technologies de l'information pour simplifier les échanges entre les différents intervenants et ainsi assurer à la personne une qualité supérieure de soins.



ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (AQIS)

POUR UN SYSTÈME, SOCIALEMENT, EN SANTÉ !

Une perspective axée sur la personne ayant une déficience intellectuelle et ses proches

L'Association du Québec pour l'intégration sociale (AQIS) est un organisme provincial voué à la défense des droits et à la promotion des intérêts des personnes ayant une déficience intellectuelle et de leurs familles. L'AQIS regroupe soixante-neuf (69) associations à travers le Québec. Les commentaires et propositions de l'AQIS portent surtout sur les services sociaux et les services liés à l'adaptation-réadaptation.

Trois éléments incontournables en ce qui concerne les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs proches

Lorsque l'on parle de l'organisation des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi qu'à leurs proches, trois éléments incontournables doivent être pris en considération et présents en trame de fond : l'intégration sociale de la personne, sa participation pleine et entière à la société et le soutien à ses proches.

Quelques principes devant guider l'organisation des services

Un des principes fondamentaux devant être au centre de l'organisation des services est celui de **l'uniformité et de l'universalité d'accès aux services**. Il ne s'agit pas ici d'un « mur à mur » fixé dans un cadre strict et contraignant. Par « uniformité » et « universalité » d'accès aux services, nous entendons plutôt l'offre d'une gamme de services auxquels la population est en droit de s'attendre, et ce peu importe la région ou la localité du Québec. Cela suppose également une même possibilité d'accès à ces services et une « couverture » similaire des besoins, les modalités pouvant alors varier. Un autre principe que nous considérons comme fondamental est le **libre-choix par la personne du service qui lui convient le mieux ou qu'elle préfère**, car, actuellement, les utilisateurs doivent s'adapter aux services, plutôt qu'inversement, ce qui est contraire à une véritable recherche de réponse aux besoins exprimés par les utilisateurs. **La coopération, la concertation et le partenariat intra-réseau et interréseaux** - que d'aucun résume aujourd'hui par le vocable « l'intersectoriel » - doivent devenir un principe d'intervention. De plus, ils constituent un principe incontournable devant guider l'organisation des services. Enfin, un dernier principe que nous voulons signaler –peut-être le plus important- est celui de **la prévention**. En fait, l'organisation des services doit prendre manifestement un virage « préventif », soulageant d'autant, sinon plus, le volet « curatif » des services.

La proposition de l'AQIS

L'AQIS propose le modèle suivant d'organisation des services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs proches :

- La prévention comme une majeure de l'intervention du réseau de la santé et des services sociaux.
- Un intervenant-pivot, en CLSC, responsable de la coordination des services à la personne et/ou à ses proches, de l'évaluation de leurs besoins menant à l'élaboration multidisciplinaire d'un Plan de services individualisé pour la personne et/ou un Plan de soutien pour les proches, ce dernier arrimé au plan de la personne. Cet intervenant n'est qu'un coordonnateur et non pas un acheteur de services, ces derniers devant continuer à être financés par établissement, selon ceux qui sont offerts, leur spécialisation et les besoins exprimés.
- Le maintien du caractère public de l'intervention auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs proches. Le recours à des ressources externes doit être balisé, faire l'objet d'un suivi strict de la part de l'établissement responsable et ne couvrir que quelques champs (principalement l'aide domestique, les ressources de type familial et les ressources intermédiaires).
- La budgétisation selon la population desservie, les services offerts et les résultats.
- L'informatisation du dossier de l'utilisateur de services, avec un accès réglementé.

L'évaluation des services et le suivi

Le réseau de la santé et des services sociaux devra, comme tout réseau de services d'ailleurs, développer une culture d'évaluation de son intervention et de ses services afin d'avoir les meilleurs services, répondant le plus possible aux besoins de la population, organisés des plus efficacement et permettant, possiblement, d'être offerts à un meilleur coût. En cela, les autorités responsables du suivi des interventions ou des activités doivent avoir les moyens pour le faire. Des ressources devront y être consacrées, représentant, en quelque sorte, un investissement pour l'avenir.

Les recours pour les utilisateurs de services

Le mécanisme actuel est peu connu, paraît complexe et tatillon pour plusieurs, et n'offre pas beaucoup d'espoir de changements concrets en faveur de l'utilisateur. Or, un mécanisme de plainte fonctionnel, crédible, facile à utiliser et donnant des résultats concrets est essentiel pour assurer la protection des droits de l'utilisateur des services. C'est pourquoi nous souhaitons vivement une révision du mécanisme, comprenant notamment les trois points suivants : le règlement des différends au niveau de l'établissement de services, en collaboration avec la Régie régionale, doit être favorisé; la



personne responsable de la révision de la plainte, au niveau régional, ne doit plus être sous l'autorité de la Régie régionale, mais sous l'autorité du Commissaire aux plaintes du ministère de la Santé et des Services sociaux; les pouvoirs du Commissaire aux plaintes doivent être renforcés, notamment en lui octroyant un pouvoir d'ordonnance. En outre, il nous paraît souhaitable qu'un recours à une autorité indépendante du réseau de la santé et des services sociaux soit possible pour les utilisateurs mécontents. Pour nous, le *Protecteur du citoyen* pourrait jouer ce rôle, moyennant l'élargissement de son champ de compétence et s'il obtient des ressources suffisantes. Enfin, un acteur important en matière de protection, de défense et de promotion des droits des utilisateurs de services est l'organisme communautaire spécialisé dans la défense des droits. Nous croyons que le ministère et les régies régionales doivent continuer à soutenir ces organismes, et même voir à bonifier leur soutien, tout en ayant soin de préserver l'autonomie des organismes.

Le financement des services : deux éléments à prendre en compte

Deux éléments dont le gouvernement devra impérativement prendre en compte lorsque viendra le choix du ou des modèles de financement et leur implantation sont : la vulnérabilité financière des personnes ayant une déficience intellectuelle et de beaucoup de leurs proches; la compensation liée aux incapacités d'une personne (la personne et ses proches ne doivent pas assumer des coûts supplémentaires à cause de la déficience de la personne).

En outre, pour le financement de l'implantation des modèles choisis d'organisation de services et de leur financement, le gouvernement devra y consacrer des ressources suffisantes, ainsi que donner le temps aux organisations de s'ajuster. Une autre dimension est la pression indue exercée sur le réseau de la santé et des services sociaux en vertu des carences de l'intervention d'autres réseaux de services. Nous ne pouvons qu'exhorter les différents ministères et réseaux de services concernés (emploi, éducation, services de garde, entre autres) à prendre leurs responsabilités concernant les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs proches.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSUFFISANTS RÉNAUX

L'Association générale des insuffisants rénaux (AGIR) est un regroupement de personnes atteintes d'insuffisance rénale. Elle existe depuis 21 ans et compte près de 6 000 membres incluant les membres supporteurs. Le mandat de l'AGIR consiste à **i)** favoriser le regroupement des personnes insuffisantes rénales afin de valoriser les échanges, **ii)** défendre les droits des insuffisants rénaux, et **iii)** favoriser la circulation de l'information par le billet d'un bulletin trimestriel.

L'infantilisation des patients et l'établissement de relations de pouvoir nuisible aux objectifs de soins par le personnel sont des problèmes importants. Les patients sont très peu informés des ressources qui peuvent leur être d'une utilité (travailleur social de leur unité, diététiste, association comme AGIR ou pour les autres types de maladies et psychologue).

Il existe une sorte de **mépris des médecins** à faire participer les patients aux décisions qui les concernent.

La disponibilité du transport est insuffisante et l'absence de normes provinciales a créé une forme d'iniquité entre les régions, chacune ayant des règles différentes. Faute de place ou de budget pour de nouvelles places, des patients doivent voyager plus longtemps alors qu'il y a un établissement qui fait de la dialyse tout près de chez eux.

La personne doit s'adapter à l'horaire, et se faisant, elle doit souvent abandonner son emploi quand les horaires de son travail sont instables ou rotatifs. Pour la société, une personne au travail coûte pourtant moins cher qu'une personne sans emploi.

Plutôt que de s'asseoir avec « un » patient pour tenter de résoudre un problème, **les responsables des centres de dialyse ont tendance à régler et régir les situations pour l'ensemble des patients** (un mal qu'on nomme à notre association la « règlementite aiguë »).

Pour des personnes qui travaillent, il n'est pas rare d'avoir plusieurs examens tous à des jours différents comme si la personne était à la disponibilité de l'établissement de santé.

Au niveau des médicaments, beaucoup de médicaments pourtant standards pour les insuffisants rénaux tombent sous la coupe des « Médicaments d'exception ».

Les mesures de propreté et d'hygiène n'ont jamais été aussi en péril. La racine du problème ne réside pas seulement dans le manque d'argent mais aussi dans une gestion



déficiente où il n'y a ni système d'assurance qualité, ni inspections du travail des employés, ni grilles d'évaluation de la propreté. Soulignons que les centres de dialyses font parties des locaux contaminés avec du sang et méritent des précautions particulières en regard de la propreté. Dans plusieurs centres de dialyse, l'espace est si restreint entre les patients qu'il rend difficile les manœuvres d'urgence avec les patients en crise. La trop grande proximité favorise la propagation des maladies contagieuses et les risques d'éclaboussures de sang entre les patients.

Dans plusieurs centres de dialyses **on tient la climatisation à un niveau glacial**. Le froid ajoute à la souffrance des dialysés.

L'une des préoccupations majeures de notre association concerne l'équité dans les centres de dialyse. Comme pour les problèmes de transport dont les règles varient d'une région à l'autre, les frais à déboursier pour les patients en dialyse varient selon les centres. Il est plus facile d'obtenir un traitement d'hémodialyse en Floride pour y prendre des vacances qu'ici au Québec lors de déplacement.

La formation des patients en dialyse semi-autonome laisse beaucoup à désirer. Les centres négligent les points de formation vraiment vitale afin d'obtenir le plutôt possible des gestes réflexes. Oui les patients contrôlent plus rapidement leur appareil eux-mêmes mais sans comprendre vraiment ce qui peut constituer un risque pour leur santé. L'étendue de cette formation varie d'un centre à un autre.

Évidemment, **peu de renseignements sur les droits du patient** sont dispensés. Ce n'est pas l'autonomie qui est recherchée mais une main d'œuvre à bon marché et obéissante. Et le fardeau de tâche du patient est de plus en plus grand, certains centres allant jusqu'à faire faire la désinfection des appareils par les patients.

Parmi les problèmes rencontrer, il nous faut citer **le refus des centres de dialyse de collaborer avec notre organisme**. Évidemment, le mandat de défense des droits des patients de notre association n'est sûrement pas étranger à ce comportement.

Nous constatons que **très peu d'investissements sont faits dans les nouvelles technologies** des reins artificiels (les filtres de dialyses). Portant la technologie a évolué et permettrait des améliorations certaines de la qualité de la dialyse et une diminution ou un report des complications à long terme. Les centres investissent dans des appareils dont il n'utilise d'ailleurs pas le plein potentiel technologique (lien informatisé, hémoscanner, etc.) alors que des machines moins avancées technologiquement feraient tout aussi bien l'affaires et seraient moins cher à l'achat compte tenu que les centres n'utilisent pas ces nouvelles technologies dû à leurs coûts supplémentaires. Le recours à la réutilisation des dialyseurs inquiète une partie des membres car cette technologie augmente le nombre de manipulation et le nombre de personnes impliquées.

LES SOLUTIONS PROPOSÉES SONT :

- Favoriser l'éducation et l'information des patients (la connaissance);
- Valoriser chez les patients la dénonciation des relations de pouvoir malsaines; Des individus qui connaissent mieux leurs droits sont moins vulnérables aux relations de pouvoir;
- Des visites des centres de dialyse par une personne extérieure à l'établissement (Régie régionale par exemple) afin de prendre de vive voix l'opinion des patients et de s'assurer qu'on n'instaure pas un climat de terreur;
- Une implication plus grande de notre association particulièrement au volet des droits des patients ;
- Plus grande diffusion de l'information concernant les ressources et les services disponibles aux insuffisants rénaux;
- Présence et visite régulière des diététistes et des travailleurs sociaux;
- Que les médecins acceptent une participation plus active des patients dans les décisions; Instaurer dans tous les centres de dialyse des rencontres de concertation des médecins ou des néphrologues;
- Que des ressources soient connues et disponibles pour expliquer aux patients le détail de leur situation ou de leur dossier;
- Que les médecins prennent le temps d'expliquer le bien fondé de leurs décisions dans une perspective de continuité surtout s'ils changent la médication d'un confrère;
- Rattachement d'un service de psychologue ou de psychiatre dans l'unité de dialyse de l'établissement et/ou renforcement des interventions du travailleur social.
- Établir des normes provinciales sur le transport afin d'avoir de l'équité d'une région à une autre;
- Tenir compte de l'état général de la personne et favoriser le transport de retour à la maison quand cela est possible;
- Plus grande implication des travailleurs sociaux qui actuellement (pour certains d'entre eux) ne font que distribuer le formulaire de demande de transport;
- Que les patients puissent avoir leur traitement le plus près de chez eux; Hausser le budget de transport aux personnes en hémodialyse;
- Établir une politique claire pour permettre le transfert d'un patient d'un centre à l'autre lorsqu'il s'agit de la volonté de celui-ci, dans le but de se rapprocher de son domicile;
- Obliger les centres de dialyse à plus de flexibilité concernant leurs horaires;
- Créer des indicateurs de gestion qui affichent une performance sociale des centres de dialyse et qui contribuent à diminuer les coûts pour la société (nombre de perte



d'emploi reliée, nombre de retour au travail, nombre d'années qu'une personne en hémodialyse a continué son travail, etc.);

- Avoir des appareils de dialyse et du personnel dédiés aux problèmes d'horaire;
- Mettre en place des programmes gouvernementaux encourageant les employeurs à continuer d'employer les personnes en dialyse et à être plus flexible (faire leur part) ce qui permettra de réduire les coûts de santé;
- Amender le Code du travail afin d'inclure la possibilité pour une personne atteinte d'une déficience grave et prolongée de changer de quart de travail sans égard à l'ancienneté conventionnée (pour permettre par exemple à une personne qui travaille de nuit de passer à un quart de jour nonobstant la convention collective) ce qui permettra de réduire les coûts de santé;
- Créer des indicateurs de gestion qui affichent une performance des centres de dialyse concernant la satisfaction de la clientèle sur les horaires de dialyse;
- Garder des appareils usés (ne pas mettre au rancart), ces appareils pourront être utilisés occasionnellement pour les changements d'horaire de dernière minute;
- Favoriser la gestion personnalisée plutôt que la trop facile réglementation locale;
- Améliorer la coordination inter-services pour les patients et la coordination de la prise des rendez-vous médicaux;
- Que le MSSS donne son aval au projet AUTO-DIALYSE ASSISITÉE;
- Dresser la listes des médicaments standards pour l'insuffisance rénale; Utiliser un code de médicament (comme c'est fait pour les maladies transmises sexuelles) qui permettrait de ne pas considérer certains médicaments comme « médicaments d'exception » mais comme médicaments standards pour cette classe de la population;
- Les plaintes sur la propreté devraient bénéficier d'un traitement particulier;
- Créer des indicateurs de gestion qui affichent une performance des centres de dialyse concernant la propreté régie par des inspections surprises par un tiers (comme la Régie régionale); Que des sanctions soient prises après deux plaintes sur la propreté;
- Obliger les établissements de santé à se doter d'un système d'assurance qualité pour l'entretien ménager, d'une grille d'évaluation de la propreté, et obliger un nombre minimum d'inspections aléatoire par mois et par année;
- Établir une norme provinciale minimum concernant l'espace séparant deux patients en traitement ainsi que sur le périmètre à être occupé;
- Pourvoir un environnement sécuritaire et confortable pour les patients avec une orientation client.; Faire le ménage dans les politiques des divers centres de dialyses;

- Avoir des orientations claires, comme des politiques d'accessibilité des centres pour les voyages de la population du Québec, des politiques sur le choix de leur type de traitements par les patients, sur la flexibilité des horaires et que ces politiques soient largement diffusées aux personnes en dialyse ou appelée à être en dialyse (clinique de pré-dialyses);
- Que des sanctions soient prises auprès des centres qui refusent de suivre les grandes orientations;
- Établir des normes provinciales tout en laissant de la place pour « le mieux » et en empêchant « le pire » (ne pas niveler vers le bas);
- Un plus grand rôle des Régies régionales avec une table de concertation provinciale à laquelle participent les Chefs de département de la dialyse de chaque établissement
- Le patient devrait être en mesure de se déplacer d'un centre à l'autre, au Québec, avec sa carte d'assurance maladie afin de défrayer les coûts supplémentaires pour le centre d'accueil (avec un nombre maximum de traitements annuels) ou la mise sur pied d'un couloir de services entre les régies régionales avec transfert financier.
- Confier la formation à un organisme indépendant regroupant médecins, infirmières, diététistes, pharmaciens, représentants des manufacturiers pour le modèle d'appareil utilisé et membre de l'AGIR avec un programme de formation provincial comportant tous les volets d'une formation qui vise une autonomie complète du patient (droits des patients; volet technique; santé, soins et précautions, diète, sexualité, etc.);
- Avoir des normes provinciales à rencontrer de la part du patient pour passer à la dialyse semi-autonome (des tests comme à l'école);
- Émettre une directive concernant un minimum de collaboration des centres avec notre organisme; Une plus grande implication de notre association avec les Régies régionales.
- Plus d'investissement dans les nouveaux dialyseurs (filtres); Éviter les technologies coûteuses qu'on n'utilise pas à leur pleine capacité.



ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

Les médecins considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment consultés et que le système de santé ne profite pas de leur expérience sur le terrain. Pour pallier ce problème, l'Association médicale du Québec a donc entrepris une vaste enquête auprès de l'ensemble des médecins du Québec. Elle a présente dans son mémoire à la Commission Clair les solutions issues de ces consultations et du sondage commandé à la firme Baromètre.

LE DIAGNOSTIC

- 1- Dans un premier temps, l'AMQ rappelle que la crise que nous vivons n'est pas simplement de nature conjoncturelle. Les dysfonctions du système de santé touchent à la fois l'organisation des soins et le financement du système.

Les propositions de la Commission doivent être jugées en fonction de leur capacité à contrôler et pallier ces faiblesses. L'Association médicale du Québec a identifié différentes solutions en se basant sur les opinions recueillies auprès des médecins par le biais d'un sondage.

L'Association propose de développer prioritairement les soins de première ligne. Ces derniers, insuffisamment financés, ont dû absorber le transfert du virage ambulatoire sans obtenir le soutien organisationnel et financier nécessaire. Par ailleurs, les soins hospitaliers devront recevoir des subventions additionnelles mais dans la mesure seulement où ces budgets servent à dispenser des soins spécialisés. L'hôpital devra donc cesser de dispenser des soins de première ligne.

LES SOLUTIONS AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DES SERVICES

Pour atteindre ces buts, l'AMQ propose un plan en trois points :

- Simplifier le système
- Orienter le réseau en fonction du patient
- Développer le système à partir de ce qui fonctionne déjà

L'AMQ constate que les propositions de la Commission sont centrés autour d'un modèle de réforme, le Primary Care Reform dont l'application fait l'objet de projet pilote dans diverses provinces du Canada.

Face à ce scénario, l'Association médicale du Québec considère que la Commission ne va pas assez loin. La réforme des soins primaires, qui est une réforme de structures, doit également s'accompagner d'une réforme des manières de faire.

1- Simplifier le système

Au niveau des structures, les médecins du Québec se prononcent à 68 % pour l'abolition des régies régionales et à 62 % pour la création d'un organisme central autonome du Ministère lequel gérerait les soins de santé et de services sociaux. Le budget de la santé serait également administré de manière autonome des autres budgets.

Les médecins ne sont pas convaincus que les hôpitaux sont tous bien gérés. Par ailleurs, ils proposent de lier satisfaction des besoins et financement des hôpitaux en offrant des incitatifs financiers aux établissements qui répondent aux besoins de leurs patients.

2- Orienter le réseau en fonction du patient

Accepter cette orientation implique que l'on abandonne les modèles généraux pour passer aux micro-solutions adaptées aux besoins immédiats des patients. Ces solutions sont plus aisées à implanter et fournissent plus rapidement des résultats que les grandes réformes institutionnelles.

Ainsi, l'AMQ recommande de privilégier certaines clientèles spécifiques pour implanter la gestion intégrée des soins et la réforme des soins primaires. Les modes de rémunération devront également être adaptés aux clientèles plutôt que d'être uniformes.

Pour augmenter rapidement l'accessibilité, l'AMQ recommande de dé plafonner la rémunération des médecins qui oeuvrent auprès de clientèles qui souffrent d'un manque d'accessibilité aux services médicaux.

3- Développer le système à partir de ce qui fonctionne déjà

Il importe donc de supporter les cliniques médicales qui fournissent actuellement la majorité des soins de première ligne. Subventionnées pour faire de la prise en charge avec l'aide d'infirmières et reliées informatiquement au réseau de la santé, elles deviendront le point d'ancrage du nouveau système de santé en favorisant la synergie avec les CLSC.

Les hôpitaux pourront se consacrer à leur mission de soins spécialisés une fois soulagés des activités de première ligne qu'ils exercent actuellement.

Les solutions au niveau du financement

Au chapitre du financement, les médecins affichent le même pragmatisme. Il est clair que le système demandera plus de financement au cours des prochaines années. Il faudra donc trouver une manière de faire participer au financement les assurances privées et les patients. Cette participation au financement ne devrait pas passer par l'imposition de frais directs au patient du type ticket modérateur. L'effet présumé de modération sur la consommation ne sera jamais également distribué. Les clientèles démunies seront plus



touchées. Les médecins demandent donc explicitement que toutes les mesures adoptées dans la réforme du système protègent les patients démunis et leur accès à des soins de qualité au moment requis.

Il faut cependant permettre au patient d'exercer ses choix en matière de santé. Plusieurs modalités existent, que ce soit les REER santé, les Medical Saving Accounts ou l'assurance privée d'interventions électives. Ces mécanismes devront permettre à la fois de contrôler la croissance du budget, de donner aux patients une influence sur leur consommation de services de santé et de garantir un accès des plus démunis aux soins de santé.

Au niveau de la dispensation des soins de santé, le système doit rester public avec une participation des infrastructures privées.

Au chapitre de la gestion, les médecins québécois recommandent une gestion serrée. Ils ne sont pas convaincus que tous les établissements sont bien gérés et recommandent donc d'accorder des incitatifs financiers aux établissements qui répondent aux besoins de leurs patients.

Au niveau de l'administration du système, les médecins québécois recommandent la mise sur pied d'un organisme indépendant et non-partisan pour gérer le système de santé.

Conclusion

Les médecins québécois, en fait, partagent avec leurs concitoyens les mêmes idéaux. Ils croient en un système de soins accessibles, sans discrimination selon le statut socio-économique. Malgré les discours publics, ce n'est pas le cas de notre système. C'est pourquoi ils demandent un changement profond du système et une indication claire de la part du gouvernement sur l'utilisation des ressources privées pour appuyer le réseau public.

Les médecins sont prêts à faire leur part dans la rénovation du système. Ils acceptent de modifier leur pratique, d'adapter leur rémunération et de partager certains de leurs actes avec d'autres professionnels de la santé afin d'augmenter l'accessibilité des services médicaux à la population.

Malgré ces orientations qui les engagent, les médecins croient nécessaire d'intervenir sur la place publique pour rappeler l'impressionnante qualité des soins disponibles dans notre réseau, une qualité qui risque d'être entachée si on ne règle pas les crises qui menacent le système de santé.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL - secteur affaires sociales¹

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES À LA COMMISSION

La mobilisation des ressources humaines pour l'amélioration et l'évolution des soins et des services constitue un enjeu majeur du gouvernement, au même titre que le financement et l'organisation de ces mêmes soins et services. La commission, par la reconnaissance du travail réalisé par les 220 000 employés du secteur, peut jouer un rôle de catalyseur important. En incluant cet enjeu à son plan de travail actuel et en prévoyant des travaux complémentaires à ce sujet, la commission émettrait ainsi un message clair d'appréciation.

L'analyse sommaire des coûts directs indique que le secteur de la santé paiera, au cours des cinq prochaines années, plus de 1,35 milliard de dollars à la CSST et en assurance-salaire de courte durée. En y ajoutant les coûts indirects, il s'agit de quelques milliards de dollars de coûts de non-qualité. La commission aurait avantage à commander une étude exhaustive de ces coûts.

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES AU MSSS

Même si de nombreux efforts ont été faits au cours des dernières années en prévention des accidents du travail, il reste beaucoup à faire. **La prévention des maux de dos, des problèmes de santé psychologique du personnel du secteur, des actes de violence et de nouvelles formes d'infections sont les quatre principaux enjeux de la prochaine décennie.** Nous recommandons quelques investissements bien ciblés afin d'accélérer l'implantation de certaines mesures correctives connues ou encore de financer le développement de certains dossiers. Ainsi, l'ASSTSAS se permet de recommander au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- d'investir environ 20 millions de dollars, sur une période de cinq ans, pour inciter les établissements à acheter des lits électriques, des lève-personne sur rail au plafond ou tout autre équipement susceptible de diminuer les accidents du travail et d'améliorer l'efficacité et l'efficience du travail. Un tel financement serait conditionnel à l'élaboration d'un plan d'action réalisé en collaboration avec l'ASSTSAS ;
- de faire du programme de formation en prévention des comportements agressifs et perturbateurs en gériatrie de l'ASSTSAS et du CCFP², une formation nationale et d'en assurer le financement ;

1 L'ASSTSAS est une association sectorielle paritaire créée en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail par une entente volontaire entre les parties syndicales et patronales du secteur.

2 Le Centre de consultation et de formation en psychogériatrie (CCFP) agit à titre de partenaire de l'ASSTSAS dans le développement de ce programme.



- de mettre à la disposition de l'ASSTSAS trois millions de dollars au cours des cinq prochaines années pour le développement de services et de projets en santé psychologique au travail et pour la prévention de la violence ;
- de prévoir un budget de formation en prévention des lésions professionnelles à l'intention des entreprises d'économie sociale d'aide domestique ;
- de reconnaître le bien-fondé des interventions de l'ASSTSAS dans les projets de rénovation-construction en facilitant le paiement d'honoraires pour ses services d'expertise ergonomique et en prévoyant le financement nécessaire pour la participation et la consultation du personnel des établissements dans de tels projets ;
- d'initier, avec l'ASSTSAS et des groupes professionnels intéressés, la révision des processus de travail, des aménagements et des équipements dans les services d'urgence hospitaliers et de CLSC ;
- de faire appel à l'ASSTSAS dans les projets d'organisation des services ou du travail de façon à y intégrer, dès le départ, les préoccupations en matière de prévention en santé et en sécurité du travail (SST).

Par son nouveau slogan, *Des personnes et du travail - un monde à transformer*, l'ASSTSAS signalait, à l'aube de l'an 2000, que le secteur de la santé et des services sociaux était à un carrefour de son histoire.

Plus que jamais, il nous faut repenser le travail en y intégrant une forte préoccupation pour la santé et la sécurité des personnes qui le réalisent. D'ailleurs, les coûts très élevés du régime d'indemnisation de la CSST et d'assurance-salaire de courte durée justifient l'importance d'un tel investissement.

De plus, le service à la clientèle et la saine gestion des finances passent par l'implication du personnel du secteur. Cette mobilisation générale du personnel peut commencer maintenant, au sein même de la commission, par la reconnaissance de l'importance du travail réalisé par le personnel du secteur.

La force de nos recommandations réside dans le consensus patronal-syndical qui les soutient, mais aussi dans notre capacité de les mettre en œuvre et de contribuer à créer une dynamique nouvelle et constructive dans le secteur. Nous croyons, par conséquent, que leur mise en œuvre contribuera à la mobilisation et à l'amélioration des conditions d'exercice du travail du personnel du secteur et, par le fait même, à la qualité des soins et des services rendus à la population du Québec.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE

L'Association québécoise de gérontologie (AQG) désire s'exprimer sur un certain nombre de problèmes auxquels font face l'ensemble des services de santé. Elle croit d'abord que ce qui a été fait pour supposément trouver des solutions à des problèmes réels n'a pas réussi jusqu'à maintenant à régler ces problèmes et a même envenimé la situation dans certains cas. Ce que le gouvernement considère comme des solutions pourrait être considéré, de façon objective, comme des approches menant à des échecs quant aux résultats. Ainsi, la fermeture des hôpitaux a diminué les niveaux d'endettement mais n'a jamais rien réglé au niveau des services de santé. Bien plus, les plans de retraites offerts ont entraîné la mise à la retraite d'un trop grand nombre d'employés spécialisés et hautement préparés à faire fonctionner un hôpital pour les remplacer par des étudiants stagiaires et de jeunes diplômés inexpérimentés.

C'est en fait l'ensemble du réseau de la santé et de la société québécoise qui se prive d'un capital social de grande valeur.

L'organisation des services

Les services de première ligne sont franchement déficients. On n'a qu'à penser aux équipes de soutien à domicile des CLSC qui ne jouent pas leur rôle et dont les interventions sont souvent mal coordonnées avec les hôpitaux.

L'organisation du travail laisse peu d'autonomie à tous les travailleurs et la lourdeur bureaucratique est peu compatible avec la mobilisation des ressources humaines au service du client.

Les options suggérées dans le guide ne nous apparaissent pas attrayantes ni utiles pour un milieu de travail dégagé. Pourquoi imposer une organisation des services et exiger que notre système de santé soit identique d'un bout à l'autre du Québec. Le « mur-à-mur » ne permet pas l'expression personnelle et met des carcans à l'efficacité de ceux qui doivent donner les soins. Faire preuve d'interventionnisme exagéré en matière d'organisation des services influencera à notre avis la motivation des employés qui se sentiront probablement plus brimés, ce qui n'améliorera certainement pas leur performance.

De plus, il nous paraîtrait dangereux de choisir une des options suggérées puisqu'aucune n'est vraiment la solution parfaite pour les problèmes posés. Certes la notion de balises nationales demeure pertinente mais chaque milieu devrait être en mesure d'établir un mode de fonctionnement qui lui est propre et qui répond aux impératifs de son environnement. L'État devrait alors s'adapter au lieu du contraire.



Le financement

Les solutions proposées dans le guide sont autant de solutions qui permettent au gouvernement de conserver une autorité sur les soins de santé sans d'autre part en prendre directement toute la responsabilité. Autrement dit, il recherche une solution qui laisserait croire à un consensus sur une proposition qui diminue la responsabilité ministérielle tout en lui consacrant une autorité plus large et plus englobante. Nous ne pouvons souscrire à cette solution qui n'en est pas une.

Avant de décider d'injecter plus d'argent dans les programmes qui depuis plus de 25 ans ne fonctionnent pas, il faudra que les autorités qui soutiennent ces programmes revisent le fonctionnement et l'efficacité de certaines structures. Les CLSC, particulièrement ceux des centres urbains, n'ont pas réussi, en 25 ans et plus, à construire une crédibilité quant à leur efficacité et à leur soutien. La solution n'est pas d'ajouter des sommes substantielles mais de modifier la structure.

La question à laquelle la Commission d'étude recherche une solution est la mauvaise question. L'évolution de la demande des soins de santé a été en croissance constante depuis la prise en charge par le gouvernement; cette croissance n'est pas dépendante de la gestion étatique mais des personnes utilisatrices qui ressentent des besoins réels ou imaginés. Une action éducatrice sur les usagers aurait dû être entreprise depuis longtemps pour s'assurer que les utilisateurs se dirigent vers les bonnes structures et pour les bonnes raisons. Si les CLSC jouaient ce rôle d'informer collectivement et individuellement la population, s'ils dirigeaient le « trafic » et permettaient à la deuxième ligne d'être utilisée pour ce qu'elle est, le système de santé serait déjà mieux organisé et moins coûteux.

Conclusion

Nous pensons que la Commission d'étude devrait suggérer la réalisation de la première ligne de notre système de santé : reformuler le rôle et redéfinir la structure des CLSC, les rendre présents et responsables d'un territoire et de la population de ce territoire, disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine et constituer, autrement dit, une première ligne efficace et efficiente qui deviendrait le point d'entrée aux services plus spécifiques de la deuxième ligne et de la troisième ligne. Première ligne qui devra être multifonctionnelle en donnant des soins là où les besoins les requièrent, mais en donnant aussi information et même formation là où les interventions sont plus du niveau préventif.

Cette première ligne, dans notre perspective, est nécessaire : cependant, cela ne devrait pas augmenter exagérément les coûts de notre système puisque nous avons déjà tous les éléments constitutifs de cette première ligne et qu'il ne s'agira finalement que de les réorienter dans une perspective plus appropriée à nos besoins actuels.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE L'ENCÉPHALOMYÉLITE MYALGIQUE

L'Association québécoise de l'Encéphalomyélite Myalgique (AQEM) regroupe quelque 500 personnes à travers le Québec qui souffrent de l'encéphalomyélite myalgique, mieux connue, aujourd'hui, sous le nom de Syndrome de fatigue chronique. Elle est entièrement gérée par des bénévoles.

En plus de sensibiliser la population, apporter du support à ses membres, l'AQEM défend les intérêts médicaux, économiques et sociaux de ses membres.

L'AQEM se limite ici à quatre considérations qui touchent d'une façon plus particulière ses membres: les services sociaux, les services médicaux, la rémunération des médecins et le choix des experts médicaux.

Le Syndrome de fatigue chronique, le Syndrome de fibromyalgie et le Syndrome des polytoxicosensibilités sont trois syndromes qui ont émergé dans les quelques vingt dernières années. Plusieurs souffrent des trois à la fois et le nombre de personnes affligées augmente continuellement. Les causes sont inconnues. Ces trois syndromes ont cependant en commun une hyperactivité du système immunitaire qui pourrait très bien avoir été provoquée par l'environnement. Si c'est le cas, on ne peut entrevoir l'avenir à ce chapitre qu'avec pessimisme. D'où l'urgence d'assurer, au Québec, aux quelques dizaines de milliers de victimes de ces maladies, des services médicaux et sociaux adéquats.

1- SERVICES SOCIAUX

Ces malades s'adresseront très souvent à des CLSC pour ces services. Trop souvent les intervenants ne connaissent pas ou connaissent mal ces maladies.

2- SERVICES MÉDICAUX

Du côté médical, on a beaucoup de difficultés à trouver des médecins prêts à s'investir dans le soin de ces malades. De plus, à cause des contraintes budgétaires, on refuse aux patients des tests qui pourraient permettre de s'attaquer aux symptômes à défaut de pouvoir s'attaquer aux causes du syndrome lui-même. Or, nous constatons que plus la maladie est diagnostiquée tôt, plus le patient a de chances d'éviter la chronicité.

3- RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Avec une rémunération selon la complexité des conditions médicales du patient, on peut peut-être espérer que plus de médecins accepteraient de suivre ces patients.



4- MÉDECINS EXPERTS

Un problème criant pour les personnes atteintes de ces syndromes, c'est le choix des médecins experts par les organismes compensateurs. Ces médecins trop souvent n'ont pas ou très peu de compétence au niveau de ces maladies émergentes. Le système est tout à fait inéquitable puisque l'expert est choisi uniquement pas l'organisme compensateur, le patient n'ayant aucun mot à dire dans ce choix.

Pour apporter quelques solutions à ces problèmes, l'AQEM adresse à la Commission d'étude les recommandations suivantes:

Que l'on reconnaisse les droits des personnes atteintes du Syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie et de polytoxicosensibilités à des services sociaux et médicaux adéquats;

Que l'on assure une formation des intervenants dans les CLSC en ce qui concerne le Syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie et les polytoxicosensibilités;

Que l'on établisse deux points de service, dans des centres hospitaliers, un à Québec et un à Montréal pour des fins de diagnostic et de suivi des personnes atteintes de ces maladies émergentes;

Que l'on prévoit une rémunération des médecins qui tienne compte de la complexité des conditions médicales des patients;

Que l'on établisse un système équitable d'évaluation médicale indépendante: choix démocratique des experts, reconnaissance de l'autorité du médecin traitant et de la crédibilité du patient.

CENTRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1- La clientèle

1.1 Caractéristiques

La déficience intellectuelle est un état qui présente plusieurs facettes et de multiples réalités. Ses causes sont nombreuses : nous en connaissons plus de deux cents. Souvent décrite en fonction de ses limitations fonctionnelles, la personne présentant une déficience intellectuelle et sa famille vivent encore aujourd'hui de plusieurs stigmates, handicaps et désavantages sociaux.

1.2 Définition

La déficience intellectuelle se manifeste, selon des niveaux variables, avant l'âge de 18 ans. Elle représente un fonctionnement intellectuel significativement au-dessous de la moyenne. A ce fonctionnement s'ajoutent des limitations significatives dans un ou deux domaines sociaux adaptatifs suivants : la communication, la santé, les habiletés sociales, les habiletés domestiques, la sécurité et les habiletés à l'intégration scolaire et sociale.

2- Les besoins des personnes et leur famille

L'approche clinique utilisée auprès de ces personnes se veut globale, systémique et écologique. Globale parce que les interventions doivent permettre de répondre à tous les besoins de la personne au triple plans physique, psychologique et social. Elle se doit également d'être systémique. En effet, la personne présentant une déficience intellectuelle vit et se développe dans un milieu familial à la fois complexe composé de plusieurs systèmes et sous-systèmes. Chacun d'eux doit être mis à contribution afin de permettre un développement optimal de la personne. Enfin, les interventions cliniques doivent se situer dans une perspective écologique afin de garantir non seulement une intégration sociale des personnes mais l'interaction de la personne avec son environnement afin de permettre une réelle participation sociale.

3- La problématique

Jadis, les personnes présentant une déficience intellectuelle vivaient dans des lieux « à part », souvent clos et loin des communautés. Aujourd'hui, ces personnes vivent dans leur communauté locale. En effet, l'humanisation des services, la reconnaissance de l'égalité des droits ajoutés aux nouvelles technologies et approches cliniques permettent aux personnes présentant une déficience intellectuelle de vivre dans leur famille et communautés locales.

Or la diversité des besoins de la personne et la complexité des réseaux sectoriel, intersectoriel et communautaire posent des problèmes d'accès, de continuité et de



pertinence de services.

Les familles doivent investir des énergies considérables afin de pouvoir disposer des services auxquels elles ont droit. Elles doivent constamment frapper à différentes portes afin de connaître et comprendre ces réseaux complexes, imperméables, sans liens entre eux et souvent déshumanisés.

Bref, les réseaux de services sont très complexes, peu accessibles, imperméables, segmentés, bureaucratisés et les familles s'épuisent à quêter des services auxquels elles ont droit. Le véritable problème se situe donc au niveau de la coordination de services.

4. Les enjeux et les défis.

- 4.1 Maintenir et soutenir les efforts d'intégration sociale des personnes
- 4.2 Supporter les familles afin qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle
- 4.3 Offrir aux personnes et à leur famille un accès continu aux programmes et services en identifiant une « porte d'entrée unique » et en mettant en place un mécanisme de planification et de coordination inspiré du modèle plan de services individualisé (PSI) et celui du « case manager ».

5. Notre recommandation

La nécessaire solidarité autour du projet de participation sociale de la personne présentant une déficience intellectuelle représente un défi considérable. Force nous est de constater aujourd'hui, après analyse, que les mécanismes de coordination et de partage de responsabilités proposées dans la politique du MSSS de 1988 n'ont pas donné les résultats souhaités.

Aujourd'hui, il faut faire autrement et avoir le courage de modifier nos pratiques en matière de coordination des services.

Essentiellement, le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CSDI MCQ) propose de ne plus coordonner des réseaux CORPORATIFS, mais bien de mettre le focus sur la COORDINATION DES SERVICES INDIVIDUALISÉS À LA PERSONNE présentant une déficience intellectuelle.

Par ailleurs, nous croyons indispensable de valider certains modèles de coordination de services à la PERSONNE avant de modifier substantiellement les mécanismes actuels.

Le CSDI MCQ recommande donc à la Commission qu'elle insiste auprès du MSSS afin qu'il lance, de concert avec le Conseil québécois de la recherche sociale, un appel d'offres visant la réalisation d'une recherche portant sur la mise à l'essai et l'expérimentation de mécanismes concrets de coordination et de planification de services À LA PERSONNE ET SES PROCHEs. Ces mécanismes devront s'inspirer particulièrement des modèles PSI et de « case manager ».

Cette recherche pourrait faire état de la mise en place et de l'efficacité des mécanismes actuels de coordination, dont les PROS-DI, de la recension des écrits ainsi que de l'analyse critique des modèles connus.

Enfin, cette démarche devra prévoir « l'expérimentation-terrain » et systématique d'un modèle de coordination des services à la PERSONNE en tenant compte de ses besoins particuliers lors des étapes importantes de sa vie notamment : enfance, adolescence, adulte et troisième âge.



CENTRE FRANCOPHONE D'INFORMATISATION DES ORGANISATIONS

Un réseau de services : au-delà du concept

Dans le cadre de cette consultation, le CEFRIO - un centre de liaison et de transfert qui pilote de nombreux projets de recherche portant sur l'appropriation des TIC par les organisations et la société, - articule ses réflexions et recommandations autour de trois enjeux que nous considérons comme stratégiques pour le réseau de la santé. Primo, retenir la prestation des services comme la cible réelle de la transformation. Secundo, reconnaître les technologies de l'information et de la communication comme des leviers incontournables. Tertio, mettre en place une infrastructure de soutien à la transformation.

1- Retenir la prestation des services comme la cible réelle de la transformation

La transformation du réseau doit porter sur la révision en profondeur des processus mêmes de prestation des services de santé et des services sociaux, et ce, bien au-delà des changements d'acteurs et de structures.

Pour ce faire, nous recommandons d'entreprendre une démarche exploratoire visant à identifier des cibles concrètes de transformation découlant de la vision d'un réseau de services. En outre, les résultats de cette démarche devraient être partagés et validés sur le terrain afin de susciter des initiatives qui contribueront à la transformation souhaitée.

2- Reconnaître les technologies de l'information et de la communication (TIC) comme des leviers incontournables

Cette révision des processus de prestation des services ne saura se faire avec succès sans l'apport des TIC. En l'occurrence, nous considérons que l'application des technologies s'inscrit bien au-delà du dossier clinique informatisé. Ainsi, les technologies peuvent servir de levier de transformation pour bien d'autres enjeux reliés à l'organisation des services.

Pour ce faire, nous recommandons qu'une véritable réflexion ait lieu au niveau stratégique quant aux possibilités offertes par les TIC pour réorganiser le réseau. Afin de maximiser les retombées de cet exercice, nous suggérons aussi que tant les cliniciens, les gestionnaires que les mouvements associatifs y participent activement.

3- Mettre en place une infrastructure de soutien à la transformation

Il y a lieu de rechercher un meilleur équilibre entre les projets structurants et les projets émergents et de créer une infrastructure de soutien plus efficace aux

projets émergents. Cela signifie de supporter (en ressources, accompagnement et encadrement) tout le cycle de gestion de l'innovation pour multiplier les initiatives locales dans le respect des balises et du déploiement des grands projets structurants. Pour ce faire, nous recommandons de mieux soutenir les projets émergents en favorisant une plus grande appropriation des TIC, en offrant des ressources financières et d'accompagnement, en identifiant des priorités et en fédérant les initiatives locales.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) est né de la fusion des soins de courte durée de quatre hôpitaux. C'est maintenant un établissement dans deux édifices, le CHUS —Hôpital Fleurimont et le CHUS — Hôtel-Dieu.

Le CHUS est le seul à être à la fois un hôpital régional et un centre universitaire. C'est une situation qui «oblige» l'établissement à s'inscrire dans une approche d'innovation et d'expérimentation. À ce titre, le CHUS est le premier hôpital au Québec et le seul CHU à disposer d'un dossier médical informatisé. Il est également le premier à avoir complété, avec succès, la fusion de ses hôpitaux.

L'organisation des services

Toutefois, force est de constater que la réforme, elle, n'est pas complétée pour les CHUs. Leur rôle avec les hôpitaux régionaux, autres hôpitaux généraux et leurs liens avec les régies régionales ne sont pas clairs. Il faut aujourd'hui compléter cette réforme. Sinon, nous risquons d'assister à une balkanisation et à une dilution des services surspécialisés.

Pour compléter la réforme, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke propose donc à la Commission d'étudier différents modèles d'organisation :

- **Une approche contractuelle** (des «contrats de services» pour des services surspécialisés avec les territoires périphériques, mais un lien particulièrement étroit avec la région d'origine);
- **Un découpage territorial différent pour la troisième ligne** (l'organisation des services tertiaires et quaternaires doit se coller le plus possible à des territoires «CHU»);
- **Une diminution du nombre de régions** (cinq régions socio-sanitaires, arrimées aux CHUs, nous semblent suffisantes);
- **L'abolition d'un niveau administratif** (l'expérience albertaine - «l'établissement intégré régional» - est particulièrement intéressante).

Pour sa part, le CHUS veut pouvoir relever directement du national en prenant un étroit et contractuel engagement de résultats avec la population de l'Estrie. Il veut également pouvoir établir des contrats de services avec d'autres régions. Il recommande aussi le développement des expertises respectives des CHUs. Une des importantes contributions spécifiques du CHUS serait de faire de son dossier médical informatisé un dossier patient partageable accessible à tous les professionnels et institutions de santé de l'Estrie.

Il ne faut plus hésiter à encourager et à récompenser l'excellence. Les institutions de santé devraient faire la preuve de leur performance et de leur potentiel de développement pour obtenir leur juste part de financement. En outre, les médecins doivent devenir des partenaires étroits dans la gestion de leur milieu de travail. Ils doivent pouvoir «investir» dans leur hôpital et bénéficier de ses succès.

Il faut dès aujourd'hui rebâtir le système et les établissements «autour» du malade. Pour ce faire, les diverses institutions du réseau doivent notamment apprendre à se décloisonner et à échanger leurs expertises.

Le financement

Il faut impérativement changer la dynamique du financement des CHUs. La région ne doit plus être un terrain d'affrontement entre les soins de première et deuxième ligne et la mission universitaire. Le CHUS ne veut pas survivre au détriment des autres catégories d'établissement. À l'inverse, il ne faut pas affaiblir irrémédiablement le CHUS sous prétexte de mieux investir dans les services de base.

Le CHUS suggère donc un financement national pour la mission universitaire (enseignement, recherche et évaluation), basé sur le nombre de médecins-résidents équivalent temps complet (ETP). C'est un modèle qui existe déjà aux États-Unis. Si c'est une méthode imparfaite et approximative, ce serait quand même un net progrès par rapport à la situation actuelle.

Soulevées par la Commission, les options de vente de services spécialisés aux non-résidents, ainsi que l'impartition des services de support et de soutien exigent la plus grande circonspection. Si celles-ci doivent être expérimentées, ce ne pourra être que dans l'environnement spécialisé et contrôlé d'un CHU. Le CHUS est prêt à relever un tel défi. Par exemple, grâce à son expertise en neurochirurgie, il pourrait évaluer l'introduction de la technologie de radio-chirurgie stéréotaxique intracrânienne par rayons gamma (gammaknife) pour le traitement des tumeurs au cerveau et la possibilité de son financement partiel par des services aux non-résidents canadiens.

Conclusion

Parce qu'ils représentent un élément majeur au sein du système, les CHUs doivent pouvoir jouer pleinement leurs rôles régional, supra-régional et national. Ajoutons que pour la région de l'Estrie, le CHU constitue un atout important pour la qualité des services de santé; c'est aussi un moteur de taille pour le développement économique.



CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DU QUÉBEC (5)

Le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM)

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Le Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Hôpital Ste-Justine (HSJ)

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Les cinq centres hospitaliers universitaires (CHU) du Québec poursuivent l'objectif de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population en y apportant leur contribution spécifique par une gamme étendue de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des nouvelles pratiques professionnelles. L'évocation des CHU fait d'emblée référence à un environnement scientifique de calibre international, à des équipes cliniques à la fine pointe des connaissances, à des plateaux techniques dotés des meilleures technologies. Les CHU demeurent des lieux privilégiés pour promouvoir l'innovation et l'excellence.

Le réseau québécois des CHU est une création récente. Par des efforts soutenus et dans un contexte économique difficile, les CHU se sont appropriés leur mission sans toutefois pouvoir atteindre le niveau de maturité attendu de leur part dans un système de santé qui se veut moderne et performant.

Le mémoire déposé par les CHU est succinct. Il ne couvre que partiellement les éléments fondamentaux de leur réalité spécifique et critique pour toute la collectivité québécoise. Il a essentiellement pour objet d'amorcer l'échange que les représentants des CHU souhaitent poursuivre avec les membres de la Commission d'étude à cet effet. Sont repris ci-après, sous forme de recommandations, les principaux messages livrés dans ce mémoire.

- 1- Qu'en raison des enjeux critiques et des tendances lourdes mondiales, soient reconnus, et pour chacun à part entière, les quatre volets de la mission des CHU et que le gouvernement s'engage à mettre en place les conditions pour que le réseau des CHU atteigne un niveau de maturité qui lui permettra d'assumer pleinement son rôle en soutien au système de santé québécois et toute sa collectivité ;
- 2- Que le Québec se dote d'une vision pour l'organisation de ses services tertiaires et quaternaires en favorisant la création de pôles d'excellence plutôt que la dispersion des ressources ;
- 3- Que le gouvernement pose d'importants gestes concrets pour contrer le problème de pénurie de main-d'oeuvre professionnelle par une augmentation des admissions dans les programmes de formation en santé et par la mise en place de mesures pour rendre le secteur de la santé concurrentiel et attrayant dans le choix de carrière des jeunes ;

- 4- Que soient prises des mesures significatives pour régler le problème de plus en plus aigu du sous-financement des coûts indirects de la recherche ;
- 5- Que le financement des CHU pour les fonctions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies soit rehaussé à un niveau adéquat et différencié du financement pour la mission des soins ;
- 6- Que les systèmes d'information, outils essentiels à la prise de décision, soient développés en mettant les CHU à contribution en raison de leur mission dans l'évaluation des technologies, de leur expertise et du leadership qu'ils ont assumé dans ce domaine ;
- 7- Que la réorganisation des services de base prenne en compte le rôle des CHU dans tous les niveaux de soins et de services et, qu'avant toute décision en matière de réorganisation des services de base, soient évalués les impacts sur les CHU de nouveaux changements structurels majeurs ;
- 8- Qu'en raison de leur mission spécifique, les CHU relèvent directement du niveau national tant au plan du lien d'autorité que pour le financement afin de mieux situer leur contribution et leur leadership dans le réseau des établissements et faciliter la mise en place de réseaux de services suprarégionaux ;
- 9- Que les travaux de la Commission d'étude soient l'occasion de réviser et mieux cerner le rôle des régies régionales, questionner le cas échéant leur nombre, et apporter des ajustements au principe et aux modalités de la régionalisation.
- 10- Que les conseils d'administration respectifs des CHU, aient les leviers adéquats pour gérer efficacement tous les éléments de leur quadruple mission et pour être pleinement imputable des résultats attendus.

La mise en place des CHU est donc un exercice encore inachevé et leur consolidation passe par la reconnaissance de leur mission spécifique et par la mise en place des conditions qui leur permettront d'assumer pleinement le rôle qui leur est dévolu dans le système de santé. L'avenir des soins de santé au Québec en dépend.



COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

POUR UN RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX QUI TIENNE COMPTE DES FEMMES

Cette Coalition féministe existe depuis 1996. Sa mise sur pied provient d'une initiative de l'R des Centres de femmes du Québec qui en assume toujours la coordination. Elle est composée de 14 organisations (voir liste ci-jointe) reflétant la diversité des situations vécues par les femmes en tant que travailleuses, usagères, bénévoles et proches-aidantes du réseau de la santé et des services sociaux. Elle s'est constituée, non pas en opposition à la transformation du réseau, mais pour apporter le point de vue des femmes sur cette transformation.

Un réseau de la santé et des services sociaux public, accessible, gratuit, universel et respectueux des femmes

Nous voulons maintenir, consolider et développer un réseau de la santé et des services sociaux public, accessible, gratuit, universel et... respectueux des femmes. Il est grandement temps d'ajouter cette caractéristique à celles du système, car les femmes constatent l'inaction du gouvernement face à « l'autre » moitié de la société, celle pourtant qui constitue près de 75% de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux, celle qui consulte et utilise les services bien davantage que les hommes, celle enfin qui forme le gros du contingent des bénévoles et proches-aidantes portant sur leurs épaules le poids de la prise en charge des personnes laissées pour compte par notre système, en particulier par le virage ambulatoire.

Nous ne voulons ni maintenir, ni augmenter, ni diversifier le financement privé et/ou la prestation privée des services. Si la santé et le bien-être de notre société sont trop précieux pour être « marchandisés », la privatisation, peu en importe l'intensité, constitue toujours une atteinte à l'égalité entre citoyennes et citoyens et un fardeau pour les femmes.

L'impact sur les femmes

Les groupes communautaires et bénévoles, les associations de femmes, les organisations syndicales que nous représentons ont rigoureusement documenté la situation depuis trois ans et nous arrivons à des constatations unanimes : les transformations du réseau, le virage ambulatoire en particulier, ce sont les femmes qui en ont payé et continuent d'en payer le prix :

- comme usagères : diminution de l'accès aux services et détérioration de ces services en planning des naissances et en périnatalité par exemple, silence sur les besoins spécifiques des femmes en santé mentale, "dumping" dans les groupes communautaires et utilisation de ces groupes de façon instrumentale pour pallier aux ratés du virage ambulatoire ;
- comme proches-aidantes et bénévoles : recours systématique aux femmes et à leur esprit de gratuité et de don pour prendre soin de ceux et celles qui demeurent ou retournent à la maison ; transformation des aidantes et des bénévoles en soignantes ; conscription des bénévoles dans des tâches qui relèvent traditionnellement du secteur public et qui pervertissent le sens même du bénévolat ; épuisement et démobilitation des aidantes et des bénévoles ; risques d'abus envers les personnes dépendantes, les familles n'étant pas toujours le lieu mythique et idyllique dont on parle... !
- comme travailleuses : pertes d'emploi, réaffectation et supplantation souvent douloureuses du personnel, alourdissement des clientèles, non-remplacement, prolifération des heures brisées, surcharge, stress, absence d'information et de lieux pour participer aux décisions, manque de mesures pour concilier travail-famille-vie privée.

Le retour de l'idéologie familialiste

Nous sommes préoccupées et en colère parce que nous avons le sentiment que la transformation du réseau constitue pour nous, femmes, une sorte de « marche en avant vers le passé » avec le retour en force de l'idéologie familialiste. Nous sommes appelées - conscrites, devrions-nous dire - à former les nouvelles « unités de soins » sur lesquelles la société doit désormais compter pour s'occuper des malades, des personnes vulnérables, des personnes en perte d'autonomie ou ayant des incapacités. Cette orientation renforce les modèles culturels sexistes toujours présents au sein de notre société particulièrement en ce qui concerne la division sexuelle du travail. Le retour à la communauté mythique, le retour à la famille idyllique pour prendre en charge les siens, est toujours un retour aux femmes « héroïques » , à leur travail non rémunéré, à leur sens des valeurs de compassion, de don, à leur investissement « invisible » parce que considéré comme allant de soi ! Dans plus de 80% des situations, ce sont des femmes qui prennent soin des proches malades.

Nos orientations

Nos orientations reposent sur l'affirmation de trois principes fondamentaux, sans lesquels notre société ne pourrait fonctionner :

- 1- Le maintien et le développement d'un système de santé public, gratuit, accessible et universel avec une large place attribuée aux CLSC dans la dispensation des services de base.



- 2- La reconnaissance des organismes communautaires autonomes et leur financement adéquat. Le refus de la substitution par l'économie sociale.
- 3- La reconnaissance de l'impact spécifique sur les femmes de la transformation du réseau, impact négatif à ce jour et la nécessité de tenir compte d'une perspective de genre dans l'élaboration des solutions proposées.

De manière plus spécifique, nous proposons : **en planning des naissances et périnatalité** : la mise en place d'une gamme de services de base en planning des naissances et sexualité définie et reconnue ; **en santé mentale** : un accroissement massif du rôle des CLSC mais dans une perspective de renouvellement des pratiques psychiatriques ce qui suppose un débat public sur la psychiatrie, ses fondements, ses orientations et ses pratiques en particulier concernant l'approche de genre ; **les approches alternatives et complémentaires en santé** : création d'un groupe de travail chargé de la mise en place de mécanismes adéquats de reconnaissance des pratiques alternatives ainsi que des moyens de favoriser l'intégration des pratiques reconnues dans la gamme des services publics assurés ; **en services à domicile** : la consolidation du réseau public afin d'assurer des services à domicile complets, gratuits, adéquats, suffisants et de qualité et la reconnaissance des proches aidantes à la fois comme partenaires dans l'aide aux personnes ayant des incapacités et comme clientes ayant besoin de services à cause de leur situation d'aidantes. **Concernant les travailleuses de la santé et des services sociaux** : la démocratisation de la gestion des établissements de santé et stimulation de la participation, la formation, le travail d'équipe et les communications afin d'améliorer les conditions de travail de même que l'efficacité et la qualité des soins et services ; **la conciliation travail-famille-vie privée** : les lois du travail devraient encadrer les nouvelles réalités du marché du travail afin de tenir compte des nouvelles responsabilités parentales et sociales soulevées par la transformation du réseau.

Ce mémoire est présenté par les groupes membres de la Coalition féministe pour une transformation du système de santé :

Nicole Bluteau, vice-présidente
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

Sylvie Boulanger, première vice-présidente
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)

Josée Boutin, pour le conseil d'administration
Regroupement des ressources alternatives en santé mentales du Québec

Claudette Carbonneau, première vice-présidente
Conseil des syndicats nationaux (CSN)

Luce Cardinal, présidente
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Louise Lamarche, présidente
Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal

Lise Lamontagne, coordonnatrice

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Johanne Marcotte et Renée Ouimet, représentantes

Table communautaire d'information sur le dépistage du cancer du sein de Relais-Femmes

Hugette Marcoux-Labrecque, présidente

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)

Silvia Martinez, présidente

L'R des centres de femmes du Québec

Suzanne Paré, présidente

Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Doris Provencher, représentante

Association des groupes de défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

Monique Richard, présidente

Centrale des Syndicats du Québec (CSQ)

Joanne Tessier, présidente

Regroupement Naissance-Renaissance

Michèle Asselin, coordonnatrice

Coalition féministe pour une transformation du système de santé

L'R des centres de femmes du Québec :



COALITION SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Orientations générales

- Notre Coalition travaille dans le but d'apporter des changements au régime d'assurance-médicaments depuis juillet 1996. Plus de 200 organisations nous appuient à travers le Québec.
- Notre position est fondée sur notre expérience quotidienne de travail avec des personnes âgées, des personnes assistées sociales, des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des personnes à faible revenu : nous voyons au jour le jour l'impact du régime d'assurance-médicaments et d'autres politiques de santé.
- Nous maintenons que la priorité de cette commission doit être la santé de la population et que nous avons dans notre société les ressources nécessaires pour assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé et aux médicaments dont elle a besoin.
- Nous refusons que le gouvernement continue à prioriser la santé des compagnies pharmaceutiques et des compagnies d'assurance en transférant le fardeau des coûts croissants des médicaments aux personnes à faible revenu.

Nous présentons nos commentaires concernant le régime d'assurance-médicaments dans le cadre de cette consultation sur le système de santé pour plusieurs raisons. Les médicaments sont une partie intégrante du système de santé et devraient donc faire partie du débat. Nous sommes fort déçus du fait que les documents de consultation passent sous silence l'enjeu de l'accès aux médicaments et qu'aucun des scénarios ne propose d'améliorations. La solution que nous mettons de l'avant : **la mise sur pied d'un régime d'assurance-médicaments complètement public**. Il s'agit, selon nous, de la façon la plus équitable et la plus efficace de fournir les médicaments et ceci aurait des répercussions positives pour l'ensemble du système de santé et des services sociaux.

Nous trouvons également essentiel d'aborder l'enjeu des dépenses croissantes liées aux médicaments et de proposer des mesures de contrôle des coûts. Les médicaments étant de loin le volet des dépenses en santé qui s'accroît le plus, des initiatives dans ce domaine auront un impact important sur l'assurance-médicaments et le système de santé dans son ensemble, et éviteront que ces dépenses soient transférées à la population.

Finalement, les scénarios proposés par la Commission Clair représentent essentiellement une privatisation des soins de santé, par le biais du principe du ticket modérateur, par la désassurance de plusieurs services et par plusieurs autres moyens. Le régime d'assurance-médicaments, avec son hybride de couverture publique et privée et ses tickets modérateurs, est un exemple très clair de privatisation et donc un exemple très pertinent

à examiner. Il s'agit, selon nous, d'un exemple à ne pas suivre.

Notre bilan du régime d'assurance-médicaments à deux vitesses

- La mise sur pied de ce régime représente une avancée pour la société québécoise dans deux domaines : la gratuité des médicaments pour les enfants et les étudiants, de même que l'élargissement de la couverture aux 1.5 million de personnes qui n'en avaient pas.

- Des problèmes majeurs se trouvent à 5 niveaux :

1- L'abolition de la gratuité ou la quasi-gratuité des médicaments (l'introduction des tickets modérateurs) pour les personnes assistées sociales et les personnes âgées. Celle-ci a entraîné des effets très néfastes sur la santé de ces personnes en ayant pour effet de provoquer des milliers d'hospitalisations, institutionnalisations et décès. Effets qui sont documentés par le rapport Tamblyn, une étude commandée par le ministère lui-même. Le ministère choisit toujours de taire complètement cette situation et a procédé à des augmentations de primes ce printemps. La privatisation d'autres soins de santé empirerait cette situation.

2- L'absence d'équité et de progressivité dans le calcul des contributions.

3- L'absence d'une politique du médicament. Il faut une révision des politiques concernant l'industrie pharmaceutique afin de contrôler les coûts des médicaments. Des mesures visant la pratique des médecins en matière de prescription sont également essentielles.

4- Le partage public/ privé. L'obligation d'inscrire les conjoints sur les plans privés est injuste pour ces personnes et prive le régime public d'une somme d'argent importante. Un régime hybride fait en sorte que les personnes mieux nanties, généralement en meilleure santé, soient couvertes par le privé tandis que les personnes plus pauvres et en plus mauvaise santé sont couvertes par le régime public. L'expérience d'autres pays démontre qu'un régime complètement public est la façon la plus équitable et la plus économique d'assurer l'accès adéquat aux médicaments.

5- Le financement du régime d'assurance-médicaments

Nous avons plusieurs commentaires au niveau du financement du régime:

- Il s'agit d'un programme social qui requiert des investissements. Un régime qui fonctionne bien assure des économies importantes ailleurs dans le système de santé.
- Le régime d'assurance-médicaments présenterait un solde financier beaucoup plus acceptable s'il était totalement public. Le gouvernement a choisi de laisser les profits au privé et "d'encaisser" les dépenses. Il est toujours temps de revenir sur cette décision.



- En refusant de mettre en place des mécanismes de contrôle des pratiques médicales et des compagnies pharmaceutiques, le gouvernement accepte d'être la victime des hausses des coûts des médicaments. Il a pourtant les moyens d'agir autrement.
- Comme société, nous avons les moyens d'assurer collectivement l'accès aux médicaments. Le gouvernement du Québec se trouve actuellement avec d'importants surplus. Le gouvernement fédéral dispose d'un surplus encore plus considérable (12 milliards\$ pour le présent exercice financier). La réorientation des politiques fiscales permettrait de dégager les ressources financières nécessaires. C'est une question de choix de société.

Nos recommandations

- 1- L'intégration complète des médicaments dans le système public de santé sans franchise ni co-paiement. Comme premier pas, nous demandons la révision immédiate du régime de façon à assurer la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant sous les seuils de faible revenu établis par Statistiques Canada (17 571\$ en milieu urbain pour une personne seule).**
- 2- Le développement d'une politique globale sur les médicaments, incluant une révision des politiques concernant l'industrie pharmaceutique afin de contrôler les coûts des médicaments et des mesures visant la pratique des médecins en matière de prescription.**

Comme membre-associé de la Coalition solidarité santé, nous appuyons également le Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux.

COLLÈGE DE ROSEMONT - DÉPARTEMENT D'ACUPUNCTURE

ACUPUNCTURE : CLINIQUES ET RECHERCHE EN MILIEUX HOSPITALIERS CLINIQUES D'ACUPUNCTURE DANS LE SYSTEME DE SANTÉ DU QUEBEC

Le département d'acupuncture du Collège de Rosemont souhaite que la Commission Clair recommande au gouvernement des investissements pour le développement de recherches en acupuncture en vue de son implantation, par le biais de cliniques, dans le système de santé du Québec.

Nous vous présentons une brève description des interventions faites à ce jour durant les cinq dernières années par le biais de stages cliniques pour les étudiants de 3^{ième} année du département d'acupuncture du Collège de Rosemont dans divers milieux de la santé.

Depuis 1996, le Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont offre un service de traitements d'acupuncture à son unité de médecine familiale à raison de 5 mois par année. Nous entamons notre 6^{ième} année en janvier prochain. Nous traitons les douleurs musculo-squelettiques et autres douleurs telles que céphalée/migraine et des pathologies diverses telles que la fatigue chronique, le syndrome prémenstruel, le stress, la dépression ainsi que d'autres pathologies. La clientèle est satisfaite de ce service.

De 1997 jusqu'à tout récemment, au Centre hospitalier de Ste-Justine, de concert avec son équipe médicale d'obstétrique, des traitements d'acupuncture ont été donnés à la salle d'accouchement à raison d'une à deux journées/semaine, et ce, sur une base régulière pour une période de trois ans. Plus de deux cents parturientes ont bénéficié de ce service durant cette période.

Depuis 1997, cinq mois par année, le Centre Dollard Cormier, centre de rééducation pour polytoxomanes, dispense des traitements d'acupuncture à sa clientèle. Ces traitements s'ajoutent aux activités thérapeutiques planifiées par l'équipe multidisciplinaire. Ils contribuent principalement à diminuer les effets secondaires, parfois très sévères, associés à l'arrêt de la consommation de drogue et favorisent une meilleure tolérance au traitement global.

Ces interventions cliniques qui se répètent d'une année à l'autre en milieu médical, bien que positives, s'avèrent toutefois limitées au contexte d'une formation pédagogique. Suite aux résultats positifs de ces réalisations, nous sommes convaincus de la pertinence de l'implantation de l'acupuncture à temps plein dans le système de santé, du moins dans les milieux déjà ouverts à la pratique de l'acupuncture. Nous croyons, qu'en comparaison



avec les approches traditionnelles de traitement, les coûts d'implantation et de maintien de telles cliniques seraient peu élevés. Ce serait offrir à la population québécoise une approche alternative reconnue depuis des millénaires et complémentaire au traitement médical conventionnel dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients.

RECHERCHE CLINIQUE : ACUPUNCTURE ET SÉQUELLES D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC).

En dehors de ces activités cliniques et pédagogiques liées à la formation en acupuncture, le département d'acupuncture du Collège de Rosemont a présenté un projet de recherche à la direction de la recherche de l'Institut de Réadaptation de Montréal. L'hôpital Maisonneuve-Rosemont évalue présentement sa participation éventuelle dans ce projet.

But de la recherche:

Plusieurs recherches ont déjà démontré que l'acupuncture a un effet positif sur la fonction motrice des patients paralysés à la suite d'un AVC. Notre recherche vise donc la diminution des lourds handicaps physiques chez les victimes d'un AVC, et ce, de concert avec les traitements cliniques offerts à l'Institut de réadaptation de Montréal.

Hypothèses :

- L'acupuncture accélère le rétablissement des fonctions motrices après un AVC.
- Les patients traités par acupuncture acquièrent un plus haut degré d'indépendance dans les activités de vie quotidienne.
- Les patients ayant subi un AVC et qui reçoivent des traitements en acupuncture voient leur qualité de vie augmentée.

Ces hypothèses s'appuient sur des recherches similaires réalisées dans des centres hospitaliers en Norvège, Suède, USA et Chine. Parmi ces recherches, l'une d'elle démontrait, en sus des résultats positifs sur la qualité de vie, des avantages au plan financier par la réduction du coût moyen de \$26,000/patient pour le coût du traitement global suite à la diminution de jours occupés dans un établissement de santé.

Méthodologie :

La méthodologie de recherche s'appuiera sur des processus scientifiques éprouvés sur les plans de l'échantillonnage et de l'évaluation de l'état de santé avant et après les traitements ainsi qu'un an plus tard. Elle se fondera également sur les principes de médecine traditionnelle chinoise propres à ce syndrome pour le protocole, la durée et la fréquence des traitements d'acupuncture. La recherche réunit des médecins, des

spécialistes et plusieurs autres professionnels de la santé. Elle repose sur l'intérêt commun de valider scientifiquement l'efficacité de l'acupuncture.

Conclusion :

Chaque année, près de 50,000 canadiens sont victimes d'un AVC. La Fondation des maladies du coeur énonce « qu'avec le vieillissement de la population, le nombre d'AVC augmentera de 68% au cours des vingt prochaines années... ». Les coûts annuels directs et indirects se chiffrent actuellement entre 2 et 3 milliards de dollars. L'aspect économique sous-jacent à l'introduction de traitements d'acupuncture dans ce groupe de patients serait loin d'être négligeable dans le système de santé québécois. Il est donc impératif d'obtenir l'appui financier du gouvernement dans la réalisation de recherches cliniques en acupuncture. Ces recherches s'avèrent incontournables pour bien évaluer l'efficacité de l'acupuncture, son avantage thérapeutique sur la santé et le bien-être des patients et définir sa viabilité et son potentiel générateur d'économies dans le système de santé québécois.



COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, ci-après désignée « la Commission », est constituée en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne. Elle doit assurer la promotion et le respect des principes contenus dans cette Charte, notamment le droit, en toute égalité et sans discrimination, à la vie, à la sûreté, à la dignité, à l'intégrité et à la liberté de la personne.

La Commission exerce une mission particulière à l'égard des enfants : elle veille à la protection de leur intérêt et au respect des droits qui leur sont reconnus par la Loi sur la protection de la jeunesse. L'analyse et les observations soumises à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ci-après désignée « la Commission d'étude » concernent essentiellement ce groupe particulier au sein de la population. Ces observations résultent de l'exercice d'une responsabilité d'enquête sur les services donnés à ces enfants et à ces adolescents, appréciés à l'aune des droits reconnus par la loi.

Selon la Commission, la gestion du système de protection des enfants comporte des exigences spécifiques. L'intervention en vertu d'un système de protection est en effet une intervention d'autorité, sociale ou judiciaire. Si légitime et nécessaire soit-elle, cette intervention constitue une atteinte à la vie privée, vécue comme telle par beaucoup de parents et d'adolescents. Cela a des conséquences importantes, notamment le fait que l'État se lie à des exigences de qualité par le fait même qu'il décide de porter atteinte au droit fondamental à la liberté et à la vie privée afin de corriger la situation des enfants dont la sécurité et le développement sont compromis.

Les services actuels ne sont pas à la hauteur de ces exigences de qualité même s'il est vrai que les établissements du système de protection protègent de nombreux enfants des pires excès, jour après jour. Le système de protection demeure en effet confronté à des échecs récurrents qui ne peuvent être qualifiés d'accidents de parcours. Ces échecs résultent en partie des vagues successives de compressions budgétaires. Ils résultent également de faiblesses auxquelles le seul ajout de ressources financières ne saurait remédier, notamment l'absence de système de gestion de la qualité au sein des établissements et leur agrément par un organisme externe, l'apport négligeable des ordres professionnels afin de garantir la compétence et la formation continue des intervenants. Les enfants soumis à des mauvais traitements physiques, de même que les enfants exposés à une négligence grave et persistante figurent au premier rang des victimes de ces faiblesses.

La Commission est d'avis qu'une réforme spécifique au système de protection doit être entreprise de façon concomitante à la réforme globale du système socio-sanitaire. Les

établissements ne peuvent, de façon isolée, mener à terme ces réformes. Un leadership ministériel plus marqué est nécessaire en regard notamment de la coordination requise entre les divers ministères concernés par les mesures de soutien à la famille et l'adoption de règlements d'établissements qui préciseront le cadre d'exercice des responsabilités exclusives du directeur de la protection de la jeunesse, ci-après désigné le DPJ, au sein des ressources de sa communauté.

La fonction du DPJ, son appartenance organisationnelle ainsi que son pouvoir sur le financement des services, sont remis en question à l'occasion du vaste débat public sur l'organisation et le financement des services. La Commission est d'avis que l'examen et, le cas échéant, la transformation de la fonction du DPJ devront être réalisés selon une séquence d'activités et d'étapes propre au système de protection, étalées sur une période d'environ deux ans, sous peine de compromettre les acquis des vingt dernières années et ce, pour longtemps.

En matière de financement, la Commission fait valoir que le financement des services par « groupes homogènes de diagnostics », mis de l'avant dans un rapport commandé par le ministère, pourrait être appliquée avec profit au système de protection. Enrichie des indicateurs socio-économiques pertinents, cette méthode de financement permettrait de relever le défi de l'équité inter-régionale.

Soucieuse de contribuer à la mise en place de solutions durables aux problèmes du système de protection, la Commission fait remarquer que les quelque 100,000 enfants et adolescents en contact avec le système de protection au cours d'une année demeurent une masse fort peu différenciée. Le ministère ne dispose que de cinq points de repère afin de cerner le profil de la clientèle du système de protection : il s'agit des enfants victimes d'abus physique ou sexuel, des enfants négligés, des enfants abandonnés et, finalement, des enfants et des adolescents qui manifestent des troubles de comportement. Les deux catégories les plus élastiques entre toutes, la négligence et les troubles de comportement, comptent pour 75% des signalements retenus pour évaluation.

Pourtant, ces milliers d'enfants et d'adolescents pourraient et devraient être répartis en sous-groupes présentant des caractéristiques communes. Par exemple, les enfants négligés pourraient être répartis en plusieurs sous-groupes constitués en fonction de l'âge, du degré de sévérité de la négligence, des particularités du milieu familial : monoparentalité ou non, présence ou non de maladie mentale grave et persistante, de déficience intellectuelle, de polytoxicomanie, d'association avec des milieux criminalisés et ainsi de suite.

Ce manque de précision quant aux caractéristiques des enfants et des familles au sein desquelles ils vivent a des conséquences majeures sur l'identification des besoins auxquels est appelé à répondre le système de protection. Il en découle que les objectifs



de l'intervention, les résultats attendus et leur évaluation demeurent vagues. Il en découle également que le financement des services peut difficilement être assuré sur des bases objectives.

La Commission est d'avis qu'il faut remédier sans délai à cette lacune fondamentale. Faisant sien le point de vue selon lequel une distinction plus nette doit être maintenue entre le champ des politiques et celui des moyens, elle recommande la mise en place immédiate d'un Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse qui assisterait la ministre dans la formulation de politiques d'intervention découlant d'une identification plus précise des clientèles du système de protection. Elle souligne également que la mise en place d'une Commission consultative sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires pourrait avoir un apport significatif sur la gestion du système de protection.

Le moment est venu d'aller au delà des symptômes et d'aborder les « véritables questions de fond ». Le moment est venu de préciser en quoi un système de protection est complémentaire à la mise en oeuvre d'une politique plus globale de soutien à la famille. Le moment est venu de réviser les fondements du système de protection, afin de les conforter à plusieurs égards, de les corriger au besoin ou encore d'apporter des précisions substantielles à leur mise en application.

Le moment est venu de préciser, par voie législative ou réglementaire, la mise en application des principes de base reconnus par la loi, notamment la primauté du droit des enfants ainsi que le principe en vertu duquel toute décision doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial tout en assurant la stabilité de ses conditions de vie. En somme, le moment est venu de procéder à une révision majeure de la Loi sur la protection de la jeunesse. La Commission recommande donc que la ministre de la Santé et des Services sociaux constitue un groupe interministériel chargé de lui soumettre, d'ici deux ans, un projet de révision de cette loi.

CONFÉDÉRATION DES ORGANISMES FAMILIAUX DU QUÉBEC

« LA FAMILLE N'EST PAS MORTE ET PLUS QUE JAMAIS A BESOIN D'AIDE: LA PRÉVENTION COÛTE MOINS CHER »

Le portrait actuel du système de santé et des services sociaux que trace la commission est « on ne peut plus dramatique ». L'ensemble du système est en crise et la situation n'ira qu'en se détériorant, surtout en ce qui concerne les besoins des personnes âgées. Face à un tel constat de limite sinon de cassure du système la commission soutient que :

« à défaut d'accepter l'adoption de solutions de rechange privées, il faudra nécessairement en venir à réduire des obstacles structurels et une rigidité qui, de l'intérieur, limitent la capacité du système à s'ajuster rapidement aux changements. »

A titre de solution la commission explore quatre grandes possibilités : augmentation des taxes, mise en place de frais de services, assouplissements organisationnels, participation du privé et du communautaire. Par contre dans l'ensemble de sa documentation la commission abandonne les trois premières possibilités ne retenant dans les faits que l'arrimage avec le secteur privé. **Nous de la COFaQ nous regrettons que** tout au long de sa présentation la commission revienne sans cesse sur la crise actuelle et l'absence d'alternative à l'implication du secteur privé. Elle se garde de parler de privatisation mais elle répète sans cesse la nécessité de l'arrimage du secteur public avec le secteur privé. Il ne semble pas y exister d'autres solutions que cet arrimage .Peut-être est-ce le cas, mais on aurait espéré une démonstration beaucoup plus serrée de cette nécessité. La commission se contente de répéter "secteur privé" comme s'il s'agissait d'une panacée universelle, dont le bien-fondé allait de soi et n'avait pas besoin d'être démontré. À force de répéter la même incantation on en vient à en faire un dogme de foi.

La position que la COFaQ défend est qu'il est possible de diminuer les frais de santé et de services sociaux par la mise en place de véritables instruments de prévention. Nous regrettons que la commission n'ait pas cru bon d'accorder à celle-ci toute l'importance qu'elle devrait avoir. Nous sommes effectivement confrontés à une crise du financement du système de la santé et des services sociaux, dans ce contexte faire fi de la prévention c'est faire preuve d'une dangereuse myopie.

Poursuivant notre lecture de l'ensemble de la documentation de la commission **nous sommes étonnés de la quasi totale absence de mesures de préventions** comme possible solution à la crise actuelle. Après tout il n'y a pas meilleure diminution des coûts que la baisse de la demande de services. De plus, la prévention a un effet direct sur la



qualité de vie tout aussi bien que l'espérance de vie et n'est-ce pas là le but premier de tout système de santé. Nous distinguons différents niveaux de prévention: Prévention primaire : publicité pour empêcher que les enfants soient battus par un parent; prévention secondaire: intervention auprès des familles à risque afin de développer de meilleures capacités parentales; prévention tertiaire: intervention de la DPJ pour que cela ne se reproduise pas dans une famille précise.

La COFaQ soutient que des économies substantielles sont donc encore possible en mettant en place des programmes de prévention secondaire. Dans le cas des personnes âgées le bien fondé de la prévention est particulièrement évident et semble même reconnu par le Ministère. Un autre secteur où la prévention, ou du moins la mise en place de programmes d'aides légers est celui de la maladie mentale. 41,3% des journées d'hospitalisation chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans sont occasionnées par des troubles mentaux. Malgré une impression quasi généralisée, la famille est encore immensément présente au Québec. Il ne s'agit pas d'une structure sociale passée de mode et en voie de disparition, au contraire. Comme le constate le Conseil de la Famille et de l'enfance, la famille est encore bien actuelle.

Surtout la famille demeure le seul lieu d'éducation des enfants.

« Bien que la proportion des personnes qui vivent dans les familles diminue avec le temps, la très grande majorité de la population (82%) conserve toujours ce cadre de vie. Les familles biparentales (avec et sans enfants) sont encore majoritairement constituées de couples mariés (63.6%). ...la presque totalité des jeunes de 0 à 17 ans (98.4%) vivent dans une famille...

La famille n'est donc pas morte, elle se porte peut-être plus mal qu'avant, mais elle est encore centrale dans la vie de la quasi-totalité des québécois et des québécoises. Elle est surtout, encore maintenant, le seul lieu véritable de l'éducation des enfants; le lieu où se mettent en place les racines. Par contre les transformations des dernières décennies, tant au niveau de la famille même, qu'au niveau sociétal, font peser sur elle de nouvelles difficultés que nous nous devons de considérer comme de nouveaux défis. Ces nouveaux défis ne se posent pas tant comme une remise en question de la famille qu'en nouveaux besoins de celle-ci. **Dans un monde aux ressources limitées, il s'agit de déterminer le plus précisément possible quelles nouvelles ressources doivent être fournies à la famille afin qu'elle puisse continuer à remplir ses rôles.**

Il existe présentement au Québec, comme partout dans le monde, des centaines d'exemples d'organisations visant à mettre en relation les personnes âgées avec les familles. **Ces exemples d'intergénérationnels sont autant d'exemples d'intervention de prévention** directement auprès de la famille et de chacun de ses membres. L'Intergénérationnel devient mécanisme de prévention en ce sens qu'il

augmente les possibilités de réussite familiale, donc entre autres de réussite scolaire des enfants, de prévention de la maladie mentale chez les parents, sans compter une meilleure santé générale chez les aînés.

Par contre, il va de soi que l'intergénérationnel ne pourra à lui seul combler tous les besoins actuels de la famille. **L'intergénérationnel doit se situer comme un élément d'un effort collectif visant à revaloriser la famille elle-même** et à lui offrir l'ensemble des ressources nécessaires à bien remplir l'ensemble de ses fonctions. Cet effort collectif doit se traduire par une mise en commun des ressources de l'ensemble des acteurs impliqués, de près comme de loin. Il y a nécessité absolue de voir à la coordination de tous et toutes dans la même direction.

Comme nous l'avons démontré la crise actuelle de la famille exige un effort concerté pour lui venir en aide. L'intergénérationnel est une piste dans cette direction. Pourtant, cette piste n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les défis actuels rencontrés par le système de santé et des services sociaux peuvent être la conjoncture idéale à un peu d'imagination. **Imagination créatrice permettant la mise en place de véritables mécanismes de prévention. C'est là le véritable défi que la Commission a à rencontrer.**



CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Les récentes consultations qui nous avons menées dans le cadre des travaux de la Commission, de même que notre expérience des huit dernières années comme maître d'œuvre de la planification et de l'organisation de services ainsi que dans l'allocation des ressources, nous confirment que dans le réseau de la santé et des services sociaux, le sur mesure sied mieux que le mur à mur.

La récente transformation du réseau a profondément modifié le paysage de nos réseaux régionaux et locaux de services, au point où l'application d'une solution mur à mur n'est plus possible et encore moins souhaitable lorsqu'on recherche une adaptation constante de nos services aux besoins évolutifs et aux caractéristiques évolutives de nos populations.

Nous tissons la toile de fond de nos recommandations à partir de huit orientations.

Trois d'entre elles ont trait aux objectifs visés par l'adaptation :

- un accès équitable et optimal aux services en temps opportun,
- des services fournis avec une préoccupation de continuité,
- des services respectueux de la personne.

Les cinq autres orientations ont trait aux moyens d'action :

- la participation des citoyens aux instances décisionnelles,
- l'importance d'investir en amont des risques (prévention et domaines sociaux),
- l'importance d'orienter les services davantage vers l'atteinte des résultats,
- la nécessité de donner plus d'autonomie et de responsabilités aux personnes qui dispensent les services,
- la nécessité de convenir d'ententes de gestion publiques.

Nous appuyons la préoccupation de la Commission relativement à l'importance de consolider les services de base. Ces services ne sont pas strictement de nature médicale mais comportent aussi un volet social très important et très influent sur les résultats que nous voulons atteindre. À ce titre, nous recommandons 5 résultats et 10 améliorations dans le but d'orienter l'organisation des services de base vers l'atteinte de résultats de santé et de services, laissant aux régies régionales, en collaboration avec les organisations de leur territoire, le choix des moyens. Cependant deux leviers nous apparaissent essentiels à la réussite de ce projet de réseaux de services de base, soit la régionalisation de l'affectation du budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec et le levier de l'allocation de ressources permettant par la suite une budgétisation globale et triennale des établissements.

Concernant le volet médical des services spécialisés, nous recommandons que ces services soient, dans la mesure du possible, disponibles le plus près possible du lieu de résidence du citoyen, afin de répondre à ce que ce même citoyen considère le plus important, un accès équitable peu importe où il demeure. Cette façon de concevoir l'organisation des services spécialisés exigera un questionnement constant sur le bien fondé de toute décision de centralisation de l'offre de services.

En plus des recommandations que contient notre mémoire quant à l'organisation des services, nous proposons à la Commission des actions structurantes afin de régler le déséquilibre que nous vivons présentement avec la répartition des effectifs médicaux et la problématique de main-d'œuvre de même qu'avec la trop lente évolution de nos systèmes d'information et de l'implantation des nouvelles technologies. Nous considérons qu'une inaction dans ces secteurs annulerait toute autre action visant l'adaptation de l'organisation des services.

Concernant le financement, nous recommandons fortement à la Commission de regarder beaucoup plus du côté des modes d'allocation de ressources qui sont désuets et qui rendent difficile l'adaptation de l'offre de services. Nous recommandons de se tourner davantage vers des modes d'allocation de ressources sur des bases de population avec certaines pondération pour tenir compte des caractéristiques des populations.

Enfin, tous reconnaissent que le choix du mode de gouvernance n'est pas non plus étranger dans notre capacité d'atteindre des résultats. Depuis quelques années, le Québec a choisi la voie de la décentralisation, de la régionalisation et de la démocratisation du système de santé. Cette voie est aussi empruntée par l'ensemble des sociétés les plus évoluées. Cette voie constitue la seule possible lorsque l'on veut atteindre des objectifs d'adaptation de système, de responsabilisation et d'imputabilité.

Sur ce point, les résultats des consultations régionales, qui ont rejoint près de 6000 personnes, sont très explicites. L'utilité des trois paliers de décision (Ministre, régie régionale et établissements) n'est pas remise en question. Ce que les gens questionnent, et sur ce point, nous les appuyons, c'est davantage la lourdeur de la prise de décision due en bonne partie à une réglementation plus axée sur le contrôle que sur la responsabilisation, de même que la nécessité de clarifier et de respecter l'imputabilité de chacun des niveaux.

Enfin, ces mêmes personnes sont aussi venues dire qu'il faut non seulement poursuivre dans la voie de la décentralisation mais aussi la renforcer, puis doter les régies régionales des leviers nécessaires à la maîtrise d'œuvre de l'organisation des services et, conséquemment, à l'allocation des ressources.

Il s'agit là d'un défi à la hauteur des dynamiques régionales.



CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

Le Conseil de la famille et de l'enfance est l'organisme gouvernemental mandaté pour conseiller le gouvernement québécois en regard de la famille et de l'enfance. Devant les enjeux en cause, il désire contribuer à l'identification de moyens concrets pour améliorer le système de santé et de services sociaux, particulièrement du point de vue des familles.

Selon les données statistiques de 1996, au Québec, 82 % de la population vit dans une famille et 66 % des familles déclarent avoir des enfants à la maison. Le transfert des responsabilités de l'État vers les familles avec, entre autres, le virage ambulatoire et le maintien à domicile des personnes âgées et des convalescents, s'est fait dans un contexte où les familles sont de plus en plus petites et vulnérables.

Bien que les familles soient les premières concernées à titre d'utilisatrices, la nouvelle réforme ne tient pas compte de leur réalité alors que celles-ci, par leur dynamique interne et leurs responsabilités, sont particulièrement touchées par les transformations sociales vécues récemment. Les impacts sur leur qualité de vie, provoqués par ces changements, quoique difficiles à quantifier ou à évaluer, sont néanmoins réels et quotidiens.

En réalité, quand une personne a un problème, sa famille ne peut y rester étrangère longtemps. Souvent, la famille est affectée et elle doit être impliquée dans les solutions recherchées : il faut reconnaître la dynamique familiale. Le Conseil de la famille et de l'enfance demande donc une véritable **approche familiale** qui considère la personne dans son milieu et dans son environnement de relations au lieu de la considérer uniquement comme individu.

Toute la société en profite lorsque les familles jouent adéquatement leur rôle. La politique familiale veut ainsi que l'État accompagne les parents et offre un support à la compétence parentale, réservant ses interventions majeures dans les situations où les parents n'arrivent pas à assumer adéquatement ce rôle. Il faut donc « penser et agir famille ».

On ne peut nier l'importance des services de base afin de pouvoir intervenir rapidement dans les cas de maladie ou d'accident. Toutefois, plusieurs problèmes de santé trouvent leur origine dans des causes « sociales »; on pense au stress au travail, aux soucis pour les enfants et les adolescents, à la surcharge des soins aux parents âgés, aux problèmes financiers, aux séparations, à la perte d'emploi, etc.

Il apparaît de première importance de poursuivre les changements amorcés dans la réforme antérieure. Tel que le prévoyait cette réforme, une plus grande place devrait être accordée au développement des services sociaux afin de miser davantage sur la **prévention**, particulièrement auprès des clientèles à risque et celles aux prises avec la

pauvreté ou l'isolement social. Deux déterminants majeurs sur les conditions de vie des individus et leur famille qu'il faut considérer.

On sait également que le virage ambulatoire et le maintien à domicile ont amené une surcharge de tâches aux familles, surtout aux femmes, qui se sentent responsables du bien-être de leurs proches. Ces personnes doivent assumer ces nouvelles responsabilités sans vraiment de soutien de la part du réseau public. Il faut s'assurer qu'elles reçoivent l'aide appropriée pour éviter leur épuisement, car la majorité occupent un emploi à plein temps, et le quart d'entre elles ont, en plus, la responsabilité d'enfants de moins de 15 ans.

L'aide demandée requiert avant tout une meilleure **information** sur les services disponibles que ce soit ceux des réseaux public, privé ou communautaire, ces derniers étant, entre autres, souvent méconnus de la population. Différentes options s'offrent en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services. Entre autres, par rapport aux enfants et aux familles, les CLSC, ou encore les centres de médecine familiale, pourraient servir de « porte d'entrée » dans le système, car ils représentent des pôles importants, proches des gens, où tant l'aspect médical que social sont traités. En effet, le médecin de famille pourrait assurer le suivi du patient et des membres de sa famille afin d'avoir une vision élargie de son milieu de vie. Cette approche permettrait davantage de vigilance aux moments de plus grande vulnérabilité des familles.

La rareté des ressources fait que souvent ce sont les familles en profonde difficulté ou en crise qui bénéficient de services alors qu'on devrait rejoindre également toutes les familles qui en ont besoin dans une perspective de prévention en visant particulièrement les parents de jeunes enfants qui représentent une clientèle qui pourraient profiter des avantages de telles ressources. Actuellement, les groupes communautaires peuvent donner du support, mais ils n'ont pas les moyens de développer davantage leurs activités ni de répondre à tous les besoins.

Il serait important que les services offerts soient harmonisés de façon à ce qu'il n'y ait pas de doublement de service. Il faut donc que les gens puissent trouver rapidement la ressource qui va pouvoir répondre à leurs besoins. En privilégiant l'intégration des services, cela permettrait une **accessibilité** accrue et une **continuité** dans les services ou les soins offerts, favorisant ainsi une vision globale de la santé et des services sociaux.

De là l'importance d'une concertation entre les divers intervenants des réseaux existants. La mise sur pied d'équipes multidisciplinaires aiderait à maintenir une continuité dans le suivi des bénéficiaires où une seule et même personne servirait d'intermédiaire entre la clientèle et des intervenants. Enfin, le Conseil de la famille et de l'enfance croit qu'il faut préserver la gratuité et l'universalité d'accès du système de santé et des services sociaux afin de maintenir et d'accroître le soutien aux familles et à leurs membres.



CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

« Finir ce que l'on entreprend... préparer l'avenir »

1- Compléter le diagnostic

Le Conseil de la santé et du bien-être invite la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux à compléter un diagnostic courant qui conclut, devant l'impact appréhendé du vieillissement et du développement technologique, à l'incapacité du système public de répondre aux attentes, au sous-financement du système, ainsi qu'à la nécessité de recourir davantage au financement privé. Aux yeux du Conseil, quatre considérations doivent être faites pour compléter ce diagnostic:

- 1.1 Alors qu'elle est satisfaite de leur qualité, la population rencontre des difficultés d'accès aux services. La main-d'œuvre vit un essoufflement et sa répartition et l'organisation du travail posent problème. La pression pour l'augmentation des ressources est très forte. Les causes de ces problèmes sont en partie reliées aux transformations rapides que le système a connues au regard du financement et de l'organisation entre 1995 et 1999. Toutefois, les problèmes ont souvent des causes connues et des solutions connues. L'implantation de ces solutions exige des changements de comportements et d'attitudes qui suscitent des résistances qu'il faut gérer dans le temps avec des moyens appropriés à tous les paliers d'action.
- 1.2 Les finances du système sociosanitaire québécois doivent nous préoccuper en considérant notamment les dimensions suivantes : - l'évolution des dépenses sociosanitaires est avantageuse lorsqu'on la compare à l'évolution de notre richesse collective, mais la réduction des années 1995-1997 a créé un déséquilibre en plus d'exercer une pression importante sur les coûts; - le niveau de dépenses totales est avantageux si on compare le Québec à l'échelle internationale tant pour la part du PIB consacrée aux services que pour le per capita; - la position relative du Québec a chuté durant cette période 1995-1997 pour les dépenses totales de services de santé per capita; elles sont moins élevées au Québec que dans l'ensemble du Canada; - le Québec a connu une progression des dépenses privées: de 1979 à 1997, les dépenses privées ont contribué davantage, toutes proportions gardées, à l'augmentation des dépenses totales que les dépenses publiques; certaines composantes du système ont besoin de réinvestissements publics pour compléter la transformation et corriger certaines lacunes.
- 1.3 L'examen des facteurs d'évolution des coûts doit être complété : - en plus d'exercer une pression sur les coûts, le vieillissement de la population pose un

défi d'envergure à notre système, celui d'apprendre à intervenir différemment auprès des personnes âgées, d'une manière plus adaptée à leurs besoins et plus respectueuse de leur autonomie et de leur milieu de vie; - en plus d'exercer une pression sur les coûts, le développement technologique pose un défi d'envergure à notre système, celui d'approprier la technologie, c'est-à-dire apprendre à choisir parmi les possibilités qu'elle nous offre, celles qui nous conviennent vraiment, se doter de mécanismes d'évaluation et de décision se fondant sur des critères de pertinence, de qualité, d'efficacité, et des critères économiques, sociaux et éthiques.

- 1.4 Une gestion publique de notre système sociosanitaire, avec un apport approprié du secteur privé, offre de meilleures garanties de qualité dans les services offerts et d'efficacité dans leur prestation. Lorsque des réinvestissements sont requis pour consolider certains éléments du système, comme la première ligne, c'est par le financement public que le système de services de santé et de services sociaux a plus de chance de demeurer efficace, efficient, et équitable. C'est aussi par un financement public de son système de services de santé et de services sociaux que la société a le plus de chance de demeurer solidaire et d'assurer une sécurité à ses membres.

En somme, quant au diagnostic, le commentaire du Conseil se résume ainsi : des solutions sont connues, il faut pousser la réflexion pour mieux pouvoir les réaliser; le financement public est sous contrôle, cependant des ajustements sont à faire; des défis d'envergure doivent être relevés, en regard du vieillissement et des technologies; un système public, avec un apport bien circonscrit du système privé, offre de meilleures garanties de performance et d'équité.

2- Des recommandations pour orienter, mieux intégrer, mobiliser le système

Afin d'*orienter le système*, le Conseil propose que :- le gouvernement se dote d'une stratégie de développement social, au sein de laquelle serait définie la contribution du système de services de santé et de services sociaux; - le Ministère et son réseau se dotent d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée, qui se caractériserait par la distinction de différents types d'objectifs (par exemple : objectifs de santé et de bien-être, objectifs de réduction d'écarts, objectifs d'action intersectorielle, objectifs d'organisation de services, objectifs liés aux pratiques professionnelles), et par un processus interactif d'élaboration et de reddition de compte entre le Ministère, son réseau, et les organismes du milieu.

Afin de *mieux intégrer le système*, le Conseil recommande que soient intégrées les enveloppes budgétaires dédiées aux services hospitaliers, à la rémunération des médecins et à l'achat de médicaments pour permettre de choisir le service approprié au moindre coût. De plus, le Conseil recommande la mise en oeuvre



d'une organisation intégrée de services qui présente les caractéristiques suivantes : une porte d'entrée unique; une accessibilité à une gamme de services de première ligne en tout temps; une intégration des services de soutien dans la communauté y associant la famille, les organismes communautaires, les CLSC, les centres de santé, les centres hospitaliers et les cabinets privés de médecins; une imputabilité des équipes d'intervenants face à la santé d'une population et aux besoins des personnes, face à des résultats à atteindre et aux ressources qui sont allouées aux services qui lui sont destinés pour l'atteinte des résultats; une coordination et une coopération entre les services de première ligne et de soutien dans le milieu, d'une part, et des services plus spécialisés et hospitaliers, d'autre part; la participation et l'information des citoyennes et citoyens et des communautés.

Afin de *mobiliser le système*, le Conseil recommande que soit accordée aux régions et aux localités une plus grande autonomie dans la prise de décision, notamment par la gestion des ressources financières affectées aux services destinés aux populations régionales et par une imputabilité mieux articulée.

Au total, si l'on veut résumer l'idée qui inspire nos recommandations, c'est qu'il nous faut doter le système d'une *nouvelle logique de décision* dans un système qui est par ailleurs complexe. Grâce à des *objectifs partagés*, se donner une direction commune, faire participer la population à l'orientation du système de services; par *l'intégration des enveloppes budgétaires*, favoriser la prise de décisions efficaces; par la *décentralisation*, rapprocher le lieu de décision du lieu de distribution des services; grâce à une première ligne forte, rendre imputable un responsable de l'organisation des services dans un territoire donné.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

Le présent document a pour objectif de rassembler les principales propositions du Conseil médical du Québec au sujet de l'organisation des services médicaux dans le système de santé du Québec. Au fil de ses travaux, élaborés depuis 1993, le Conseil a produit plus d'une vingtaine d'avis portant sur la plupart des aspects fondamentaux du domaine des services médicaux.

Parvenu au terme d'un cycle complet de travail, le Conseil médical du Québec a jugé utile et même nécessaire de produire un document-synthèse permettant l'intégration des différentes propositions contenues dans ses avis successifs pour en dégager la vision cohérente des services médicaux, telle qu'elle est perçue et retenue par ses membres.

Tout en demeurant collé au plus près de l'évolution des travaux du Conseil, le lecteur comprendra que le présent texte ne reflète pas le cheminement chronologique de ses publications. Le choix a plutôt été celui de la logique d'un système global de prestation des services médicaux, à savoir la détermination des services offerts, dans leur nature et leur pertinence, l'organisation la plus efficace pour assurer leur prestation et, enfin, l'effectif médical nécessaire pour donner ces services à la population.

Le présent document comprend sept parties. La première est consacrée à une brève présentation du rôle, de la composition et du fonctionnement du Conseil. Elle traite également du sens de la démarche et du premier plan de travail que le Conseil a retenu.

La deuxième partie concerne, pour l'essentiel, la question des services médicaux proprement dits, abordés surtout sous l'angle de leur pertinence. On y trouve aussi une proposition de régime d'assurance responsabilité professionnelle ainsi que la définition de la notion de « requis au point de vue médical » proposée par le Conseil.

La troisième partie présente les recommandations du Conseil concernant les objectifs du système de santé ainsi que la nouvelle dynamique organisationnelle des services préconisée par le Conseil. Elle traite aussi des rôles essentiels et des responsabilités particulières en abordant la question des instituts et centres hospitaliers universitaires ainsi que celle des chefs de départements cliniques.

La quatrième partie décrit les modes de rémunération des médecins considérés comme étant les plus susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs visés par la nouvelle organisation proposée.

La cinquième partie explique le cheminement du Conseil dans ses propositions annuelles, depuis 1994, concernant la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de



formation doctorale et postdoctorale en médecine. Cette partie traite aussi des multiples recommandations formulées par le Conseil médical en ce qui a trait aux différents mécanismes de la planification des besoins en médecins et de la répartition des médecins sur le territoire.

La sixième partie est consacrée exclusivement à une étude conduite par le Conseil médical sur les conséquences d'une plus grande privatisation des services médicaux quant à leur accessibilité et à leur qualité.

Enfin, dans la dernière partie, le lecteur est sensibilisé à la nature des défis que nous devons désormais relever et aux perspectives d'avenir, pour le système de santé, qui se dégagent des réflexions préliminaires des membres, dans leur démarche pour la préparation du prochain plan de travail.

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le Conseil québécois d'agrément est un organisme sans but lucratif dont la mission consiste à aider les établissements et autres organismes qui dispensent des services de santé et des services sociaux à faire connaître et à améliorer la qualité de leur gestion et de leurs services.

Le Conseil, auteur d'une démarche d'agrément dans plus d'une soixantaine d'établissements du réseau, a développé au cours des cinq dernières années, une connaissance des réalisations et des difficultés rencontrées par un large éventail des établissements. Il offre un programme d'agrément à tous les établissements du réseau exception faite des centres hospitaliers qui ont plus que cinquante (50) lits.

Le Conseil est donc en mesure de formuler un certain nombre de constats sur des thèmes qui intéressent la Commission et de lui soumettre ses recommandations.

Résumé des constats

- Peu d'établissements se sont donnés une démarche structurée d'amélioration de la qualité de leurs services ;
- Le rythme d'inscription des établissements au programme d'agrément est plutôt lent ;
- Le réseau des établissements a été bouleversé par les récentes transformations ;
- L'importance que les établissements accordent à l'instauration de réseaux intégrés de services s'est accrue de façon significative au cours des dernières années ;
- Dans cette même perspective, l'accès aux services de base (services médicaux et sociaux, services à domicile) demeure problématique par manque de ressources ;
- L'implication des CLSC au chapitre de la prévention/promotion et du développement communautaire accuse un recul certain ;
- Il y a détérioration progressive, depuis quelques années, du climat organisationnel dans l'ensemble des établissements ;
- La formation accessible aux établissements demeure souvent trop théorique et ne répond pas à leur besoin d'instrumentation concrète ;
- Les charges de travail individuel ont augmenté et le personnel n'a pas le support requis en termes de supervision et d'encadrement professionnel ;
- La fonction « contrôle » est la fonction la plus négligée dans nos organisations.



Résumé des recommandations

- que le Ministère et les Régies régionales adoptent des mesures d'ordre financier ou autres qui incitent un plus grand nombre d'établissements à recourir plus rapidement au programme d'agrément ;
- que la Commission apporte l'attention voulue pour que ses recommandations se situent dans la foulée de la dernière réforme en prenant en compte son état de réalisation, ses succès et ses limites ;
- que le Ministère ajoute de nouvelles ressources dans le secteur des services sociaux afin d'améliorer la capacité des établissements à répondre adéquatement aux besoins de leur clientèle ;
- que le Ministère investisse davantage dans les services de base afin de renforcer l'offre de services des CLSC en matière de maintien à domicile, de services courants de santé et de services sociaux, d'activités de prévention/promotion et de renforcement des communautés pour que ces dernières engagent davantage de leurs ressources dans la réponse aux besoins de leur population ;
- que le Ministère responsabilise davantage, par des mécanismes appropriés (incitatifs financiers, mécanismes de coordination), les ressources médicales privées afin que celles-ci intensifient et coordonnent davantage leurs activités avec celles des établissements pour bonifier l'offre de services aux populations locales ;
- que le gouvernement modifie la loi et la réglementation pour étendre l'application des plans de services à l'ensemble des clientèles ;
- que le Ministère réinstaure son programme de formation-réseau ou adopte une formule équivalente afin de supporter concrètement le personnel des établissements dans la recherche d'améliorations concernant des difficultés précises qu'ils rencontrent et dans l'actualisation des politiques et des programmes ministériels ;
- que le Ministère investisse une partie des ressources allouées au développement pour permettre aux établissements d'augmenter le nombre de postes de professionnels et de cadres, ce qui leur permettrait d'une part d'alléger les charges de travail et d'autre part de renforcer les mesures visant à assurer un meilleur encadrement et une supervision plus adéquate des pratiques professionnelles ;
- que le Ministère investisse davantage pour apporter aux établissements le soutien nécessaire pour qu'ils se dotent des ressources requises qui leur permettront de tirer profit des systèmes d'information dont ils disposent.

CORPORATION DES SERVICES D'AMBULANCE DU QUÉBEC

L'organisation des services

La Corporation des Services d'ambulance du Québec est une organisation à but non lucratif qui regroupe près d'une centaine d'entreprises privées qui gèrent les services d'ambulance dans toutes les régions du Québec. Les entreprises membres de la C.S.A.Q. emploient 1100 techniciens ambulanciers. Elles effectuent plus de 30 % de tous les transports ambulanciers réalisés au Québec.

Notre modèle de gestion est celui de l'entreprise privée. C'est celui que nous privilégions. L'entreprise privée a fait ses preuves et lorsque l'on compare notre système ambulancier aux autres présents dans le monde, il s'avère être l'un des plus performants pour les sommes investies.

Au Québec, le service ambulancier est accessible à tous. C'est une des seules régions en Amérique du Nord qui emploie des gens formés et disponibles à temps plein et ce sur tout le territoire. Malgré cela, on est une des provinces dont les services ambulanciers sont les moins chers à opérer et l'un des plus efficace. Une des raisons importantes de ce bon rendement c'est, selon nous, parce qu'il est en grande partie basé sur l'entreprise privée.

Pourquoi l'entreprise privée ? Pour sa grande flexibilité, sa grande capacité à réagir et à s'adapter. Pour le contrôle des coûts. Pour sa grande imputabilité.

Nous favorisons donc un arrimage du public et du privé. Les élus sont responsables vis à vis de la population et à ce titre doivent définir ce que le gouvernement est en mesure d'offrir à la population. Mais pour l'opérationnalisation, nous croyons que l'entreprise privée a fait ses preuves. Au même coût elle sera plus efficace tout en offrant des services de qualité. Par ailleurs, elles savent qu'elles sont perfectibles et que des mécanismes sont nécessaires pour assurer la qualité des services rendus. Dans le secteur ambulancier, nous proposons le modèle suivant, afin de corriger les problèmes de planification et de coordination qui sont actuellement identifiés par la majorité des intervenants.

La création d'une **autorité nationale** qui aurait pour mandat de définir les budgets, les critères de normalisation, les équipements requis, la formation, etc. Cette autorité pourrait être une entité à l'intérieur du Ministère, elle aurait le pouvoir de réglementer. Elle aurait comme rôle de coordonner et d'intégrer tous les maillons de la chaîne pour une organisation efficace des services.



Au niveau **régional**, on doit se préoccuper de l'évaluation des besoins de la population desservie. On doit aussi s'assurer de la qualité des services rendus et que les standards soient respectés. C'est à ce niveau qu'on mesure l'atteinte des objectifs de performance. On doit s'assurer des résultats et non pas du comment. L'ambulance est-elle conforme ? Le temps réponse est-il respecté ? Le service est-il bien donné ?

C'est au niveau **local**, soit au niveau de chaque zone, que se fait la prestation de services et c'est à ce niveau que les entreprises ambulancières interviennent. Elles sont responsables de la gestion des opérations. Elles contrôlent et assument tous les volets de la prestation des services comme tel.

Dans une perspective plus globale, parmi les pistes de solution :

- Il nous faut maximiser les services actuels. Les hôpitaux ont des équipements qui pourraient être davantage utilisés. Le sont-ils à 40 % actuellement ? Ils pourraient l'être à 90%. À 24 heures par jour, pourquoi pas ?
- On pourrait louer certains équipements, ce qui permettrait d'augmenter les revenus et désengorger les salles d'urgence. On voit actuellement les hôpitaux vétérinaires qui sont ouverts 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le jour, ils sont accessibles aux urgences et la nuit pour les cas en attente. Ne pourrait-on pas s'inspirer de cette approche pour les soins destinés aux humains...
- En ce qui a trait au dossier clinique informatisé, cette piste de solution nous apparaît souhaitable parce qu'elle irait dans le sens de limiter le magasinage, de désengorger les listes d'attente et de limiter les coûts. Par ailleurs dans le domaine ambulancier, on constate très peu d'abus.

Mais comment parler d'organisation de services sans parler de relations de travail ? Actuellement tout est figé dans les conventions collectives. Ce qui enlève beaucoup de flexibilité au système. Dans le secteur ambulancier, la flexibilité se retrouve davantage dans le volet administratif des entreprises. Ainsi un propriétaire de service ambulancier accepte de faire 4 ou 5 tâches lorsque nécessaire. Une plus grande flexibilité au niveau des tâches pourrait être souhaitable à tous les niveaux.

Actuellement les membres de la C.S.A.Q. sont fortement impliqués et prêts à collaborer à la mise en œuvre et à l'amélioration des éléments précités. Ils ont présenté leurs recommandations et leurs positions à cet égard dans le cadre du Comité Dicaire, qui revoit actuellement l'ensemble du système préhospitalier d'urgence au Québec. Ils siègent activement sur le comité financement de ce comité.

Le financement

À notre avis, il est temps de faire le point. Les changements se sont fait rapidement,

parfois radicalement. Maintenant que l'exercice est fait, il faut corriger certains tirs, réinvestir là où c'est nécessaire et reprendre là où on a mal évalué les conséquences des décisions. À notre point de vue, réinvestir dans les services d'urgence doit figurer parmi les priorités. Dans le secteur ambulancier, il faut de nouveaux équipements. Il faut assurer la rotation des véhicules ambulanciers de façon plus fréquente. Comme on demande davantage de contrôle, il faut aussi davantage de ressources pour assurer ces contrôles. De plus on est à même de constater un manque évident d'équité interrégionale. C'est une des lacunes à combler avec la nouvelle organisation des services telle que nous la souhaitons.

Les pistes de solution que nous privilégions eu égard au financement sont :

- Exiger une contribution des personnes qui sont en mesure de le faire. Par exemple en s'inspirant de l'assurance médicaments, une participation financière en fonction de leurs revenus pourrait être exigée aux personnes âgées de 65 ans et plus, pour contribuer aux frais des transports ambulanciers (ils sont gratuits actuellement pour ces personnes et ce, qu'elles soient riches ou pauvres).
- Il faut revoir les modes d'allocations de budget. N'étant pas imputables, les régies régionales ne devraient pas gérer les budgets.
- Pourquoi ne pas envisager la mise en application du « no fault » pour les médecins ? Ceux-ci prescrivent de nombreux examens souvent de peur de se tromper dans leur diagnostic. Ces examens répétitifs ont aussi un impact sur les listes d'attente. Si l'on instaurait le « no fault » un peu comme dans l'assurance automobile nous croyons que cela limiterait le nombre d'examens...
- La création d'un REES (Régime enregistré épargne santé) dédié exclusivement aux frais médicaux. Ainsi le citoyen pourrait investir dans ce REES et bénéficier des déductions fiscales inhérentes sans que son plafond maximal ne soit modifié. Le retrait au REES pour le paiement de frais reliés à la santé, ne serait pas imposable, et ce quel que soit l'âge de l'individu.
- La proposition d'augmenter les impôts n'entre pas dans les solutions souhaitables.

Les entreprises membres de la Corporation des Services d'ambulance du Québec, maintiennent que le secteur privé a sa place dans l'organisation des services de santé au Québec. Il a fait ses preuves. Il permet de libérer des « ressources » pour le service public. Il permet d'explorer des avenues créatrices. Le privé offre aussi une alternative. Dans une démocratie, la liberté de choisir est un atout indéniable. Et à ceux qui craignent que favoriser le développement de services privés amène une médecine à deux vitesses, permettez-nous de conclure sur une petite histoire vécue dernièrement chez l'un des nôtres.

Une jeune fille se présente à l'urgence de l'hôpital de sa région avec un hameçon coincé à son mollet. C'est dimanche soir, il n'y a aucune clinique ni autre service auquel elle



peut s'adresser. Elle voit finalement le médecin en matinée après **15 heures d'attente**. En 5 minutes, il a réglé son problème. Épuisée, elle retourne chez elle pour dormir. Elle rate une journée de travail. Elle est étudiante et ne bénéficie d'aucun congé de maladie. Pour elle, cela représente une perte nette en salaire. Si elle avait eu accès à un service privé, elle aurait consenti à payer 30 ou 40 \$ pour se faire soigner et ce, même si elle n'est pas très fortunée. Ce jour là, il lui en a coûté beaucoup plus d'avoir accès à un service gratuit et public.... Des histoires comme celles-là, il y en a des centaines qui se répètent chaque jour... Notre système de santé doit s'efforcer de trouver des solutions à l'accessibilité des services devenue de plus en plus difficile... Nous sommes convaincus qu'une participation plus grande de l'entreprise privée dans l'organisation des services de santé fait partie intégrante de la solution à ce problème...

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC

Le Curateur public représente, directement ou indirectement, près de 35 000 adultes déclarés inaptes, c'est-à-dire que leur condition rend incapables de pourvoir eux-mêmes à leur entretien ou à la gestion de leurs biens et qui dépendent étroitement des services de santé ou des services sociaux pour leur vie quotidienne. Plus de 95 % vivent en établissement ou dans l'une des ressources intermédiaires ou familiales qui leurs sont associées.

1) Les citoyens sous régime de protection dans le réseau de la santé : état des lieux

On peut diviser les citoyens que je représente en quatre groupes. Le premier se compose de personnes âgées qui souffrent de démence sénile dont, au premier rang, la maladie d'Alzheimer. J'ai donné la consigne de les orienter vers les ressources accréditées ou de les y transférer. Mais les centres d'hébergement publics ou privés conventionnés demeurant insuffisants, on continue d'envoyer des patients dans des foyers clandestins dont le créneau se développe, comme tout marché noir, avec la complicité du système. Quant aux services médicaux dans les CHSLD, ils sont généralement bons. Là où on constate un problème, c'est l'approche qui est en cause : certains centres d'hébergement, il faut bien le dire, sont des mouirois.

Le deuxième groupe se compose de personnes ayant une déficience intellectuelle. Leur sortie massive des centres hospitaliers a poussé les patients dehors sans les services promis à l'arrivée. Le travail rémunéré leur reste étranger et le transport adapté se révèle très nettement en deçà des besoins. Ce fut, je n'hésite pas à le dire, une « désinstitutionnalisation sauvage », comme en santé mentale d'ailleurs.

Le troisième groupe se compose de personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. La majorité vivent désormais à l'extérieur de l'hôpital, où ils ont toutefois besoin d'encadrement. Là encore, il y a peu de services, le logement social ne comble pas les besoins et les centres de crise sont trop peu nombreux de sorte qu'on assiste à des réhospitalisations brèves mais répétées.

Le quatrième groupe se compose de personnes qui ont subi une pathologie cérébrale ou un traumatisme crânien, dont les séquelles donnent lieu à des problèmes cognitifs et comportementaux. Les établissements, soumis à des critères rigides qui ne correspondent pas à leur profil, hésitent à les accueillir ou franchement les refusent et personne ne sait où les placer. De nombreuses autres personnes combinent, par exemple, déficience intellectuelle et problèmes de comportement, troubles mentaux et toxicomanie ou délinquance ou itinérance... Aucune grille ne semble conçue pour les recevoir.



2) La réorganisation des services : le pivot du système

Le pivot du système, c'est l'utilisateur. Afin de traduire la préoccupation pour l'utilisateur dans l'organisation même des services, il faut renverser la perspective. Je propose de distinguer à cette fin, dans l'ensemble des services offerts aux usagers, les soins médicaux et l'hébergement : l'objectif consiste alors à rendre disponibles les services de base (j'y inclus les soins infirmiers et la réadaptation) quel que soit le lieu d'hébergement, en commençant par le domicile, puis en suivant le patient dans les ressources intermédiaires ou familiales et dans les centres d'hébergement.

Dans cette perspective, la notion de responsabilité territoriale est essentielle : il faut qu'un établissement soit officiellement responsable et imputable des services dus à une personne donnée sur un territoire donné, que cette personne les reçoive directement de l'établissement ou soit réorientée vers le service approprié. Cette intégration, qui vise les établissements, doit s'étendre aux services qui ne relèvent pas du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment le transport adapté, l'éducation, la sécurité du revenu, l'emploi et le logement social.

Quand le placement devient inévitable, il faut alors faire du CHSLD un milieu de vie. Les personnes qui y sont hébergées ont besoin d'assistance pour leur entretien le plus élémentaire, d'où l'importance de réhabiliter l'aide aux usagers et, au-delà même de ce niveau plancher, de leur offrir un choix d'activités comprises comme loisirs, réadaptation ou insertion sociale. Il faut en outre assujettir les foyers privés à un permis et à des normes d'exploitation.

3) Les relations du Curateur public avec le réseau de la santé

Les besoins des personnes inaptes embrassent des champs où les responsabilités du réseau de la santé et les miennes sont étroitement imbriquées. Or, on observe dans les relations entre les deux institutions des malentendus. J'ai notamment pour mandat de donner au réseau de la santé, au nom des citoyens représentés, le consentement requis pour l'hébergement et les soins médicaux. Malgré tout, les établissements négligent, une fois sur deux, de demander ce consentement avant de procéder.

De même, le traitement des plaintes dans le réseau de la santé est si lourd et complexe que les personnels tendent à utiliser les services du Curateur public comme si celui-ci était un ombudsman. La Commissaire aux plaintes du réseau de la santé et moi-même venons de signer à ce sujet un protocole d'entente. Voilà, à mes yeux, une autre forme de décloisonnement que j'apprécie à sa juste valeur et dont j'espère une suite. Aussi je propose que, dans la liste des tâches à compléter après que vous aurez dessiné les nouveaux services de santé intégrés, vous inscriviez une reprise de contact entre les deux institutions pour mettre au point des mécanismes de liaison permanents.

DÉPARTEMENTS UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE FAMILIALE DU QUÉBEC

Le médecin de famille : un acteur central du système de santé et des services sociaux

1- CE QUE NOUS SOMMES

Les départements universitaires de médecine familiale existent au Québec depuis près de 30 ans. Depuis 1988, ils assurent la formation de l'ensemble des médecins de famille du Québec.

Les départements universitaires s'appuient sur un réseau de milieux cliniques diversifiés localisés dans les hôpitaux et des CLSC des grandes régions de Québec, Sherbrooke et Montréal ainsi que sur un réseau d'hôpitaux communautaires, de cliniques médicales et de CLSC distribués dans l'ensemble du Québec.

Nous croyons cependant de notre devoir de participer à l'élaboration de solutions face aux problèmes que rencontre actuellement notre système de santé car nous nous sentons triplement interpellés en tant que formateurs, chercheurs et en tant que cliniciens.

2- NOTRE POSITION FACE AUX SOLUTIONS PROPOSÉES PAR LA COMMISSION

Nous partageons l'opinion qu'au-delà des difficultés de financement du système, il existe un problème important d'organisation des services de base et des services spécialisés.

Nous partageons aussi l'opinion qu'au-delà des problèmes de gestion ou d'organisation, il existe un problème structurel important de financement du système de services sociaux et de santé.

Nous ne croyons pas qu'une réorganisation du système de santé et des modalités de financement suffira à régler les problèmes sans l'injection de ressources additionnelles pour supporter les innovations qui iront dans le sens des solutions envisagées.

Nous croyons important de souligner deux dimensions de la réorganisation du travail auxquelles on fait allusion mais qui sont rarement mises à l'avant-plan :

- 1- L'importance d'investir dans le support à la gestion des services de santé dans les milieux cliniques où oeuvreront les équipes de professionnels de façon à ce que les professionnels consacrent leur temps à ce pourquoi ils sont formés : l'intervention auprès de la clientèle.
- 2- L'injection de ressources pour supporter le développement de réels programmes d'assurance de la qualité dans les milieux de soins de première ligne.



3- LA FORMATION COMME SOLUTION

Nous proposons à la Commission d'inclure la formation professionnelle dans la liste des stratégies de changement. En effet les programmes de formation professionnelle peuvent être de puissants leviers de changement pour favoriser l'adaptation des pratiques aux besoins actuels.

Il nous apparaît important de considérer comme prioritaire:

- L'organisation des soins et l'accès aux nouvelles technologies de l'information dans les milieux de formation de façon à ce que les étudiants soient formés dans des milieux d'avant-garde dans les disciplines de première ligne comme dans les disciplines spécialisées.
- La consolidation du réseau de formation en médecine familiale en régions de façon à être en mesure d'accueillir plus d'étudiants pour plus longtemps.
- Le support des innovations pédagogiques favorisant l'initiation au travail en interdisciplinarité.
- La formation continue professionnelle.

4- L'ENGAGEMENT DES DÉPARTEMENTS DE MÉDECINE FAMILIALE

Les départements de médecine familiale du Québec – leurs directeurs et leurs enseignants – sont conscients de la responsabilité qui leur est conférée par les facultés de médecine et sont prêts à amorcer des changements dans l'organisation du travail dans les milieux de formation dans le sens des solutions mises de l'avant actuellement au Québec.

Nous tenons cependant à sensibiliser la Commission au fait que les milieux de formation universitaire en médecine familiale sont soumis aux mêmes contraintes et difficultés qu'on rencontre dans les régions où il y a actuellement une pénurie de médecins de famille.

On dit qu'une société « gagnante » investit dans la formation. Le réseau de la santé et des services sociaux n'échappe pas à cette règle. La démarche en cours doit être l'occasion d'assurer la relève en soins de première ligne. A cette fin, il importe de protéger et développer les milieux de formation en médecine familiale.

Marie-Dominique Beaulieu, m.d.

Directrice
Département de médecine familiale
Université de Montréal

Rénald Bergeron, m.d.

Directeur
Département de médecine familiale
Université Laval

Richard Boulé, m.d.

Directeur
Département de médecine familiale
Université Sherbrooke

Louise Nasmith, m.d.

Directrice
Département de médecine familiale
Université McGill

ÉQUIPE DE RECHERCHE GAGNON, GUBERMAN ET AL.
(Éric Gagnon, Nancy Guberman, Denyse Côté, Claude Gilbert , Nicole Thivierge, Marielle Tremblay)

Le virage ambulatoire : difficultés, problèmes et propositions pour améliorer les services

Les observations et recommandations qui suivent découlent d'une recherche menée dans cinq régions du Québec (Bas-St-Laurent, Montréal, Outaouais, Saguenay, Québec). Elle visait à comprendre le partage des responsabilités de soins entre les intervenants des secteurs public, privé et communautaire, les malades et leurs proches, et à évaluer la capacité des malades d'assumer les responsabilités plus nombreuses qui leur sont déléguées dans le cadre du virage.

Elle a porté sur cinq clientèles touchées par des réductions de séjour hospitalier : fracture de hanche, soins palliatifs, personnes souffrant de problèmes respiratoires chroniques (MPOC), personnes recevant une antibiothérapie intraveineuse à domicile, et les personnes ayant connu un accident cardio-vasculaire (ACV). Elle repose sur 120 entrevues individuelles réalisées auprès de patients et leurs proches, ainsi que sur des entrevues avec des intervenants hospitaliers et de CLSC. Pour la formulation des remarques et propositions qui suivent, nous avons également tiré profit des nombreuses recherches que nous avons réalisées (individuellement ou collectivement) dans le domaine depuis plus de 15 ans.

Coordination entre les CLSC et les hôpitaux

Si la collaboration s'est améliorée depuis le début de l'implantation du virage ambulatoire, elle demeure insuffisante, et même problématique à certains endroits. Des congés sont accordés aux patients sur la base d'une information incomplète ou même erronée concernant les conditions à domicile. L'hôpital promet des services à domicile que les CLSC ne sont pas en mesure de fournir. Le manque de coordination fait également en sorte que les patients ne reçoivent pas tous les mêmes services (fréquence des services, équipement, prescription).

Nous recommandons que l'évaluation de la situation et des besoins du patient, avant son congé de l'hôpital, soit réalisée de manière plus complète. Elle doit être pensée comme une formation et un suivi continu, débutant à l'hôpital et se poursuivant à la maison, et elle exige donc une collaboration étroite entre hôpital et CLSC.



Coordination entre les CH, les CLSC, les centres d'accueil et les CHSLD

Des patients sont retournés à domicile sans que leur domicile présente les conditions nécessaires à une convalescence réussie. Les exigences de la vie familiale et domestique obligent des patients à assumer des activités incompatibles avec une convalescence. D'autres patients se trouvent isolés à domicile sans support suffisant pour une véritable convalescence.

Nous recommandons d'examiner la possibilité que les centres d'accueil et les CHSLD, travaillant en étroite collaboration avec les CH et les CLSC, puissent offrir des services d'hébergement temporaire pour les patients ayant des besoins de convalescence qui ne peuvent pas être satisfaits à domicile.

Les proches et les famille

Avec le virage, on assiste à un transfert d'activités professionnelles vers les patients et leurs proches. Des soignantes familiales "pratiquent" les soins infirmiers et la médecine, elles exercent une surveillance allant des réactions suite au changement de médicaments aux crises exigeant des réadmissions d'urgence. Elles utilisent de l'équipement de haute technologie pour administrer des traitements, elles supervisent des exercices, elles font des injections intramusculaires et intraveineuses. Ces responsabilités sont source d'inquiétude et d'anxiété pour les proches ainsi que pour les patients dont la qualité des soins dépend des compétences et aptitudes de ces proches.

Notre recherche comme d'autres recherches effectuées en Amérique du nord, arrivent à deux constats :

- 1- la prise en charge dans la communauté de personnes ayant des incapacités est assumée principalement (75 à 90%) par les proches dont les trois quarts sont des femmes ;
- 2- cette prise en charge a très souvent des impacts négatifs sur la personne qui l'assume, tant au niveau de sa santé physique et mentale qu'au niveau de sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Parmi les impacts négatifs sur la santé, citons des maladies liées au stress, l'aggravation des conditions chroniques préalables, la fatigue chronique et la dépression.

Nous recommandons que l'implication et la responsabilité des proches soient mieux circonscrites. Qu'il y ait un déplacement de l'emphase sur la famille comme principal pourvoyeur des soins, vers une véritable prise en charge communautaire impliquant ayant les services publics comme ressource centrale. Ceci implique une augmentation considérable des services publics à domicile. Il nous semble important que cesse toute délégation aux proches des actes réservés aux professionnelles de la santé.

Problèmes de suivi post-hospitalier

Plusieurs patients demeurent sans suivi à leur retour à la maison, que ce soit du CLSC ou d'un médecin de famille. Cette situation est parfois source d'inconfort et d'insécurité pour les patients (incertitudes quant aux soins à se donner, à l'évolution de leur état et aux complications possibles). Malgré l'existence pour certaines clientèles et dans certaines régions, de services 24/7, où l'on peut téléphoner et qui peuvent envoyer au besoin un intervenant à domicile, la majorité des personnes interviewées n'y avaient pas accès. De plus, une partie de la clientèle du virage ambulatoire réside dans des régions et peuvent être appelées à se déplacer sur de longs trajets et dans des conditions parfois difficiles, notamment l'hiver, pour leur suivi.

Nous recommandons la mise en place de mécanismes assurant à toute personne un accès à un médecin de famille et que les services de ces médecins soient disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il s'agit d'offrir aux patients qui poursuivent désormais leur convalescence à la maison la même sécurité dont ils bénéficient en milieu hospitalier. Il faut également mettre en place un système de transport pour les rendez-vous et les retours au domicile, gratuit et adapté aux conditions des patients.

Délégation au secteur communautaire et au secteur privé

On compte souvent sur les services bénévoles de transport pour le retour à domicile du patient ou ses visites en externe à l'hôpital. Or, les organismes bénévoles ne peuvent ni ne veulent l'assumer entièrement. Les services d'aide domestique et d'auxiliaire familiale confiés aux entreprises d'économie sociale impliquent une tarification des services, ce qui signifie la fin de l'universalité des services : tous ne peuvent pas se les payer. Par ailleurs, le travail des auxiliaires familiales comme celui des aides domestiques, lorsqu'elles travaillent chez des personnes seules ou en perte d'autonomie, est un travail exigeant, complexe, nécessitant un savoir-faire, une intelligence et une grande autonomie. Dans le contexte du domicile, elles doivent travailler seules, bien souvent sans équipement sécuritaire. Elles doivent faire face aux demandes des usagers et elles sont exposées à la violence verbale et physique (harcèlement sexuel, personnes démentes).

Nous recommandons le maintien de l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des services des auxiliaires familiales à domicile incluant les soins personnels, les transferts, la préparation de repas et le répit-gardiennage. Il faut reconnaître le travail accompli par les auxiliaires familiales et les aides domestiques par une amélioration importante de leurs conditions de travail.

Transfert des coûts

Les patients et les proches du virage ambulatoire observent transfert des coûts du secteur



public aux patients (médicaments, équipements, déplacements pour les traitements, réaménagement du domicile, services privés à domicile. En raison des coûts, plusieurs patients sont obligés de se priver d'une partie de la médication prescrite, de l'oxygène, de l'équipement essentiel à la convalescence, de la physiothérapie, de l'aide domestique à domicile. Des proches doivent quitter temporairement leur emploi ou diminuer leur nombre d'heures travaillées pour répondre aux exigences des soins.

Nous recommandons que les CLSC fournissent gratuitement les services suffisants et des équipements et appareils nécessaires à la convalescence et au maintien à domicile et qu'ils assument les frais de l'aménagement des domiciles (pose de barres, etc.).

FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE DU QUÉBEC

Contexte des services à domicile

Le système public de santé au Québec s'est modifié considérablement pendant les dernières décennies. Mais a-t-il progressé en s'adaptant et en s'ajustant au rythme de l'évolution de la société ?

La problématique que nous avons décrite et le constat auquel nous en arrivons ne nous permettent pas d'en être assurés. Nous sommes parvenus à un carrefour où un virage s'avère inévitable. Pouvons-nous y parvenir sans le fragiliser et même en le renforçant ?

D'entrée de jeu, nous soutenons qu'il est manifeste que le privé coopératif dans le secteur des services à domicile ne peut plus être qualifié de « menace » à notre système public de santé qui demande d'être oxygéné. Mais pas à n'importe quel prix.

Lorsque la population elle-même démontre non seulement sa préoccupation mais bien sa volonté d'être partenaire et de contribuer à sa survie, il y a là tous les signes que ce système public constitue encore et toujours une partie inaliénable de notre patrimoine. Par ailleurs, le dynamisme et la prise en charge de cette collectivité invitent l'État à envisager l'introduction de mécanismes appropriés afin d'être en mesure de livrer ce dont elle a besoin.

Pour ce faire, l'expérience a démontré qu'il ne s'agit pas de décupler les infrastructures et de se maintenir dans un système d'une rigidité impénétrable. Une autre formule doit être envisagée.

L'entrée en scène de projets privés coopératifs correspond justement à l'équilibre recherché quant à la *complémentarité* du secteur privé dans la poursuite des objectifs du système public de santé. Ils répondent à des besoins locaux avec des moyens adaptés et souvent à moindre coût pour l'État.

Tel que nous en avons fait état, contrairement à la culture d'entreprise privée capitaliste, la formule coopérative n'a pas d'intérêt à maximiser des profits, mais bien à reconnaître la primauté de la personne humaine sur l'argent.



Ces coopératives ne sont pas des adversaires du réseau public de la santé, mais bien une alternative incontournable pour l'État, un projet de société à l'initiative de femmes et d'hommes préoccupés par la qualité de vie des personnes. La contribution des coopératives à l'intérieur d'un réseau intégré de services est donc une force inestimable d'aide, une vision réaliste et une valeur ajoutée pour la société et l'État québécois.

Recommandations

Les recommandations qui suivent s'adressent à l'ensemble des décideurs gouvernementaux dans leur action en rapport avec la complémentarité du secteur privé au secteur public de la santé :

1- Reconnaître et favoriser la création de coopératives de services à domicile

- Clarifier et reconnaître le rôle du privé dans le système de santé.
- Établir distinctement la reconnaissance des entités coopératives dans le secteur du maintien à domicile.
- Reconnaître l'importance de la formule coopérative comme alternative et partenaire au système public.
- Favoriser le recours aux coopératives de services pour le CLSC qui doit procéder à l'achat de services de maintien à domicile complémentaires.
- Appuyer et supporter la création et le développement des coopératives de maintien de services.

2- Réexaminer le panier de services

- Baliser et redéfinir clairement ce que sont les services de première ligne.
- Associer la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec comme partenaire dans cet exercice de redéfinition.
- Associer la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec à la normalisation des critères de qualité demandés dans l'offre de services de maintien à domicile.
- Élargir la couverture de services du PEFSAD, pour inclure notamment les services de répit-gardiennage en établissant les exigences appropriées selon les profils d'utilisateurs.
- Considérer les services d'activité de la vie quotidienne dans les services ouverts à des entreprises coopératives ayant établi des protocoles d'entente avec le CLSC de leur territoire.

3) Reconnaître et promouvoir le rôle des coopératives de services

- Reconnaître et promouvoir le rôle des coopératives dans leur contribution à l'offre de services couverts soit par des régimes d'assurances privées ou des régimes tels ceux de la CSST ou de la SAAQ.
- Reconnaître et promouvoir le rôle des coopératives dans leur contribution aux services offerts à tout particulier intéressé à se procurer de tels services.
- Inclure les coopératives de services dans un futur réseau intégré de services.



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

De l'exclusion à la citoyenneté :

un engagement collectif renouvelé envers les personnes présentant une déficience intellectuelle

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

La participation sociale : un volet important de la mission du système de santé et des services sociaux

- La mission et les responsabilités que l'État a assumées auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. De l'exclusion à l'intégration dans la communauté et à la participation sociale, les personnes présentant une déficience intellectuelle ont parcouru un long chemin.
- En 1988, tout était en place pour que soit finalisée l'opération de désinstitutionnalisation. Le gouvernement du Québec, avec la parution de la *Politique sur l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle*, s'engageait envers ce qu'il considérait comme «Un impératif humain et social». Le droit des personnes à vivre en société en tant que citoyens et citoyennes à part entière était enfin reconnu et faisait l'objet d'un véritable projet collectif.
- Dans la foulée de la désinstitutionnalisation, les CRDI ont composé avec les ressources humaines et financières à leur disposition pour développer une gamme de services, une expertise et des façons de faire améliorant la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle.
- Malgré tous nos efforts pour offrir des services spécialisés, sur une base locale, à deux fois plus de personnes qu'au début des années 1990 (soit à près de 25 000 personnes), nous ne pouvons répondre entièrement aux besoins de toutes les personnes présentant une déficience intellectuelle et soutenir adéquatement leur famille et leur entourage.

- De l'exclusion à la participation sociale, les services publics offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ont connu un virage à 180o.

Nous recommandons :

- **Que la Commission Clair accorde une juste attention aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur famille.**
- **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme clairement son engagement en regard de la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle.**
- **Que l'organisation des services et leur financement s'inscrivent dans cette perspective.**

Une expertise et un leadership essentiels à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle

- Les personnes présentant une déficience intellectuelle importante et leur famille ont besoin de soutien, souvent sur une très longue période et les CRDI leur assurent des services continus et intégrés.
- Les CRDI offrent aux personnes et à leur famille une garantie en terme de services et de soutien à l'intégration sociale. Ils se sont engagés et ils assument la responsabilité du contrat social qui a été entendu avec les personnes et leurs familles, dans le cadre du processus de désinstitutionnalisation, à l'effet de les accompagner et de les soutenir dans le processus d'intégration sociale. Ils représentent pour elles un « point fixe de responsabilité » dont elles ont grand besoin.
- Les CRDI ont opté pour une approche individualisée et une gestion par programme, dans une perspective écosystémique. Ils offrent leurs services sur une base locale dans le milieu de vie des personnes en fonction des besoins individuels de chacun.
- Ils travaillent en collaboration avec de nombreux partenaires, tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qu'auprès d'organisations, d'autres ministères ou auprès d'organisations communautaires et d'entreprises privées.
- Depuis plusieurs années, les CRDI ont développé une expertise spécialisée en matière de services d'adaptation et de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et leur expertise continue à se développer par une

stratégie concertée avec les milieux universitaires, tant sur le plan de la formation des intervenants et des intervenantes que sur le plan du développement de la recherche.

- L'expertise et le leadership des CRDI sont essentiels à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle, au soutien de leur famille et à la participation de leur entourage.

Nous recommandons :

- **Que le leadership des CRDI soit reconnu et qu'ils garantissent l'accessibilité aux services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle qui en ont besoin, et les services de soutien à leur famille et à leur entourage.**
- **Que l'engagement explicite des divers partenaires publics concernés par l'intégration sociale fasse l'objet d'un projet gouvernemental clair.**

Le financement des services en fonction des besoins réels des personnes

- On estime à 3 % de la population le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle, soit 200 000 personnes au Québec. Le MSSS estime qu'environ 40 000 personnes ont besoin de services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale.
- Les CRDI disposent d'un budget historique, dont le per capita moyen était de 59 \$ en 1999. Ce per capita est demeuré sensiblement le même au cours des 15 dernières années, bien que le nombre de clients ait augmenté et que les besoins aient évolué de manière importante.
- Selon les indicateurs dont nous disposons, les CRDI de la province rejoignent 72 % de leur clientèle cible au Québec. Environ 8000 personnes qui ont besoin de services n'y ont pas accès. On a récemment recensé 2500 personnes inscrites sur les listes d'attente des CRDI. Plusieurs de ces personnes attendent depuis des semaines, voire plusieurs mois. Parmi les personnes qui ont accès aux services des CRDI plusieurs ne reçoivent pas tous les services dont elles ont besoin.
- Le per capita constitue une approximation relativement grossière des besoins des personnes présentant une déficience intellectuelle sur un territoire. Un financement per capita ne garantit pas l'accessibilité à tous les services requis pour toutes les personnes qui en ont besoin.

- Les CRDI de la province disposent actuellement d'un système d'information clientèle et la Fédération québécoise des CRDI, à partir de ce système d'information, a développé des indicateurs de gestion qui nous permettent de mieux évaluer les besoins des personnes et les budgets requis pour répondre à ces besoins.

Nous recommandons :

- **Que l'on garantisse l'accessibilité aux services d'intégration sociale, à toutes les personnes présentant une déficience intellectuelle qui en ont besoin et ce, sans délai d'attente.**
- **Que l'on implante un projet-pilote pour étudier un modèle de financement tenant compte des besoins réels de la clientèle en déficience intellectuelle et des coûts de services requis.**
- **Que le budget accordé aux CRDI tienne compte des besoins réels des personnes présentant une déficience intellectuelle, à partir d'une analyse de la population à desservir et des coûts des services requis.**

La démocratisation des services et la participation sociale

- Deux enjeux majeurs habitaient la réforme de la santé et des services sociaux amorcée au début des années quatre-vingt-dix, soit rationaliser et démocratiser l'organisation des services. Le premier de ces enjeux visait à contrôler les dépenses en adaptant les services aux besoins de la population d'une part, et aux ressources de l'État, d'autre part. Le second enjeu cherchait à impliquer davantage les citoyens et les citoyennes en ramenant les décisions aux paliers régional et local. Le premier enjeu a semble-t-il dominé la scène au cours des dix dernières années.
- Nous croyons qu'il faut multiplier les lieux d'exercice de la citoyenneté active et démocratique et soutenir la participation sociale de la population à la défense « du bien commun » et des intérêts publics, aux paliers locaux et régionaux dans le réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi,

Nous recommandons :

- **Que soient réaffirmées clairement les valeurs de justice, d'égalité et de solidarité qui sont les fondements de la participation démocratique dans le réseau de la santé et des services sociaux.**

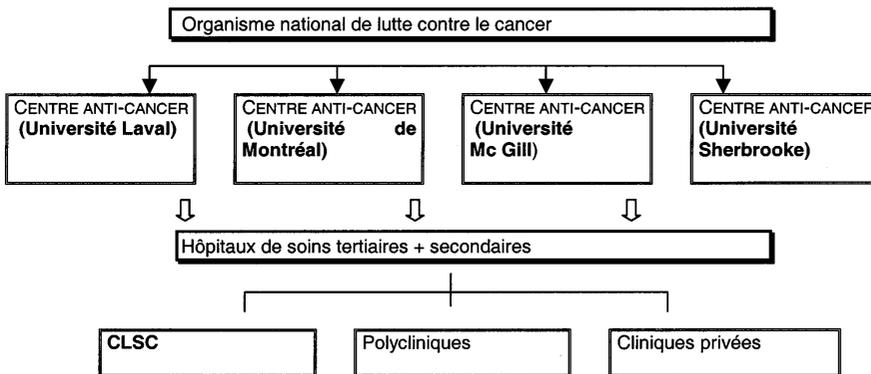


- **Que soient clarifiées les responsabilités des conseils d'administration des établissements et que leur autonomie soit accrue.**
- **Que l'on accroisse la légitimité et l'efficacité des conseils d'administration, en révisant leur composition, en améliorant la participation électorale et les processus de reddition de compte à la population et en développant une véritable « pédagogie de la participation ».**

FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER

Forte de plus de 20 ans de services de soutien, d'information, de documentation et d'hébergement auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches, la Fondation québécoise du cancer propose une modification de la structure de soins en cancérologie au Québec. Devant l'incidence et la fatalité du cancer ainsi que l'immobilisme du Programme québécois de lutte contre le cancer, la Fondation juge nécessaire et urgente l'implantation d'une organisation de soins spécifique à la maladie.

Notre schéma s'appuie sur une autorité centrale permanente, totalement dédiée au cancer, décisionnelle, responsable de tous les aspects de la maladie, imputable et disposant d'un budget distinct. Ces caractéristiques sont indispensables au succès d'une telle organisation. La figure ci-dessous illustre bien notre pensée.



Les membres seraient nommés par le Ministre de la Santé et des Services sociaux en raison de leur expertise et de leur implication dans la lutte contre le cancer. Le mandat de cette organisation serait de coordonner, d'intégrer et de superviser tous les services de cancérologie au Québec. L'expérience des autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Saskatchewan, Ontario et Nouvelle-Écosse) doivent inspirer notre concept.

Afin d'assurer des soins de qualité accessibles, un corridor de services serait instauré. À sa tête, quatre centres hospitaliers de soins quaternaires associés à une faculté de médecine seraient institutionnalisés. Ces centres anti-cancer dispenseraient des services spécialisés en traitement, recherche et enseignement dans une démarche de pluridisciplinarité. Les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) en France sont un bel exemple d'organisation à succès en ce domaine. La désignation des centres anti-cancer serait de la responsabilité de l'autorité nationale précitée. L'expérience des



Comprehensive Cancer Centers des Etats-Unis pourrait guider notre démarche.

Afin d'épauler ces centres anti-cancer, des hôpitaux de soins tertiaires et secondaires se joindraient à la structure proposée. Ceux-ci disposeraient d'une expertise, d'une formation et d'un protocole de soins et traitements établis les guidant dans leur tâche. Pour compléter, les CLSC, polycliniques et cliniques privées seraient mis à contribution comme services de première ligne accessibles à la population.

Finalement, le fonctionnement d'une telle pyramide de soins s'appuie indubitablement sur une réelle volonté des personnes impliquées à travailler en étroite collaboration. La mise en place d'un dossier uniformisé et informatisé est un outil indispensable aux différents intervenants de paliers de soins afin de suivre l'évolution du patient et d'éviter le dédoublement de services inutilement.

Enfin, un mot sur le sujet du financement. Bien que nous ne croyions pas détenir une expertise spécifique à ce sujet, nous sommes convaincus que l'application de notre proposition peut se faire en grande partie à l'intérieur des budgets actuels. Une réallocation plus efficace et efficiente des ressources est pour cela nécessaire. Une agence qui détient plein contrôle de ses fonds et qui en est imputable semble pour nous une condition sine qua non de succès.

HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE

Monsieur Nick DiTomaso
Président du Conseil d'administration

Ces réflexions proviennent principalement de ce que je considère ma première responsabilité à titre de représentant de la communauté au sein d'un conseil d'administration - de s'assurer que notre communauté reçoit des services hospitaliers de haute qualité, à un niveau d'accessibilité raisonnable, en fonction des besoins démontrés.

Conjoncture

Le bassin de population de l'Hôpital général du Lakeshore est l'Ouest-de-l'Île de Montréal, de même que les villes avoisinantes représentant une population de 315 000 habitants s'étendant de la ville de Lachine jusqu'à la frontière ontarienne. Géographiquement et dans l'esprit de la communauté, l'Hôpital général du Lakeshore est situé au coeur des services de santé dans l'Ouest-de-l'Île.

En faisant l'objet d'importantes contraintes budgétaires et de changements remarquables suite à la réforme des soins de santé, nous avons réévalué tous les aspects des services de notre hôpital afin de relever ces défis, tout en tentant de répondre du mieux possible aux besoins en matière de services de santé dans l'Ouest-de-l'Île. Aucun autre hôpital au Québec n'offre de soins à moins de 40 % de son bassin de population. Notre clientèle de l'Ouest-de-l'Île s'est vue obligée de voyager vers le centre-ville pour obtenir des services, pas nécessairement par choix, mais parce que nous étions dans l'impossibilité de pourvoir à leurs demandes dans la communauté. Dans les faits, nous sommes un hôpital qui fonctionne par son service d'urgence puisqu'avec 80 % des admissions via l'urgence et 90 % de nos jours-présence sont utilisés par cette clientèle.

Or, au même moment où nous limitons l'accès à des services de base, nous en avons développé plusieurs autres. Les gens désirent que leurs soins de santé soient disponibles près de leur domicile, dans leur communauté. Une fois construit et les services disponibles, les gens les fréquenteront.

L'ORGANISATION DES SERVICES

Prodiguer des soins efficaces de façon continue demeure le plus grand défi de notre système de santé aujourd'hui.



Une organisation territoriale des services sous autorité unique

Au cours des dernières années, l'Ouest-de-l'Île a mis en place des moyens pour assurer la coordination des services de santé et services sociaux et a adopté un rôle pro-actif pour s'assurer que soient développés les services en créant trois tables de concertation, soit le Comité d'orientation et de planification des services de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île, sous la présidence du maire Peter Yeomans; le Comité d'implantation du Réseau interactif des services de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île, sous la présidence d'une présidente de conseil d'administration d'un établissement; ainsi que la Table des présidents et des directeurs généraux des institutions du Réseau, sous la présidence d'un des présidents, monsieur Gerald Robertson.

Cette structure participatoire a la capacité d'assumer la coordination des services de santé, d'identifier les besoins de la population pour obtenir des autorités concernées les ressources additionnelles nécessaires, et être imputable auprès de la communauté sur les résultats obtenus.

Ce modèle précieux devrait être respecté et mis à contribution pour une communauté bien établie comme celle de l'Ouest-de-l'Île.

Un dossier clinique informatisé par patient

Du point de vue du patient, il est très frustrant de constater l'absence de coordination et de transmission de l'information d'un intervenant à l'autre sur les services reçus.

Une intégration efficace et une planification adéquate des soins de santé au niveau de la communauté dépend en grande partie de la façon dont nous recueillons, gérons et partageons l'information sur le patient entre les divers intervenants impliqués.

Plusieurs systèmes informatisés intégrés existent et ils permettraient d'optimiser le cheminement de l'information nécessaire pour assurer une continuité des services entre les intervenants. Plus spécifiquement, le dossier du patient circule électroniquement avec le patient auprès de tous les intervenants chez qui il se présente qui, en retour, ont un accès interactif au dossier et le mettent à jour s'il y a un nouveau diagnostic ou traitement ou si une mesure préventive a été prise. Le dossier appartient au patient, mais il est maintenu dans une base de données centrale, le centre nerveux du réseau de la santé qui le dessert.

Le système Wellnet, utilisé en Alberta, offre un excellent aperçu des avantages tangibles de coordonner l'information sur la santé des patients aux niveaux régional et local. Un des aspects intéressants de cette technologie est qu'elle peut être appliquée et ajustée dans chaque région dans le but de refléter les besoins spécifiques de chaque communauté plutôt qu'universellement. Cette façon

d'implanter signifie moins d'interruptions à l'intérieur de chaque réseau, des coûts de démarrage moins élevés et un retour sur investissement mesurable et immédiat. Wellnet mérite d'être étudié par la Commission.

L'Hôpital général du Lakeshore procède présentement à la construction d'un Centre ambulatoire. Nous avons donc une occasion unique d'innover et de mettre en place des systèmes de communication à l'intérieur de notre réseau dans l'Ouest-de-l'Île, en utilisant l'Hôpital comme noyau d'un réseau intégré. De plus, l'Ouest-de-l'Île se prête bien à ce modèle puisqu'il est formé d'un réseau de municipalités, tout aussi autonomes les unes que les autres avec une longue tradition d'ententes de services avec leurs voisins.

L'Hôpital général du Lakeshore, qui est au coeur de sa communauté, pourrait servir de projet pilote pour le réseau intégré informatisé à travers le Québec.

Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats

La pratique courante des coupures paramétriques et de financement historique ne sont pas efficaces. Certains services offerts et des demandes de services particuliers par certaines populations n'ont pas été reconnus. L'efficacité financière d'un établissement n'a pas toujours été récompensée. (Voir exemples dans le texte complet.)

Il y a un besoin pressant de mettre sur pied un processus budgétaire flexible destiné à reconnaître à chaque institution le nombre d'habitants de son bassin de population (dans notre cas, 315 000) et ses particularités démographiques (dans notre cas, une proportion élevée de personnes âgées), la nature et la complexité des cas qui se présentent (de plus en plus de patients avec de multiples pathologies) et spécialement la qualité et l'efficacité des coûts des résultats obtenus (sa propre efficacité financière). En effet, un nouveau processus budgétaire devrait être en mesure d'être à la hauteur et de respecter les besoins de chaque établissement.

Conclusion

À titre d'utilisateur de notre système de santé, j'ose espérer que la Commission sera audacieuse dans sa façon de penser et d'innover dans la refonte de notre système. Notre système a désespérément besoin de moyens financiers et une flexibilité organisationnelle pour répondre adéquatement et rapidement aux besoins de notre population, le plus près possible de leur domicile à des coûts adéquats.



INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

La révision de l'organisation et du financement des services de santé et des services sociaux est devenue une démarche nécessaire à la préservation d'un système juste, efficace et abordable. La tâche est cependant complexe et les modifications à apporter à notre système de santé gagneraient à être définies et évaluées à l'aide du cadre d'analyse global développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son Rapport sur la santé 2000.

Dans ce cadre, le système de santé comprend non seulement les services personnels offerts aux malades mais aussi les interventions collectives, généralement de nature préventive, qui jouent un rôle important dans l'état de santé d'une population. Les systèmes de santé y sont évalués en fonction des cinq objectifs fondamentaux qu'ils poursuivent : améliorer la santé de la population, réduire les écarts de santé, répondre aux attentes légitimes de la population quant à la qualité des services, et ce, sans discrimination envers les groupes vulnérables et, enfin, répartir équitablement le fardeau du financement. Le niveau de financement n'est pas un objectif du système de santé mais un choix politique et social. Pour un niveau de ressources donné, un système de santé est d'autant plus performant qu'il réussit à bien atteindre ces multiples objectifs. Les premières estimations de l'OMS suggèrent que la performance du système de santé canadien pourrait être meilleure, c'est-à-dire qu'on pourrait mieux atteindre les objectifs avec les ressources que nous investissons en santé. La structure de la prestation de services et celle du financement, les deux questions examinées par la commission, sont identifiées comme des déterminants majeurs de la performance d'un système de santé.

Dans son analyse, l'OMS insiste sur l'importance de bien choisir les services qui sont offerts par le système de santé. Les ressources étant limitées et les capacités d'intervention s'accroissant constamment, faire des choix est devenu inévitable. Ces choix doivent viser à maximiser les effets sur la santé qui peuvent être obtenus des ressources disponibles mais aussi prendre en compte les objectifs d'équité et les priorités que la société se donne. Optimiser la performance du système de santé demande d'opérer une priorisation « sociale » des services offerts par le système de santé. Ce type de régulation, expérimenté dans quelques pays, fait défaut dans notre système de santé caractérisé par un contrôle passif des dépenses globales. Une telle priorisation devrait s'appliquer tant aux services personnels offerts par les prestataires de soins qu'aux interventions collectives de prévention. La priorisation des services n'est pas la désassurance. Elle s'en distingue par l'application de critères de décision plus larges, la prise en compte explicite des valeurs sociales et une plus grande souplesse dans l'application des décisions. La priorisation exigerait une meilleure information sur le rendement des différentes interventions de santé que celle dont nous disposons

actuellement et surtout une plus grande implication de la population. Une approche de priorisation nécessiterait les actions suivantes :

- se donner des critères de décision clairs qui mettent l'accent sur le besoin de maximiser l'effet sur la santé pouvant être obtenu des ressources disponibles (efficacité, coût-efficacité, impact net sur les dépenses de santé) ;
- utiliser des processus de décision transparents qui incorporent à la fois le savoir des experts et les valeurs des citoyens ;
- disposer d'une meilleure information sur les besoins de santé et l'utilisation des services ;
- développer l'évaluation des technologies et autres interventions de santé ;
- impliquer les cliniciens via l'élaboration et l'application de guides de pratique.

Les interventions collectives de prévention de même que les pratiques préventives intégrées à la pratique clinique sont souvent des approches efficaces et rentables. Des interventions contre les risques infectieux, environnementaux et occupationnels ainsi que des interventions pour modifier des habitudes de vie ou des conditions de vie nuisibles à la santé peuvent contribuer directement à l'amélioration de l'état de santé moyen et à la réduction des écarts de cet état de santé. Les changements apportés à l'organisation et au financement du système doivent favoriser leur intégration dans la prestation des services.

L'analyse de l'OMS identifie le gouvernement comme responsable de la performance d'ensemble du système de santé. Il doit en assumer le pilotage, incluant la conduite des actions intersectorielles, et assurer la viabilité du système de santé. Cette viabilité tient pour beaucoup à sa légitimité auprès de la population. À cet égard, il apparaît nécessaire qu'au-delà d'une prestation des services plus sensible aux attentes de la population, les processus centraux pour les décisions touchant les orientations nationales, l'allocation des ressources, l'évaluation et la gestion d'ensemble accordent plus de place et plus de poids aux préoccupations et aux valeurs de la population.

Au-delà des options soulevées par la Commission et des modalités éventuellement retenues, c'est la capacité d'enclencher et de gérer des changements qui sera déterminante. Le processus de changement est tout aussi important et tout aussi complexe que le processus actuel de formulation des changements visés. L'expérience des grandes réformes québécoises en santé et services sociaux illustre la complexité de ces processus de changement et les limites des approches administratives et planifiées. Pour le prochain épisode, on pourrait adopter une stratégie visant à enclencher le changement plutôt qu'à le définir en détail à l'avance. Dans une telle stratégie, il s'agit d'introduire un nombre limité de modifications qui soient susceptibles de faire évoluer l'ensemble du système vers les objectifs énoncés précédemment. Des modifications



visant à accroître les responsabilités des groupes assurant les services de base ainsi que la capacité des citoyens à participer aux décisions centrales auraient une grande portée.

Finalement, l'Institut national de santé publique du Québec s'engage à favoriser l'implication de la population dans les choix. Il le fera à travers la production et la mise à profit des connaissances scientifiques dans le champ de la santé publique. Il participera à l'évaluation d'interventions préventives et collaborera à l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé. Sa contribution se fera également en relation avec les stratégies d'ensemble touchant la promotion de la santé et du bien-être. Elle prendra la forme d'analyses prospectives sur l'état de santé de la population et sur des risques particuliers ainsi que d'évaluations de l'impact sur la santé des changements dans les services personnels et les interventions préventives. En plus, l'INSPQ pourra soutenir l'implantation des changements à travers son mandat de formation des intervenants en santé publique et celui d'information de la population.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC

Voilà plus de 20 ans, le Québec a fait le choix de favoriser la participation pleine et entière des personnes handicapées à la société. La consultation concernant l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux constitue un moment privilégié pour faire part de nos réflexions sur les capacités réelles de ce système à répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs de la population et des personnes ayant des déficiences et incapacités.

Durant les vingt dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux s'est efforcé de relever ce défi ambitieux sans nécessairement disposer des moyens économiques indispensables à l'atteinte de ses objectifs. D'abord, rappelons que le développement des services du réseau de la santé et des services sociaux destinés aux personnes handicapées a été marqué par des problèmes de sous-financement récurrents. Les problèmes d'iniquité sont l'autre facteur ayant le plus marqué l'évolution des programmes et services destinés aux personnes handicapées. D'abord basées sur la cause des incapacités, les distinctions aux niveaux de la réponse aux besoins se sont accentuées, au fil des dernières années, en fonction de l'âge, du lieu de résidence et du revenu.

Actuellement, ce sont les personnes handicapées elles-mêmes et leur famille qui subissent les conséquences de ce sous-financement et de ces iniquités. Elles doivent se passer de services essentiels ou assumer les frais pour obtenir des services ou compenser des dépenses supplémentaires qui ne sont pas adéquatement couvertes. Or, le fait d'avoir des incapacités est déjà un facteur d'appauvrissement et d'isolement social important.

Les personnes handicapées comptent parmi les groupes les plus pauvres de la société québécoise. Malgré ce constat, cette population est affectée par les stratégies de désassurance, de contribution des usagers et de création de régimes contributifs. Pourtant, les personnes handicapées représentent un des groupes qui ont le plus à perdre d'un virage vers la privatisation et la tarification des services !

L'intégration de ces personnes ayant une incapacité est un phénomène intersectoriel qui déborde des cadres des interventions du réseau de la santé et des services sociaux mais dont la réussite dépend de la qualité des arrimages entre l'ensemble des programmes. Or, le réseau de la santé et des services sociaux a des responsabilités majeures quant à l'arrimage entre l'ensemble de ces programmes tant au plan de la coordination individuelle des services qu'au plan plus global de la complémentarité des stratégies et dépenses gouvernementales.

Ces éléments obligent de concevoir des solutions qui respectent le faible pouvoir d'achat de la population ayant des incapacités et qui priorisent l'efficacité des ressources



impliquées par une meilleure coordination de leurs interventions. Dans ce contexte, l'Office des personnes handicapées du Québec préconise l'application des solutions suivantes :

- tout d'abord, favoriser une meilleure coordination des services par le renforcement de la première ligne. Cela se ferait en établissant des mécanismes de coordination de l'accès aux services qui passent par un intervenant pivot et qui incluent un processus systématique d'élaboration et de suivi des plans de services individualisés pour les personnes qui le requièrent;
- deuxièmement, renforcer la régionalisation en accordant aux régies régionales des leviers supplémentaires (pouvoirs sur la mobilité de la main-d'œuvre, régionalisation du budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec quant à la rémunération des médecins, pouvoir de taxation, etc.);
- troisièmement, établir des balises nationales assurant une disponibilité et une qualité adéquates des services;
- quatrièmement, privilégier un financement public;
- en dernier lieu, établir des mesures garantissant la compensation équitable des déficiences, des incapacités et des situations de handicap.

PARTENARIAT SYSTÈME D'INFORMATION GÉRONTO-GÉRIATRIE

Le Partenariat pour le développement d'un système d'information géronto-gériatrique (SIGG) dépose ce mémoire dans le but de présenter une solution concrète, porteuse d'avenir pour pallier les difficultés de continuité, de coordination et d'intégration des services, et plus particulièrement des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie : **un partenariat pour le développement d'un système d'information géronto-gériatrique (SIGG) qui supporte la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie**. Notre mémoire s'intéresse donc au thème de l'organisation des services dans la perspective du vieillissement de la population québécoise.

Le mémoire situe d'abord le contexte qui a mené au projet de création du Partenariat. Ensuite, l'expérience de l'implantation d'un nouveau mécanisme de coordination des services aux personnes âgées dans les Bois-Francs dans la région Mauricie-Centre du Québec est introduite. Cette expérience est à l'origine de la création du Partenariat. Pour terminer, le Partenariat pour le développement d'un SIGG qui supporte la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie est présenté.

L'importance démographique des personnes âgées augmente rapidement au Québec. Une multitude de services ont été développés pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Or, la multiplicité des services et des intervenants génère des problèmes de continuité. De là la nécessité de développer des réseaux de services intégrés pour ces personnes en perte d'autonomie.

L'éclatement des barrières entre les établissements, les organismes et entre les professions est la pierre angulaire des projets de réseaux intégrés. L'approche de gestion de cas remet le système de santé entre les mains des divers intervenants et des usagers, en les outillant afin qu'ils prennent ensemble, au quotidien, les meilleures décisions. Il faut maintenant s'assurer que les nouvelles technologies de l'information les supportent véritablement dans ce changement de paradigme de l'utilisateur-établissement à l'utilisateur-réseau. L'investissement sera très rentable, car les modèles de réseaux de services intégrés et les outils cliniques informatisés utilisés pour les aînés offrent un potentiel de transposition à d'autres clientèles vivant des situations de handicap : en santé mentale, en déficience physique et intellectuelle, les jeunes en difficulté.

Nous vous avons présenté une solution porteuse d'avenir pour faire échec aux problèmes occasionnés par le **manque de continuité et de coordination des services aux**



personnes âgées en perte d'autonomie qui préoccupent la Commission. Cette solution à 2 volets implique, d'une part, la mise en place dans tous les territoires du Québec, de réseaux de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. D'autre part, ces réseaux intégrés doivent bénéficier du soutien d'un système d'information qui supporte les échanges cliniques en temps réel et le cheminement clinique des personnes en perte d'autonomie tout au long du continuum de soins et services. À cet égard, il est impératif que les cliniciens soient impliqués dès le début et tout au long du développement de ce système.

Compte tenu du succès remporté dans le déploiement du DCI dans la région des Bois-Francis, des travaux réalisés au sein du partenariat et du besoin pour toutes les régions du Québec de se doter d'un SIGG qui supporte la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, les membres du partenariat SIGG recommandent à la Commission que :

- 1- le MSSS appuie officiellement les travaux en cours en devenant un membre officiel du partenariat;
- 2- le MSSS assume son leadership au sein du partenariat en devenant responsable de la mise en place du comité clinique national et du comité aviseur qui constitueraient les instances cliniques et scientifiques du partenariat;
- 3- le MSSS libère les sommes nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis par le partenariat;
- 4- Les médecins en cabinet privé soient reliés dans les plus brefs délais au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) afin qu'ils puissent participer, comme intervenants souvent au centre des décisions cliniques, au bon fonctionnement du réseau de services intégrés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie

RAPPORTS LAMBERT, LECOMTE

La réalisation de l'État de situation des soins palliatifs au Québec
Le citoyen une personne du début à la fin de sa vie
Constitue une première en son genre au Québec et même au Canada

Un cadre théorique rigoureux a été conçu et utilisé pour les activités réalisées au cours de cette recherche d'envergure: entrevues avec des experts, enquête dans le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau communautaire, consultation publique et une tournée des régions du Québec (groupes de discussion, visites et rencontres).

Afin de satisfaire l'intérêt des intervenants du milieu des soins palliatifs et du milieu de la santé et des services sociaux, les coauteurs ont rédigé un rapport exécutif, un rapport principal, des rapports propres à chacune des dix-sept régions du Québec et un rapport d'enquête. Les constats et les diagnostics établis par les coauteurs ouvrent sur des pistes de solutions, des recommandations et une stratégie novatrice afin de doter le Québec d'un réseau de services moderne et de qualité en soins palliatifs.

Avec la publication des informations et des points de vue recueillis, des analyses effectuées et du plan d'action proposé, les intervenants, les gestionnaires, les planificateurs et les décideurs dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a soutenu la recherche et qui s'apprête à formuler des orientations en la matière, disposent d'un instrument incontournable de réflexion qui les aidera à prendre des décisions éclairées.

Les rapports ont été diffusés dans les régions régionales, les établissements du réseau de la santé, les organismes communautaires et les maisons d'hébergement identifiés par les régions régionales. Les rapports sont accessibles sur le site de l'Association québécoise de soins palliatifs www.aqsp.com

Les enjeux et les constats des résultats de l'État de situation des soins palliatifs au cœur des préoccupations de la Commission Clair

Le rapport Lambert-Lecomte, *Le citoyen une personne du*

Biens livrés

Rapport exécutif
Rapport Principal et ses annexes
16 Profils régionaux
Résultats de l'enquête

Autres constats... actuellement au Québec

- on meurt selon notre maladie, nos moyens, notre réseau de support
- souvent avec des douleurs, de la souffrance, de l'inconfort
- les soins palliatifs rejoignent de 5 à 10 % des citoyens, des citoyennes Les soins palliatifs à
- 4-2-1-0 vitesses

Les Québécois, les Québécoises ont peur d'être enfermés

- dans un système de gestion de la mort
- dans un système qui ne porte plus de valeurs morales et éthiques
- dans un système de pensée unique par rapport à la mort.



début à la fin de sa vie, sur l'État des soins palliatifs au Québec, mars 2000, se situe au cœur des préoccupations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : l'organisation et le financement des services.

En posant la question comment mourons-nous au Québec ? ce sont les services de soins palliatifs et ceux en aval et en amont de ces soins qui ont été simultanément sondés.

À ces égards, nous pouvons concevoir le diagnostic collectif provincial posé sur les soins palliatifs comme un diagnostic englobant l'ensemble des services de santé et des services sociaux. D'autre part, nous pouvons présumer que les solutions novatrices et originales proposées dans le champ des soins palliatifs sont susceptibles d'apporter des correctifs ou de trouver des applications en aval et en amont de ces soins.

Des constats éprouvants du point de vue de l'Organisation des services

- le Québec est à écrire une nouvelle page de son histoire. Le Québec connaîtra la plus importante vague de décès et de personnes endeuillées de son histoire dans les 15-20 prochaines années.
- **Un mouvement historique irréversible et prévisible.** Une réalité dont les conséquences échappent actuellement à la conscience des planificateurs, des gestionnaires et des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire
- les problèmes de gestion, de communication entraînent un sentiment croissant d'impuissance à travers tous les niveaux décisionnels du système
- l'inconscience et l'inertie collective face au passage inévitable des soins palliatifs d'un rôle **marginal** à un rôle **central** compte tenu de la situation actuelle et du taux prévisible de décès d'ici l'an 2015-2020.
- les risques évidents de dérapage pour : les personnes, les familles, le milieu du travail
- de grands bouleversements éventuels dans le système de santé
- l'épuisement des ressources humaines, le vieillissement des intervenants dont l'âge moyen est actuellement de 49 ans, l'absence de la relève
- l'absence d'une vision, d'une compréhension, d'une définition commune des soins palliatifs incluant le support aux proches avant le décès, au moment du décès et après le décès. **La mission** est confuse, **la culture** organisationnelle conflictuelle, **la structure** organisationnelle dysfonctionnelle, **l'environnement** interne et externe fragmenté, **les processus** segmentés, **la technologie** désuète, **la régulation** faible et la **tension créatrice** potentielle
- l'absence de normes et standards dans divers milieux de dispensation de services et d'encadrement des maisons d'hébergement

- le manque d'intégration des soins palliatifs sur le continuum de services
- les références tardives entraînant la perte d'expertise spécifique aux soins palliatifs
- l'absence des soins palliatifs dans les plans d'organisation des services de la majorité des régies régionales
- l'absence d'orientations et d'un Programme national en soins palliatifs.

Des constats éprouvants du point de vue du FINANCEMENT DES SERVICES

- l'absence d'un budget dédié, les impacts du mourir à domicile pour l'individu et ses proches
- le financement et le développement des services sont aléatoires et ce selon l'initiative des milieux de la santé et des milieux communautaires
- le sous-financement des services et des organismes communautaires
- le coût variable des services pour l'individu, selon le lieu de dispensation des services : en centre hospitalier de courte durée, en centre hospitalier de longue durée, en maison d'hébergement, à domicile
- les coûts de système liés à l'acharnement thérapeutique et leurs impacts sur l'utilisation d'un financement adéquat en soins palliatifs
- les impacts associés aux recours à des services de santé, des services sociaux et des absences au travail conséquents à l'épuisement des aidants naturels et à un manque d'accompagnement compétent précédant le décès et suivant le décès (période de deuil)
- les problèmes de gestion, de communication, de mobilisation
- l'accès inégal à des services d'une région à l'autre, à l'intérieur d'une même région, à l'intérieur d'une sous-région.

Des constats organisationnels et financiers qui

- **situent** le Québec à un point d'instabilité critique en matière de soins palliatifs
- **confirment** que le Québec n'est pas prêt à répondre au volume de besoins croissants

Les valeurs menacées actuellement

- le respect d'une mort digne exempte de douleurs, de souffrances et d'inconforts qu'il est possible de soulager
- le choix de l'individu de mourir, dans le lieu qu'il privilégie, en disposant de l'aide nécessaire l'accompagnement compétent et compatissant le professionnalisme des soignants s'appuyant sur la disponibilité des ressources, des moyens, de la ?????

Les questions defond au plan de l'organisation et du financement des services

- la liberté de choix de la personne, des proches, des intervenants
- la durée de séjour
- les choix éthiques
- l'apport de l'Etat, de la société civile, du milieu politique, du secteur privé
- l'apport des bénévoles et des aidants naturels
- le rôle des gestionnaires et des planificateurs
- l'apport des soignants en soins palliatifs
- l'apport des institutions de formation
- l'agent payeur



- **démontrent** que le Québec n'est pas prêt à assumer les impacts relatifs au phénomène des décès et des deuils répétitifs dans les diverses communautés du territoire
- **placent** le Québec devant **un État d'urgence** et la nécessité d'envisager des choix lucides, courageux, généreux et humains

UN PLAN D'URGENCE POUR LE QUÉBEC

Un Plan d'urgence globalisant,
une stratégie visant à assurer aux citoyens
et aux citoyennes
une mort digne,
un accompagnement compétent et compatissant:

- des orientations nationales
- un Programme national en soins palliatifs
- une architecture de services et de formation
- une approche fonctionnelle de gestion des services

Un agenda québécois en soins palliatifs –Un horizon de 5 ans pour assurer la cohérence entre le discours et l'action

- le **Programme national** de soins palliatifs
- la **mise en place** du Forum: l'État, la société civile, la communauté politique, le secteur privé
- **l'équipe tactique** : équipe volante de consultants, services en ligne
- la **consolidation** des 4 constituantes :les soins à domicile, les centres hospitaliers de courte et de longue durée, les maisons d'hébergement,
- **l'actualisation** de l'architecture de la desserte de services et le fonctionnement des 4 constituantes : l'équipe multifonctionnelle
- la **dispensation** des services de qualité : curriculum de formation, développement de l'expertise.

Assurons la cohérence entre le discours et l'action

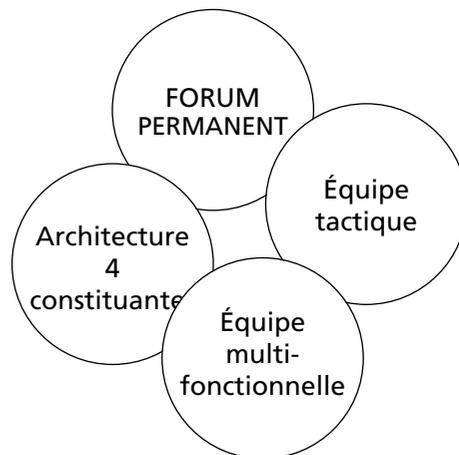
Évitons les conséquences majeures d'une crise

- éthique
- morale
- et sociale qui

risquent de s'accroître proportionnellement à la hausse du taux de décès prévisibles au cours des prochaines années.

D'abord le **FORUM** permanent pour :

- contribuer à la mise en œuvre du plan d'urgence
- mobiliser le milieu
- palier à l'urgence de la situation
- assurer l'organisation collective et progressive des soins palliatifs par territoire
- développer l'instrumentation institutionnelle optimale des régions
- actualiser l'expertise
- stimuler la relève



Nous connaissons les problématiques et les avenues de solutions.

Continuerons-nous à faire encore chaque jour un peu plus la même chose ?

Aurons-nous le courage de mettre les intérêts supérieurs au cœur de nos choix, de nos orientations et de nos actions afin que les planificateurs, les décideurs, les gestionnaires, les intervenants intègrent les processus de résolution de problèmes dans les milieux de travail ?

Dans 20 ans, espérons que nous, tous les artisans de l'État de situation des soins palliatifs au Québec, pourrions affirmer avec fierté avoir :

- Dit ce qu'il fallait dire sur les besoins et désirs humains face à la mort et au deuil
- Été compris dans l'importance de nos propos et leur incidence sur la vie de nos semblables
- Contribué à l'amélioration des choses en s'assurant, en tant que société et collectivité régionale qu'au Québec on considère :

Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie

État de situation des soins palliatifs au Québec réalisé par : Pierrette Lambert, Inf., M.Sc., C.M. et Micheline Lecomte, M.B.A., E.c.c. pour l'Association québécoise de soins palliatifs – Mars 2000



REGROUPEMENT DES EMPLOYEURS SUR LA SANTÉ AU QUÉBEC

Évidemment, l'amélioration de notre système de santé et de services sociaux ne peut se faire qu'avec une ou deux interventions et il faudra que l'on travaille sur une multitude d'aspects.

Par ailleurs, il semble que certains volets sont incontournables et c'est pourquoi nous avons concentré notre mémoire sur cinq de ceux-ci; trois concernant l'organisation et deux concernant le financement.

Outre les cinq points discutés ci-après, d'autres aspects nous semblent très importants dans le système, comme par exemple: l'investissement dans le parc immobilier qui, selon nous, devrait être massif au cours des prochaines années, de même que la planification à long terme de la main d'oeuvre, tout comme la réorganisation des soins primaires en un « système » qui offrirait l'accessibilité sur une base 24/7/365 et mettrait un frein à la médecine facile de 9h à 17h dénoncée par plusieurs, dont le Collège des médecins lui-même. Nous avons cependant préféré limiter nos commentaires aux secteurs qui nous sont les plus familiers.

Notre groupe qui se veut représentatif de citoyens corporatifs responsables sera heureux de supporter et même participer à toute initiative où il pourrait être utile. À cet égard, les problèmes de santé mentale qui affligent notre société, c'est-à-dire nos employés et leurs familles, pourraient être un sujet à privilégier.

Organisation

- 1- Décentralisation: responsabilisation et motivation des intervenants du réseau
- 2- Dossier clinique informatisé
- 3- Budgétisation des établissements

Financement

- 1- Identification des coûts dans une caisse spécifique
- 2- Impartition des services de support et de soutien

REGROUPEMENT DES MILIEUX RÉSIDENTIELS D'HÉBERGEMENT DES BASSES-LAURENTIDES

Depuis quelques années, notre regroupement est intervenu à maintes reprises auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux et auprès de plusieurs de ses interlocuteurs au sujet de la précarité des petits milieux d'hébergement résidentiel pour adultes vivant avec une déficience intellectuelle et de notre crainte d'une détérioration accrue de nos conditions lors de l'application du cadre de référence régissant les futures ressources intermédiaires du type « maison d'accueil » à caractère familial.

Cette situation préoccupante qui sévit depuis quatre (4) ans et qui risque d'entraîner le désistement de plusieurs d'entre nous a donc amené notre regroupement à réaliser un mémoire et à profiter de cette nouvelle tribune qu'est la commission d'étude Clair pour faire part de nos opinions et de nos observations sur le réseau de l'hébergement (à caractère familial) subventionné par le MSSS.

Notre mémoire circule actuellement dans les directions générales des Régies Régionales et les directions des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (CRPDI). Nous avons bon espoir qu'il suscitera la réflexion chez nos gestionnaires publics.

Voici sommairement les recommandations que l'on peut tirer de notre mémoire et que nous soumettons à votre commission :

- Un travail reconnu et un titre d'emploi répertorié au MSSS;
- Un revenu annuel garanti nonobstant le nombre de places occupées;
- Une rétribution qui tienne compte des coûts réels pour l'accompagnement et l'encadrement selon la condition de l'utilisateur ainsi que l'indexation de cette rétribution;
- L'accès à une forme de répit pour les responsables afin qu'ils ne s'épuisent pas physiquement et psychologiquement;
- L'harmonisation des cadres de référence des ressources de type familial (RTF) et des ressources intermédiaires (RI);
- Un seul outil pour la catégorisation des services aux usagers et une seule échelle de rétribution universelle;
- Une évaluation objective de la classification des services par le RPDJ dans l'intérêt et pour le maintien maximum de la dignité de l'utilisateur.
- Le statu quo des règles fiscales et de l'application de la TPS/TVQ chez les responsables d'un milieu résidentiel d'hébergement à caractère familial (propriétaire-occupant);



- Des normes physiques et de sécurité conformes mais n'excédant pas les lois municipales pour un milieu résidentiel familial;
- Un soutien financier de la part de l'établissement pour une adaptation physique majeure du domicile lors de l'accueil d'un usager;
- Le maintien de l'article 313 de la Loi sur les services de la Santé et les Services sociaux (R.R.Q., c.S-4.2);
- Le respect des acquis;
- La formation comme prérequis chez les nouveaux postulants;
- La promotion du réseau public de l'hébergement résidentiel afin de mieux le connaître et de l'apprécier à sa juste valeur;
- Enfin, assurer une forme de stabilité qui entraînera le maintien de la qualité de vie des usagers dans leur milieu;

Nous exerçons un travail de première ligne et nos préoccupations sont d'une importance capitale pour le bien-être de la population déficiente intellectuelle desservie par les CRPDI du MSSS.

Le but premier de la désinstitutionnalisation était d'établir et de maintenir un milieu de vie stable pour ces personnes favorisant ainsi leur réinsertion sociale. Souhaitons qu'il en soit toujours ainsi.

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Le Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement représente quatorze des seize organismes régionaux d'assistance et d'accompagnement aux plaintes dûment mandatés par la Ministre de la santé et des services sociaux, afin d'assister et d'accompagner les usagers et les usagères qui désirent porter plainte auprès d'un établissement, de la régie régionale ou du commissaire aux plaintes. (LSSSS.Art, 54)

Nous vous présentons notre opinion à titre de collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux, mais plus spécifiquement selon **le point de vue de l'utilisateur** et l'utilisatrice qui, quotidiennement, nous transmet les problématiques qu'il vit et qui sont reliées à la prestation, à l'organisation et au financement de ce réseau.

Cette perspective s'inscrit également dans notre préoccupation d'apporter des solutions en fonction des principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux qui soit **universel, accessible et gratuit**.

Notre mémoire se résume ainsi:

Pour ce qui est de l'organisation des services, **nous adhérons à la proposition d'organiser les services par territoire sous une autorité unique**. Cette option étant davantage basée sur la nécessité d'amener les divers intervenants à se concerter et à travailler ensemble, nous croyons qu'il faudra mettre en place des conditions préalables pour favoriser cette synergie d'équipe.

Que la responsabilité clinique et financière soit confiée à une équipe nous apparaît, à première vue, bénéfique pour l'utilisateur et l'utilisatrice. Nous émettons cependant quelques nuances à la définition faite d'une équipe. Une clarification des termes employés s'impose. De plus, pour ce qui est de la responsabilité financière, trop d'éléments restent à définir pour que nous puissions avoir une opinion claire.

Nous signifions également des réserves face à l'option d'un médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne, bien que le fait que l'utilisateur, l'utilisatrice puisse identifier son répondant soit sécurisant.

Quant à l'organisation des services spécialisés et surspécialisés, bien que **nous soyons d'accord avec le principe, nos réticences portent sur la possibilité et la nécessité de l'aménagement d'un même plateau de services spécialisés au niveau régional**



sur tout le territoire québécois. Nous sommes soucieux de l'obligation de créer cette équité pour tous les usagers et les usagères quelle que soit leur provenance géographique. De plus, nous sommes préoccupés par les coûts reliés au déplacement des usagers et des usagères pour l'obtention de ces services. Il faut revoir et bonifier les politiques actuelles de frais de déplacement des bénéficiaires afin que les services soient accessibles à tous.

Nous sommes également d'avis que **l'utilisateur, l'utilisatrice doit rester maître d'oeuvre de l'accès à son dossier médical**, quel que soit le moyen technique employé.

Pour ce qui est de la rémunération des médecins adaptée aux nouvelles responsabilités, nous sommes d'accord, conditionnellement à ce qu'on revoie sous une autre loupe leurs responsabilités collectives et leur apport dans leur communauté. **Nous questionnons beaucoup l'aspect de la responsabilité réelle du médecin.**

Nous retenons la répartition des budgets en fonction de la population, des services et particulièrement en fonction des résultats. Nous croyons que cela favorisera la qualité des services en y ajoutant des mesures de contrôle. **L'imputabilité des gestionnaires doit être également prise en compte.**

Pour ce qui est de la participation du secteur privé, nous sommes totalement en désaccord. Par contre, l'apport du secteur communautaire est une avenue non négligeable, conditionnellement à une reconnaissance réelle de sa contribution, un partenariat d'égal à égal et un financement adéquat.

Nous sommes profondément en désaccord avec la déassurance de services, l'augmentation des impôts, la contribution des usagers et des usagères, la gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers et la création de caisses spéciales. Toutes ces avenues comportent beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Elles sont des solutions trop faciles qui ne demandent pas d'innovation et d'investissement humain pour trouver d'autres solutions aux problématiques de financement. Elles sont une façon déguisée de privatiser le système ou d'ajouter un fardeau fiscal supplémentaire aux citoyens du Québec.

L'attribution de contrats de services, de support et de soutien nous apparaît être l'un des moyens à envisager, mais qui ne doit pas toucher un service direct à l'utilisateur et à l'utilisatrice. Ces services doivent toutefois être assujettis à la Loi sur la santé et les services sociaux et que le **réseau public en assure l'imputabilité.**

La vente de services spécialisés aux non-résidents s'avère une autre piste à explorer conditionnellement à ce que les balises soient bien définies et respectées.

Et finalement, il est indéniable pour nous que nous devons revoir les modes de distribution budgétaire en concordance avec la prestation de services.

S'il est vrai que tout le Québec encore une fois est convié à innover en matière de santé et de services sociaux et qu'un nouveau point de vue s'impose, nous souhaitons fortement que toute décision prise après les audiences de cette commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux reflète l'obligation de redresser la barre et de remettre le citoyen au coeur du système. **Un système de santé et de services sociaux, pour lui, avec lui et non sans lui.**



RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ

La santé c'est aussi l'affaire des municipalités !

Dans la vision que nous en avons, la santé passe pour beaucoup par le développement harmonieux de la communauté naturelle, le village, le quartier ou la ville. Pas seulement le développement économique, mais aussi et simultanément, le développement écologique, social et humain. Un développement durable. Un développement qui s'appuie sur la communauté et ses ressources: un développement dit endogène, allant du bas vers le haut. Un développement qui mise sur un renouvellement de la solidarité locale, le renforcement de la participation, la mobilisation et la capacité d'invention des membres de la communauté.

Nous avons donc voulu par ce mémoire faire ressortir les points suivants :

- Les municipalités, de par leurs mandats traditionnels et le rôle qu'elles exercent en regard du bon développement de leurs communautés, font déjà beaucoup pour améliorer la santé publique et elles peuvent faire davantage.
- Elles ont cependant besoin du soutien de partenaires et notamment de ceux du réseau la Santé et des Services sociaux : des CLSC d'abord, pour leur expertise en matière d'animation du développement communautaire; des directions régionales de santé publique ensuite, pour leur habilité à dresser des portraits de santé des communautés, pour l'aide qu'elles peuvent apporter dans l'évaluation des projets et pour l'expertise qu'elles sont appelées à développer en matière d'interventions efficaces dans des situations spécifiques.
- Il faudrait développer davantage la recherche sur les déterminants psychosociaux de la santé et sur les interventions qui peuvent être les plus efficaces en la matière, notamment celles touchant le développement des communautés et le renforcement des solidarités sociales; il y a maintenant plusieurs années que l'on reconnaît que ces déterminants sont les plus importants en matière d'impact sur la santé des personnes mais ils demeurent, et de loin, ceux pour lesquels on intervient le moins en termes de santé publique.
- Nous croyons finalement que le réseau de la Santé et des Services sociaux dispose déjà en général des ressources nécessaires pour répondre à ces différents besoins mais que ces ressources ont besoin d'un signal, d'une orientation qui vienne d'en haut et qui les guide dans l'adoption des nouvelles approches que ces besoins nécessitent; elles auront sans doute besoin également de formation afin d'être mieux à même de réorienter leurs actions.

Il est maintenant bien reconnu, et notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé,

que les systèmes nationaux de santé ont tout avantage à ce que les individus vivent dans des milieux de vie de qualité. C'est à cette tâche que se sont appliqués depuis plus de 12 ans maintenant, et de façon très concrète, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé et ses 140 collectivités membres. Notre réseau entend bien poursuivre dans cette voie en assurant tout le soutien nécessaire aux initiatives de ses municipalités membres en matière de développement des communautés. Il entend également offrir, par le biais de son centre d'information, un support actif aux collaborateurs de ces communautés locales, et particulièrement aux CLSC et aux directions régionales de santé publique, qui constituent pour lui des clients ainsi que des partenaires privilégiés.



RÉSEAU QUÉBÉCOIS POUR LA SANTÉ DU SEIN

Le Réseau québécois pour la santé du sein (RQSS) est un organisme provincial, fondé et administré par des femmes atteintes du cancer du sein dont les principales sphères d'activité sont : Prévention, Entraide, Information, Éducation et Défense des droits. Le (RQSS) présente la perspective des consommatrices de soins en oncologie pour cette importante étude, présidée par Monsieur Michel Clair, sur le financement et l'organisation des services de santé. Le RQSS est intéressé et sensible à toute démarche susceptible d'améliorer les soins offerts aux personnes atteintes du cancer.

Nos préoccupations : Le RQSS trouve essentiel que les choix qui seront retenus dans le domaine du financement et de l'organisation des services de santé tiennent compte, **en priorité, des soins et traitements offerts en oncologie**. Une meilleure planification s'impose à tous les niveaux afin de réduire les dépenses dans l'administration du système de santé et d'offrir des soins et traitements plus humains, axés sur les besoins du malade et non pour satisfaire les exigences de l'institution ou l'agenda du personnel soignant.

Préserver le caractère public du système de santé : Nous demandons de conserver le caractère universel dans les soins, médicaments et traitements et l'équité dans l'accès. Un système de santé à deux vitesses est à proscrire, il y a déjà trop de cliniques privées. Il faut pallier à la pénurie de spécialistes, médecins, infirmières, technologues et il en est de même pour l'équipement spécialisé en oncologie. L'urgence d'agir est manifeste dans un contexte où, d'ici dix ans, une personne sur trois développera un cancer.

Réorganiser les services en oncologie : Au-delà des difficultés de financement du système, il existe un problème important d'organisation des services de base et des services spécialisés. Nous aimerions voir les services spécialisés regroupés sur une base régionale en tenant compte de la masse critique et des ressources nécessaires et les services surspécialisés (oncologie) dans les grands **Centres hospitaliers universitaires**. Il n'existe pas d'Agence de contrôle en cancer comme dans la majorité des autres provinces. Pour compenser cette lacune, tout en évitant de créer une autre structure, le RQSS aimerait voir l'émergence d'un comité multidisciplinaire (non rémunéré) formé de représentants de **chacun des quatre (4) Centres hospitaliers universitaires, des Régies, du Ministère de la santé et du public-consommateur**. La responsabilité de cette équipe multidisciplinaire consiste à : **a)** Établir les lignes directrices en oncologie **b)** Établir un système de communication (fichier central) vers lequel toute l'information en oncologie serait dirigée (de jour en jour) (tout en sauvegardant la vie privée) **c)** Réviser le système actuel pour les recherches fondamentales et cliniques **d)** Définir l'administration des services en oncologie (incluant le continuum des soins à domicile et les services offerts par les groupes d'entraide) **e)** Établir un Plan de surveillance. Les autres Centres hospitaliers planifient leurs services en oncologie basés sur les critères établis ci-

haut. Des consommatrices doivent participer sur les comités d'éthique ainsi qu'à toutes les décisions. Tant qu'au financement, il faut établir un mécanisme pour rendre des comptes aux contribuables qui veulent savoir où les argents sont dépensés et ce, à tous les niveaux.

La logique sociale est soumise à la règle de l'équité. Le RQSS demande de mettre fin aux iniquités actuelles afin que chaque personne soit traitée équitablement et ait le même accès à sa médication et à l'ensemble des soins requis selon sa condition. **Le diagnostic du patient, non les contraintes budgétaires, doit déterminer comment et quel soin ou traitement soit offert.** Le RQSS demande des soins plus humains, des soins et traitements axés sur les besoins du patient. L'accès aux meilleurs traitements **en temps opportun**, biopsie, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie est primordial pour les personnes atteintes de cancer.

Financement des groupes communautaires : Le concept du système de santé doit également intégrer ce qui se fait au quotidien par les groupes d'entraide. Selon cette compréhension, le RQSS offre des services essentiels et complémentaires au système de santé et doit être reconnu comme tel. Il est difficile d'évaluer les services que nous rendons à la population ainsi qu'aux groupes d'entraide, mais le RQSS mérite d'être reconnu et de recevoir un financement de base adéquat afin qu'il puisse répondre à la demande sans cesse pressante venant de la population. Tous les groupes d'entraide en oncologie doivent être reconnus.

Fonds de recherches en cancer du sein au Québec : Nous préconisons la mise sur pied d'un fonds pour le cancer du sein : pour la recherche évaluative, la recherche fondamentale, la prévention primaire, le soutien, l'entraide, l'éducation et l'information aux consommatrices. Les compagnies pharmaceutiques subventionnent déjà 90% des recherches. On pourrait demander que des taxes soient perçues en fonction de leurs profits au Québec et que ces sommes soient réinvesties sous forme de fonds pour le cancer du sein. Pour gérer ces fonds et allouer les argents selon des critères prédéfinis, le RQSS favorise l'émergence d'un comité incluant des personnes atteintes du cancer du sein, médecins, chercheurs, Conseil consultatif en pharmacologie, Conférence des Régies, ainsi qu'une représentation industrielle. Aussi, le Gouvernement doit instaurer un mécanisme par lequel les **fondations publiques et privées** puissent rendre des comptes au public. Le public doit savoir combien d'argent est alloué à l'administration, à la recherche en cancer, au cancer du sein, quels sont les chercheurs, quel type de recherche. De plus le public doit connaître les résultats des recherches, qu'ils soient bons ou mauvais. Pour les recherches cliniques, les médecins ne doivent pas placer les intérêts d'autres avant ceux du patient, aussi ils ne doivent pas être en conflit d'intérêt en prenant des décisions concernant les traitements du patient.



Autres considérations et suggestions : - Le RQSS aimerait que des infirmières ayant reçu une formation appropriée puissent faire les examens cliniques des seins ainsi que plus de femmes médecins. - Vu les changements considérables dans le domaine des soins et traitements, la formation continue doit être obligatoire pour le personnel soignant. Celui-ci doit être bien rémunéré, mais, il est inacceptable que des grèves aient lieu sur le dos des patients; aussi, les démissions en bloc ne doivent pas être permises. - Le RQSS demande de proscrire le mot « cancéreux » et le remplacer par « personne atteinte de cancer ». Du diagnostic au traitement, les femmes atteintes du cancer du sein sont soumises à la peur, à la solitude, à la douleur et à mille embûches. Leur démarche vise la guérison ou, dans les cas les plus difficiles le maintien du respect, de la dignité et d'une certaine qualité de vie tout au long du parcours. - Le RQSS demande que les équipements des institutions hospitalières soient utilisés uniquement pour les personnes humaines et non pour les animaux comme ce fut le cas à un centre hospitalier de Montréal.

Conclusion : La santé requiert la collaboration de tous pour l'obtention d'un consensus équitable et durable. **Un comité multidisciplinaire rassembleur, efficace et invincible est absolument nécessaire en oncologie**; le Conseil de lutte au cancer actuel ne convient pas. En tant que payeuses de taxes et consommatrices de soins en oncologie, nous aimerions voir les débats politiques en Chambre moins teintés de « partisanerie ». Nos élus doivent aider les personnes les plus vulnérables..... il s'agit d'un choix de société. Une société qui laisse la place aux consommateurs et payeurs de taxes. Ceux-ci doivent être impliqués dans toutes les décisions liées à la santé, à l'environnement, à l'humanitaire, à la diversité culturelle, aux recherches, aux manipulations génétiques etc. .

Le RQSS aimerait savoir pourquoi certains médicaments sont disponibles dans une institution et non dans l'autre et ce, dans une même ville? Pourquoi des patients doivent déboursier pour des médicaments inscrits sur la liste des médicaments assurés? Quelles sont les mesures entreprises pour faire face à l'anticipation indiquant que le nombre de nouveaux cas de cancer est appelé à doubler d'ici 10 ans? Dans quelle mesure les personnes atteintes du cancer du sein seront invitées à participer aux divers comités où les décisions sont prises concernant leur santé et leur vie ?

PARTENAIRES DU PROJET PILOTE SIPA

(Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)

Partenaires : Site pilote Bordeaux-Cartierville : CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville
CHSLD-CLSC Saint-Laurent
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Hôpital Notre-Dame de la Merci

Site pilote Côte-des-Neiges : CLSC Côte-des-Neiges
Hôpital Général Juif
Hôpital Juif de Réadaptation
Centre hospitalier Maimonides
Centre hospitalier Richardson

Groupe de recherche Université de Montréal-McGill sur les services intégrés pour personnes âgées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Le SIPA, une voie prometteuse

Le SIPA a pour objectif de maintenir et de promouvoir l'autonomie des personnes âgées vulnérables par la coordination et l'intégration des services nécessaires pour répondre à leurs besoins complexes. La prestation de services au SIPA donne priorité aux services communautaires et cherche à les substituer aux services en institution. **Le modèle clinique** du SIPA est soutenu par **un modèle organisationnel** et **un modèle de financement** qui donnent au SIPA les moyens nécessaires pour appliquer les plans de services individualisés qu'il a définis, organisés et administrés. Ce modèle est en lien avec une des options de la Commission, celle de la responsabilité clinique et financière confiée à une équipe.

Une subvention de 7,6M\$ du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada permet la réalisation et l'évaluation de la phase 1 d'un projet de démonstration sur la base du modèle SIPA. Le projet de démonstration réunit les caractéristiques fondamentales du modèle sans toutefois lui être fidèle en tout point. L'expérimentation ne permet que la prise en charge d'un groupe pré-déterminé de personnes âgées et le modèle de financement par capitation n'est pas implanté. Enfin, la durée de la phase d'implantation a été plus longue que prévue.

Les résultats de l'évaluation préliminaire démontrent que les groupes expérimental et



témoin de l'expérience SIPA sont essentiellement équivalents et correspondent au profil de la personne âgée admissible au SIPA. Les personnes âgées de l'expérience sont donc à risque au point de vue de leurs caractéristiques socio-économiques et de leur condition de santé.

Ils démontrent aussi un impact positif sur le processus de congé de l'hôpital, sur le taux d'hébergement et sur la durée du séjour à l'urgence. Premièrement, on observe de manière significative que les personnes du groupe SIPA, suite à un séjour en courte durée, sont trois fois moins nombreuses à occuper un lit dans un hôpital en attente d'une place en centre d'hébergement. Deuxièmement, les personnes du groupe SIPA sont deux fois moins nombreuses à être hébergées ou à faire une demande d'hébergement. Enfin, la durée du séjour à l'urgence est réduite de 20%.

Quant aux services mis en place, ils se rapprochent, sous certains aspects, du modèle SIPA, notamment par l'intensification de la coordination des services par le gestionnaire de cas et des services à domicile, la préoccupation des gestionnaires de substituer aux services institutionnels des services à domicile, une intervention rapide 24 heures sur 24, l'utilisation des ressources de substitution d'hébergement pour le répit et la convalescence, la qualité de la coordination et l'utilisation de certains protocoles interdisciplinaires d'intervention. Des difficultés ont par ailleurs été notées en cours d'expérience quant à la stabilité du personnel, la charge de travail et la double responsabilité des gestionnaires de cas (gestion de cas et intervention clinique), la transmission d'information des hôpitaux vers les sites, la participation des médecins de famille aux activités cliniques et l'intégration des protocoles dans l'intervention clinique.

Les personnes âgées des groupes expérimental et témoin sont d'importants utilisateurs des services de santé: 30% sont hospitalisées, 60% se présentent aux urgences hospitalières et 5% sont hébergées. Entre les deux groupes, il n'y a pas de différences significatives sur l'utilisation des services médicaux, des services d'urgence hospitaliers et sur la fréquence et la durée d'hospitalisation.

Sur la base de ces résultats, les partenaires considèrent que les apprentissages réalisés pendant la phase I sont une base solide pour la poursuite de l'expérience SIPA. Ils énoncent toutefois quelques préoccupations qui devront faire l'objet de suivis ou d'ajustements particuliers dans la poursuite de l'implantation et de l'analyse du modèle : l'accès à de solides services médicaux de première ligne, l'implantation du modèle auprès d'une masse critique d'utilisateurs, la stabilité de l'expérimentation, le développement de l'expertise de la gestion clinique avec la gestion financière et ce, à tous les niveaux de l'organisation ainsi qu'avec les partenaires, la poursuite d'une évaluation multidimensionnelle et l'accès à des systèmes d'information adéquats.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES (Division du Québec)

LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES VIVANT EN CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DUREE

La Société canadienne de la sclérose en plaques (Division du Québec) est d'avis que tout doit être mis en œuvre pour permettre aux personnes ayant la sclérose en plaques de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu naturel. Il n'en demeure pas moins que les personnes qui, en raison de leur maladie, doivent se résigner à quitter leur domicile, sont confrontées à une réalité difficile.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), rappelons-le, ont été conçus pour héberger des personnes âgées. Les personnes atteintes de SP qui se retrouvent dans un CHSLD n'ont souvent, à leur arrivée en institution, pas plus de 20, 30 ou 40 ans. Divers témoignages nous ont ainsi amenés à constater de nombreux problèmes de cohabitation entre les deux groupes (adultes et aînés).

Il est selon nous essentiel de revoir dès aujourd'hui l'organisation et la planification des ressources et services alloués aux clientèles multiples hébergées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et, ce faisant, de commencer à offrir aux adultes des alternatives à l'institutionnalisation traditionnelle.

Notre propos cible les adultes atteints de sclérose en plaques qui vivent en CHSLD. Ces personnes sont généralement capables d'assumer une part de responsabilités sociales et de participer à la vie communautaire, surtout qu'elles ne présentent pas de problèmes psychiques majeurs. La plus grande difficulté vécue par un nombre important de ces adultes est de se retrouver dans un milieu de vie où la très grande majorité de l'entourage est composée de personnes âgées, voire très âgées.

Un autre facteur qui doit être pris en considération est le coût de l'hébergement. La perte d'emploi, parfois inévitable, et les restrictions économiques en découlant peuvent bouleverser la vie de la personne ou du couple chez qui survient la SP. Pour les conjoints qui ne sont pas prestataires de la sécurité du revenu et qui doivent « placer » leur partenaire, le fardeau financier est généralement dévastateur et ceci est particulièrement vrai lorsque le couple a de jeunes enfants. En cela, leur situation diffère radicalement de celle des personnes âgées dont la progéniture est dans la très grande majorité des cas autonome financièrement.

Tous s'accordent pour dire qu'il est essentiel de se sentir chez soi pour garder une bonne santé mentale et pour maintenir une qualité de vie normale. La compréhension globale



des besoins des adultes atteints de SP nous a amenés à constater qu'il y a trois sphères de besoins non comblés dans de nombreux CHSLD :

Besoins physiques

Une carence au plan de la flexibilité des horaires et un personnel débordé ont souvent pour effet d'engendrer des problèmes associés à l'hygiène corporelle, à la fréquence des bains et à la restriction des levées du lit. Il va sans dire que ces facteurs ont un impact négatif sur la qualité de vie de l'ensemble de la clientèle, adultes et aînés.

Par contre, un autre facteur influe directement et de manière plus exclusive sur la qualité de vie et sur la santé des personnes ayant la SP : la température ambiante trop élevée dans les institutions.

Besoins psychoaffectifs

L'exiguïté des chambres et/ou le nombre élevé de cochambreurs entraînent un manque d'intimité, de même que l'absence de lieux de rencontre pour les proches et amis. Encore ici, il s'agit d'une réalité qui touche aussi bien les aînés que les adultes.

La cohabitation entre clientèles est souvent difficile, surtout lorsqu'un adulte est isolé parmi des personnes très âgées, et ceci est d'autant plus vrai lorsque ces dernières sont confuses ou lorsqu'elles souffrent de démence.

La rupture avec le milieu naturel, exacerbée par la peur de perdre leur identité, et le peu de place pour la vie de couple, sont malheureusement autant d'éléments qui peuvent précipiter la dégénérescence chez ces jeunes adultes qui, malgré leur maladie, maintiennent des intérêts et des aptitudes dont on ne peut tenir compte, faute de disponibilité des ressources.

Enfin, la faible reconnaissance du potentiel de la personne hébergée peut nuire à l'estime de soi. Ces personnes ont encore beaucoup à offrir, dans la mesure où on leur en donne l'occasion. Elles peuvent, par exemple, faire des visites amicales aux personnes âgées qui ne reçoivent pas de visite ou encore organiser des activités sociales destinées aux adultes.

Besoins sociocréatifs et culturels

Dans certains CHSLD, la rigidité de l'organisation des services empêche les sorties planifiées avec des bénévoles, ce qui accentue le sentiment d'isolement.

Les programmes et activités étant conçus pour la clientèle majoritaire, c'est-à-dire les aînés, les adultes souffrent de l'insuffisance de contacts sociaux avec des pairs et de

l'inaccessibilité à des services et activités adaptés à leurs intérêts et à leur besoin de contrôle sur leur vie.

Également, dans certains établissements, il y a un manque de soutien auprès des proches et bénévoles afin de faciliter leur implication. On devrait au contraire faciliter les visites des enfants à leur parent en CHSLD, et reconnaître l'existence du couple et de ses besoins. En effet, les établissements ont tout à gagner à favoriser ce genre de rapprochements.

DES ALTERNATIVES A L'INSTITUTIONNALISATION

La Société canadienne de la sclérose en plaques préconise que soit développé un réseau de ressources d'hébergement qui rencontrent les besoins des adultes ayant la SP qui ne peuvent plus rester dans leur logement. Ceci rendrait possible non seulement la mise en commun de ressources humaines et matérielles spécialisées pour cette clientèle, mais également la mise sur pied d'activités, de programmes et de services adaptés à leurs besoins. Ce réseau pourrait comporter des CHSLD existants qui ont été restructurés pour accueillir une clientèle plus jeune, de même que de plus petits projets de résidences de type milieu de vie substitut. Déjà, des exemples prometteurs de transformation du réseau de la santé et des services sociaux s'instaurent dans certaines régions.

Ceci a pu se faire de diverses façons : réserver un étage ou une aile de CHSLD exclusivement à une clientèle d'adultes ayant la SP ou une autre maladie chronique, s'allier à des ressources appartenant à des réseaux non institutionnels pour établir des résidences de type milieu de vie substitut avec du personnel sur place 24h/24, prévoir des périodes de formation portant sur la SP dans les CHSLD mêmes. Encore restreintes en nombre, ces initiatives méritent cependant d'être examinées et qu'on s'en inspire pour réorganiser les services aux adultes qui ont la sclérose en plaques.

Le mémoire décrit quelques exemples d'initiatives réussies : la résidence Ulysse Gauthier, à Granby, les îlots de services du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau à Montréal et le foyer Lajemmerais, rattaché au CHSLD du Littoral à Varennes.

Dans tous les cas, le placement en institution devrait être un dernier recours ou une réponse au choix éclairé de l'adulte concerné. En ce qui concerne les adultes (par opposition aux personnes âgées) qui doivent absolument quitter leur domicile, la Société préconise qu'on développe davantage de ressources d'hébergement spécialisées pour cette clientèle, comme le sont, par exemple, la résidence Ulysse Gauthier et les îlots de service du Centre Lucie-Bruneau. La mise en place de projets qui s'inspirent de ces expériences ne devrait pas nécessiter d'argent supplémentaires, mais exigera certainement une réorganisation des structures et des ressources existantes.



SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE L'AUTISME

Le présent document vise à sensibiliser la Commission Clair à une réalité méconnue et ignorée du système de santé québécois : l'absence ou le manque de services pour les personnes autistes au Québec. Nous tenterons aussi de présenter une nouvelle façon d'envisager l'autisme et les troubles envahissants du développement

1- L'autisme et les troubles envahissants du développement

L'autisme est le mieux connu et le plus incapacitant des troubles envahissants du développement (TED). Il se manifeste généralement tôt, dans les 30 premiers mois de la vie. Le taux de prévalence a été estimé à 5 pour 10 000 mais selon les études récentes, il serait plutôt de 15 pour 10 000 en ce qui concerne l'autisme et du double pour l'ensembles des Troubles envahissants du développement. Le trouble est de 3 à 4 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. L'autisme se retrouve dans tous les milieux sociaux et dans tous les pays. Les symptômes varient en intensité d'une personne à l'autre. Sans services appropriés, ces personnes sont généralement condamnées à une grande dépendance et leur condition hypothèque leur vie.

Cependant, la connaissance de l'autisme s'est radicalement transformée depuis 20 ans et des espoirs sont apparus : l'autisme n'est généralement plus considéré comme un problème de santé mentale. Contrairement aux croyances d'un grand nombre de professionnels, l'autisme peut être traité par des méthodes appropriées.

2- L'autisme au Québec

Par manque d'information et de ressources appropriées au Québec, la majorité des autistes adultes sont encore considérés comme des malades psychiatriques et souvent internés. Les très jeunes enfants n'ont presque pas de services jusqu'à l'âge scolaire et, malheureusement, ils arrivent à l'école avec d'importants retards : ils sont déjà très handicapés.

Reconnaissant la complexité de l'autisme et l'absence de services spécifiques, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a déterminé les axes de développement selon lesquels les régies régionales devront travailler pour organiser des services adaptés, mais sans orientation claire, ni argent, l'organisation des services est particulièrement difficile à mettre en place.

3- La Société québécoise de l'autisme : ce que demandent les parents

La Société québécoise de l'autisme a été fondée en 1976 par des parents d'enfants

autistes. Elle regroupe aujourd'hui une douzaine d'associations régionales et près de 1000 membres actifs.

Les associations et les parents sont très au courant de ce qui se fait et se découvre ailleurs dans le monde. **Ils sont aussi des experts dans la connaissance de leurs enfants et réclament d'être reconnus comme tels. On déplore que les avis, guides, évaluations se fassent sans les parents, sans une véritable connaissance du «terrain». On déplore aussi le fait que tout le volet médical soit exclu des préoccupations gouvernementales!**

4. Les recommandations de la SQA

Les manifestations de l'autisme et des TED varient d'un individu à l'autre : **il ne peut y avoir qu'un seul modèle de service. Il faut d'abord évaluer la personne, afin de bien cibler les traitements susceptibles de l'aider. Il faut rendre disponible une gamme de services qui seront fournis par des professionnels et des intervenants formés aux dernières découvertes en matière de traitements et de recherche! Et surtout, le parent doit être au cœur du processus d'évaluation et du choix de traitement!**

Il faut cesser de voir l'organisation des services à partir de ce qui existe, mais plutôt en fonction de ce qui devrait se développer. Le ministère de la Santé et des services sociaux doit être visionnaire, c'est-à-dire qu'il doit bien connaître la problématique, **être capable d'évaluer, critiquer, comparer et surtout être connecté à sa base, les parents et les enfants.**

L'autisme et les troubles envahissants du développement n'ont pas d'entité spécifique au Ministère, ce qui explique l'absence de planification de services, de politique claire, de budget, d'orientation, d'intérêt pour la recherche pratique. **Nous demandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de reconnaître l'autisme et les troubles envahissants du développement comme une entité spécifique qui réclame sa propre organisation de services, dotée de ses propres crédits...**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit reconnaître le besoin de sur-spécialisation et planifier le développement de l'expertise en même temps que l'organisation des services en tenant compte des expériences concluantes faites ailleurs au Canada, aux États-Unis et en Angleterre.

Trop de vies humaines risquent d'être perdues ou lourdement handicapées pour que les parents continuent d'accepter d'être les grands oubliés du système de santé québécois. **Il est temps de remettre en question la pratique actuelle qui ne donne aucun résultat, condamne les enfants dès le bas âge et entraîne des coûts importants qui alourdissent déjà la facture des soins de santé.** Guéris et autonomes, nos enfants ne seront plus à la charge de la société, mais des citoyens à part entière!



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le mandat de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux est de proposer au gouvernement les moyens de faire face aux défis auxquels notre système de santé et de services sociaux est actuellement confronté. Ces défis sont nombreux et concernent de multiples aspects de la santé publique qui vont de l'organisation de l'ensemble des services de santé en passant par la prévention en milieu scolaire, la formation des personnels, leur rémunération, la réglementation des professions, le rôle des différents établissements de soins jusqu'aux modes de financement du système et les participations respectives des secteurs public et privé.

L'Université de Montréal est à la fois un observateur privilégié du fonctionnement du système québécois de santé et un des principaux acteurs de son développement, ne serait ce qu'en vertu du rôle qui lui incombe en matière de formation des professionnels de la santé³. A l'instar de plusieurs de ses homologues québécoises, elle est investie d'une quadruple mission : une mission de formation, une mission de recherche, une mission d'amélioration des soins⁴ et une mission d'évaluation des technologies. C'est à ce titre et en ces matières qu'elle se propose de partager quelques réflexions avec la Commission d'étude sur les Services de santé et les Services sociaux.

Quatre thèmes ou enjeux ont retenu son attention ; la pénurie des personnels, l'impact des changements qui affectent le système de santé publique sur le rôle des différentes composantes du réseau, la nécessité d'améliorer les conditions de travail et le statut de certaines professions de la santé, ainsi que de combler des carences organisationnelles aux niveau national et régional. C'est à ces quatre thèmes et dans cet ordre que sont consacrées les quatre sections de ce mémoire

Le Québec connaît actuellement une grave pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux. Dans sa forme courante le système est incapable de répondre aux besoins actuels et encore moins aux besoins anticipés. Si rien n'est fait pour résoudre la crise, la situation ne peut que continuer de se détériorer.

Pour s'assurer que le Québec dispose à l'avenir d'un personnel hautement qualifié et en nombre suffisant, il faut rapidement améliorer le système de formation des professionnels de la santé et mettre en place les conditions favorables au développement de la formation clinique dans les Centres hospitaliers d'enseignement.

3 Rappelons que pour les trois années 1995, 1996, 1997, le pourcentage de diplômés de premier cycle de l'Université de Montréal dans l'ensemble du Québec a été de : 30% en médecine, 55% en médecine dentaire, 51% en pharmacie, 60,5% en sciences infirmières, 100% en optométrie et 50,2% pour tout le secteur paramédical.

4 S'articulant autour de trois volets complémentaires: prévention, promotion de la santé et prestation de soins de qualité à la population.

L'amélioration de la formation ne saurait à elle seule résoudre durablement la crise. Il convient également d'améliorer les conditions dans lesquels les professionnels assument leurs fonctions et procéder à une réallocation des rôles et à une répartition des tâches mieux adaptée aux changements et aux nouvelles compétences.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- 1- En conséquence, l'Université de Montréal recommande au gouvernement de prendre les dispositions voulues pour accroître le nombre d'admissions dans les différentes facultés des sciences de la santé et pour mettre en place des conditions favorables au succès de leurs programmes respectifs de formation.
- 2- L'Université de Montréal propose que le nombre de postes d'admission à la résidence soit augmenté de façon à faciliter les réorientations de carrière de médecins généralistes vers des spécialités ainsi que l'intégration des diplômés d'universités étrangères.
- 3- L'Université de Montréal estime que les conditions énoncées dans le cadre du Forum sur les urgences à propos de la formation des infirmières devraient être complétées par des mesures transitoires destinées à permettre à des infirmières techniciennes en poste, ou à de nouvelles graduées du collégial, d'acquérir rapidement des habiletés spécifiques pour répondre aux besoins à court terme dans certains secteurs spécialisés.
- 4- Dans cette perspective, l'Université de Montréal suggère que des prévisions en besoins de professionnels de la santé soient fondées sur la base d'objectifs établis à partir d'indicateurs de performance spécifiques conduisant à l'amélioration de la qualité des soins ainsi que du fonctionnement de l'ensemble du système de santé.
- 5- L'Université de Montréal est persuadée que l'amélioration tant qualitative que quantitative de la formation des professionnels de la santé passe par une augmentation des ressources humaines et financières allouées aux institutions d'enseignement et aux centres hospitaliers d'enseignement pour la formation clinique.
- 6- L'Université de Montréal croit qu'une vision globale des réseaux universitaires reliés à la santé, reconnaissant les spécificités de chacun est requise de la part du gouvernement. Elle demande instamment au gouvernement du Québec et aux ministères concernés de formellement reconnaître l'enseignement et la recherche dans les CH désignés comme étant des activités faisant partie de leur mission principale au même titre que les activités de soins.
- 7- Afin que les centres hospitaliers d'enseignement (CHU, IU, CAU, etc.) puissent assurer un enseignement complet, l'Université de Montréal recommande qu'ils puissent disposer des ressources leur permettant de maintenir une large gamme de services et de cas traités, de les doter d'équipements de pointe et d'espaces suffisants pour accomplir leur mission d'enseignement et de recherche ainsi que de



recruter un personnel titulaire d'une large gamme d'expertises de pointe, suffisamment nombreux pour s'acquitter de ses tâches de soins, d'enseignement et de recherche.

- 8- L'Université de Montréal recommande que les pouvoirs publics responsables, en collaboration avec les instances professionnelles concernées, se livrent à un examen des différentes pratiques et réglementations actuellement en vigueur dans l'exercice des professions de la santé afin de les revoir à la lumière des transformations qui affectent l'ensemble du secteur ainsi que les niveaux de formation et de compétences de leurs titulaires.
- 9- En ce qui concerne les médecins, l'Université de Montréal estime qu'il conviendrait d'examiner leurs profils de pratique afin de s'assurer de leur contribution aux grandes priorités de notre système de santé publique telles que les services d'urgence, les services d'hospitalisation dans les différents types d'établissements ainsi que les plans d'organisation régionale de la santé.
- 10- Afin de s'assurer que les médecins œuvrant en milieu hospitalier universitaire bénéficient de conditions de travail et de rémunération compatibles et incitatives à l'exercice simultané de leurs missions universitaires et de dispensation de soins, l'Université de Montréal recommande aux pouvoirs publics concernés de définir et d'appliquer un mode de rémunération des médecins exerçant en milieu hospitalier fondé sur une reconnaissance équitable du temps qu'ils consacrent à l'exercice de leur quadruple mission de formation, de recherche, d'amélioration des soins et d'évaluation des technologie (plan de pratique)
- 11- L'Université de Montréal recommande que la réglementation professionnelle s'appliquant aux infirmières soit révisée afin de tenir compte des nouvelles fonctions et responsabilités qui leur sont attribuées et de leur permette de disposer de l'autonomie nécessaire pour les assumer. Elle recommande également que les conditions salariales de toutes les infirmières soient améliorées, tout particulièrement pour les infirmières bachelères.
- 12- L'Université de Montréal recommande la mise en place d'un mécanisme national de coordination intersectorielle des interventions des trois ministères (MEQ, MSSS, MRST) dans le fonctionnement administratif et le financement des centres hospitaliers d'enseignement et que ce mécanisme soit doté de pouvoirs et de moyens adéquats.



3

REGROUPEMENTS
D'ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES,
GROUPES SOCIO-
ÉCONOMIQUES
ET INDIVIDUS



ALLIANCE DES MANUFACTURIERS ET DES EXPORTATEURS DU QUÉBEC

Manufacturer un système de santé moderne

L'Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Québec (« AMEQ » ou « Alliance ») a pour mission de promouvoir et de défendre les intérêts des manufacturiers et des exportateurs auprès des divers paliers gouvernementaux. L'AMEQ compte 600 membres au Québec et fait partie de l'Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Canada. Nos membres, les manufacturiers et exportateurs du Québec, sont une source importante de croissance et de prospérité pour l'ensemble de la collectivité québécoise.

Pour réussir, les manufacturiers et les exportateurs ont besoin d'un environnement concurrentiel. Une population en santé est un facteur critique de succès et les entreprises ne peuvent qu'être sensibles aux demandes des plus démunis. Dans bien des cas, un système de santé efficace peut s'avérer un avantage compétitif pour les manufacturiers et exportateurs, particulièrement en comparaison aux coûts élevés du système américain. C'est donc avec une réelle volonté d'équité et d'entreprendre une réflexion qui soit constructive et productive que nous nous adressons ce mémoire à la Commission.

Toutefois, nous ne devrions jamais perdre de vue que notre système de santé est un instrument, un moyen pour nous permettre d'accroître notre bien-être en tant que société. Nous devons par contre être prêts à repenser la pertinence d'un tel instrument au fur et à mesure que nos paramètres changent. Nous devons enfin faire preuve d'ouverture en s'offrant la chance et la liberté d'esprit de considérer toutes les options possibles.

Cependant, l'AMEQ tient à réitérer qu'elle considère inacceptable de s'engager dans une autre réforme du système de santé financée à même une augmentation des impôts des citoyens et des entreprises, parce que les Québécois sont déjà les plus taxés en Amérique du Nord. En effet, le revenu disponible d'une famille québécoise est nettement inférieur à nos concitoyens canadiens : un peu plus de 42 000\$ versus plus de 47 000\$.

Il faut donc faire preuve d'imagination pour réduire le niveau des dépenses publics en santé en améliorant l'efficacité du réseau actuel et, dans un deuxième temps, en trouvant d'autres façons de financer notre système de santé public. Dans cet esprit, l'Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Québec encourage la Commission d'étude sur la santé et sur les services sociaux à recommander au gouvernement du Québec d'introduire la flexibilité législative nécessaire pour faciliter la sous-traitance des services d'entretien, d'informatique et de cafétéria dans le système de santé québécois, et la concurrence des services privés et publics. Les conditions d'emploi des personnes

œuvrant dans ces domaines devraient également être en mesure de s'améliorer.

De plus, dans une logique où une réforme de la gestion du système de santé au Québec en diminuera les coûts administratifs, les salaires du personnel qualifié dans ce secteur doivent être augmentés et plus représentatifs de l'offre et de la demande sur le marché. On doit également faire des efforts afin d'offrir des opportunités de carrière qui soient avantageuses et comparables à ce que l'on retrouve ailleurs afin de motiver ces personnes.

L'Alliance croit que l'heure des choix a sonné pour toute la population du Québec. Il est temps d'avouer que le système de santé public au Québec ne peut pas offrir tous les services de santé voulus par les Québécois. Elle recommande donc de considérer la désassurance de certains services de santé offerts gratuitement à l'heure actuelle mais qui n'affectent pas directement les soins offerts aux patients. Elle propose également, pour contrer les problèmes de surconsommation des services de santé, l'introduction de tickets modérateurs et ce, afin de rétablir l'équité pour tous les utilisateurs du système de santé.

L'AMEQ recommande à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, à l'instar de l'exemple suédois mais adapté à notre modèle québécois, de faire une place grandissante au secteur privé dans la livraison des services de santé en continuant d'avoir un financement de nature public. De cette façon, il est possible de préserver l'universalité des soins de santé au Québec en assurant une meilleure efficacité dans leur délivrance.

Finalement, l'Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Québec est d'avis que les régies régionales de santé au Québec sont des instruments utiles dans le système de santé québécois qui méritent d'être conservés. Cependant, elles doivent être modifiées de façon à ce qu'elles soient imputables, autonomes et exposées au marché, les trois règles de base pour qu'une décentralisation réussisse. Bien que l'exposition au marché soit difficile à réaliser dès maintenant, l'AMEQ est confiante que ce sera chose possible si on laisse plus de place au secteur privé. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services Sociaux devra se départir pleinement des responsabilités d'autorité régionale afin d'assurer l'efficacité du processus.



ASSOCIATION CANADIENNE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES DE PERSONNES

L'industrie des assurances de personnes partage les objectifs fondamentaux du gouvernement et ses activités, au fil des ans, se sont situées en complémentarité des régimes publics offerts dans le cadre de la Loi de la santé canadienne et des programmes qui se sont ajoutés ou qui ont été abolis depuis. C'est dans cette optique que les assureurs sont convaincus que pour faire face aux dépenses futures de santé, le système de santé devra continuer de compter sur ses partenaires.

D'ailleurs, la mise en place du régime d'assurance médicaments du Québec en 1996 a démontré qu'une collaboration des secteurs public et privé peut se faire dans le respect de ces objectifs fondamentaux. En effet, alors que les médicaments consommés à l'extérieur des hôpitaux n'avaient pas été inclus dans les programmes universels pour la population active (un programme existait pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi) et que les nouvelles molécules devenaient une composante essentielle du virage ambulatoire à un moment où les finances de l'État étaient en crise, le secteur public et le secteur privé se sont unis pour offrir un régime universel à la population.

L'industrie des assurances de personnes demeure prête à explorer d'autres voies de complémentarité avec l'État; ces voies sont de quatre ordres.

La réintégration la plus rapide possible au travail des travailleurs invalides

Actuellement, des personnes demeurent des mois absentes du travail uniquement parce qu'elles sont en attente d'une chirurgie ou de soins que le système de santé ne peut leur fournir à cause de quotas imposés pour des raisons budgétaires (lits fermés, rémunération maximale des médecins, etc.). Cette situation engendre des coûts supplémentaires importants pour les employeurs à cause de l'absentéisme qu'il génère et la hausse des coûts des programmes d'assurance salaire et invalidité à long terme. À défaut d'avoir un accès rapide aux soins de santé sur place, de plus en plus d'invalides seront traités à l'étranger. La solution réside dans une plus grande accessibilité au réseau public (plutôt que de l'offrir aux non-résidents) ou par l'ouverture de cliniques privées comme en Alberta. La décision est d'ordre public mais elle doit être prise rapidement.

L'élargissement du système d'assurance-médicaments

L'élargissement du système d'assurance médicaments à d'autres soins ou services non actuellement garantis par la *Loi de la santé canadienne* permettrait une approche universelle à ces soins ou services sans ajouter au fardeau fiscal et sans créer de régime

à deux vitesses. Il faudrait toutefois s'assurer d'uniformiser l'assistance financière et le traitement fiscal pour les adhérents du régime tant public que privé.

L'instauration d'un régime de prévoyance

L'instauration pour les personnes actives d'une protection qui entrerait en vigueur au moment de la retraite et qui s'ajouterait au régime privé d'assurance : le REER-santé ou encore mieux, une assurance contre les maladies graves permettant aux personnes actives d'avoir accès à un capital disponible pour les soins de santé et les services d'hébergement nécessaires après la retraite libérant d'autant l'État d'une assistance financière à ces personnes.

Un dossier patient accessible

Nous favorisons l'établissement de standards communs pour permettre l'accès à l'information contenue au dossier de santé de chaque citoyen par les intervenants du système.



ASSOCIATION CANADIENNE DES FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES (ACFPP)

Dans son mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP), qui représente l'industrie canadienne et québécoise de médicaments pharmaceutiques, propose aux membres de la commission une solution concrète et pragmatique aux coûts élevés du programme d'assurance-médicaments.

Cette solution, défendue de longue date par l'ACFPP, s'appuie sur un principe des plus limpides qui consiste à responsabiliser les citoyens, en les informant et en les laissant décider des médicaments d'ordonnance dont ils veulent bien faire l'achat. Concrètement, il s'agit pour le gouvernement d'assurer un accès plus rapide aux médicaments génériques, des médicaments de haute qualité et à prix plus abordables que les médicaments d'origine. Cet accès doit être autorisé dès après l'échéance des brevets des produits d'origine et le gouvernement doit aussi adopter une politique de remboursement du médicament le moins coûteux, de façon à rééquilibrer les budgets de son programme d'assurance-médicaments.

Les arguments invoqués par l'ACFPP sont de plusieurs ordres :

Tout d'abord, la solution proposée met fin à la discrimination exercée par le régime actuel à l'encontre des personnes âgées et des personnes à faible revenu. En effet, alors que ces personnes, avant l'instauration du régime d'assurance-médicaments, recevaient leurs médicaments sans qu'il leur en coûte presque rien, plusieurs de ces personnes doivent aujourd'hui déboursier une prime et la coassurance prévue au régime, ce qui les pénalise sérieusement. Certains se priveraient même de leurs médicaments essentiels faute de pouvoir se les payer. Et, cette situation fait en sorte que ces mêmes personnes voient leur état de santé se détériorer et se tournent alors vers les établissements de santé pour les soigner à plus grands frais que si leur condition médicale était contrôlée par médication.

L'ACFPP constate aussi que le Québec est la seule province canadienne à ne pas rembourser systématiquement le prix le plus bas pour les médicaments inscrits au formulaire, ce qui permettrait des économies annuelles d'environ 25 millions \$ au programme d'assurance-médicaments.

Les hôpitaux du Québec l'ont bien compris, eux qui prescrivent déjà systématiquement des génériques aux personnes hospitalisées, ce qui démontre bien la fiabilité et la qualité des médicaments génériques.

Les fabricants de médicaments d'origine, malgré qu'ils défendent leurs privilèges abusifs

en matière de droits de brevet, comprennent fort bien la réalité, en ce qu'eux-mêmes en viennent à produire des médicaments génériques.

Le dernier argument tient au fait que les citoyens sont privés indûment des génériques, dont ils ont pourtant bien besoin, alors que si le gouvernement permettait un accès plus rapide aux génériques, tous en bénéficieraient, aussi bien le gouvernement que les citoyens.



A E G S D B U M

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS AUX GRADES SUPÉRIEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS AUX GRADES SUPÉRIEURS DU DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE EN MILIEU HOSPITALIER, UN PARTENARIAT ENTRE LA POPULATION QUÉBÉCOISE ET LES UNIVERSITÉS POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

Le Québec a choisi de faire de la recherche biomédicale l'un de ses secteurs de développement socio-économique prioritaire. Pour réaliser cet objectif, il y a un accroissement du nombre de chercheurs et de la durée de leur formation. Plus de 70% de la recherche en santé se fait dans les hôpitaux affiliés aux universités. Ce partenariat hôpital-université est essentiel pour, d'une part, la formation du personnel médical et paramédical ainsi que celle de la relève scientifique et, d'autre part, la recherche en santé et sa diffusion au sein des établissements hospitaliers pour améliorer la qualité des soins. Cependant, la double mission des hôpitaux affiliés, dont principalement les centres hospitaliers universitaires, a généré plusieurs problèmes inhérents à ce partenariat spécifique. Des problèmes d'ordre structurel, financier et logistique minent la qualité de la recherche effectuée en santé. À l'heure où la Commission Clair se penche sur les enjeux du système de santé, les problématiques soulevées dans cet avis doivent être abordées pour améliorer l'efficacité du partenariat entre la population québécoise, les universités et les hôpitaux affiliés.

Durant leur formation universitaire qui dure de 12 à 15 ans, les chercheurs-étudiants travaillent dans les laboratoires avec leur directeur de recherche. Ils participent à l'élaboration des protocoles de recherche et à la diffusion des résultats voire à l'incubation de petites entreprises sur le sol de l'université. Cette implication concrète dans le développement des laboratoires de recherche en santé participe grandement au rayonnement de l'Université. Pourtant, ces jeunes chercheurs vivent dans une précarité socio-économique désastreuse: 75% des chercheurs-étudiants en santé vivent sous le seuil de pauvreté; ils ne disposent pas d'assurance collective; ils ne peuvent bénéficier ni de l'assurance-emploi, ni de l'assurance parentale; etc. La situation se prolonge jusqu'à l'âge de 32 à 35 ans puisque les jeunes chercheurs en santé doivent effectuer plusieurs

années de stage post-doctoral avant d'être recrutés par une entreprise ou une université. Pire, une fois recrutés par un département ou un centre hospitalier, cette situation de précarité se transforme en situation d'instabilité puisque les jeunes chercheurs ne peuvent disposer d'une permanence qu'au plutôt vers le début de leur quarantaine.

Cette situation de précarité ou d'instabilité limite la réussite de leur formation et, lorsqu'ils sont recrutés, le développement de leur laboratoire (et donc de la formation de leurs étudiants), mais également la création d'une famille et leur implication sociale. Il est déplorable qu'un secteur d'avenir, comme la recherche en santé, n'offre pas de meilleures conditions de travail et de vie aux jeunes chercheurs. Le Québec peut se démarquer de ses compétiteurs s'il fait le pari de soutenir ces jeunes chercheurs et combattre l'instabilité qu'ils vivent. Les jeunes chercheurs ne disposent d'aucun plan de carrière s'ils choisissent la carrière de recherche en milieu universitaire et la situation de précarité ou d'instabilité se poursuit au-delà des 40 ans. Les chercheurs-étudiants vivent le stress de leurs « patrons » de recherche, ils se découragent et, parfois, ils abandonnent leur vocation de chercheur. Et, dans la situation actuelle, ce sont les jeunes femmes qui en sont les plus touchées, car la carrière de chercheur en santé doit se faire régulièrement à l'encontre d'une vie familiale sereine.

Les centres hospitaliers impliqués dans la recherche et la formation universitaires doivent pouvoir disposer de budgets spécifiques, clairement établis, qui leur permettent de remplir la mission que les différents ministères leur ont confiée. Le gouvernement québécois ayant fait de la recherche en santé l'une de ses priorités majeures pour le développement socio-économique du Québec se doit d'apporter des solutions structurantes qui stabiliseront les équipes de recherche installées dans les centres de recherche hospitaliers. Il est, entre autres, recommandé que le budget du FRSQ soit doublé le plus rapidement possible sous peine de voir les efforts du Québec se réduire à néant... Il faudra aussi clarifier les règles des liens entre les entreprises et les hôpitaux en ce qui concerne la recherche en santé qui est effectuée dans les centres de recherche hospitaliers.

Enfin, l'avis des chercheurs-étudiants demande la création d'une loi québécoise définissant les balises de la recherche biomédicale et de l'utilisation des résultats. Il faut que les citoyens se prononcent sur les limites qu'ils veulent mettre à la recherche en santé : peut-on faire du clonage humain, peut-on utiliser l'embryon humain comme matrice pour créer des organes de rechange, peut-on exploiter les OGM en toute impunité, accepte-t-on qu'une société d'assurance puisse utiliser le code génétique d'un client pour définir sa prime comme c'est le cas en Angleterre, accepte-t-on que les employeurs réclament le dossier médical avant d'embaucher un employé comme c'est le cas dans 25% des cas aux USA, etc.? Pour débattre de ces problématiques et aider le législateur à statuer sur ces questions éthiques, un Conseil consultatif arrimé avec des consultations parlementaires pourrait être créé afin d'écouter la population, les chercheurs, les juristes



et les bioéthiciens afin de proposer des pistes au Gouvernement, comme c'est le cas en Belgique et en France. Pour finir, le mémoire recommande la création d'un Ordre professionnel des chercheurs en santé pour affirmer les règles éthiques en matière de recherche et protéger les citoyens des conséquences de la recherche en santé.

ASSOCIATION DES FOURNISSEURS DE L'INDUSTRIE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

L'A.F.I.S.Q. (L'Association des Fournisseurs de l'Industrie de la Santé du Québec) est un regroupement de fabricants et de distributeurs variant de la pièce d'équipement valant plusieurs milliers de dollars, aux fournitures médicales à usage unique et jetable.

Les membres représentent plus des 2/3 du marché des fournitures médicales au Québec. Nous comptons plus de 1300 employés(es) dont près de 10% d'entre eux se concentrent dans la recherche et développement.

L'industrie de l'équipement et de la fourniture médicale joue un rôle essentiel dans le fonctionnement des établissements de santé par la qualité de ses produits à coût raisonnable et à valeur ajoutée. Disons un mot sur la valeur ajoutée. En effet les membres prennent en charge la formation technique et scientifique du personnel prodiguant les soins ; du médecin à l'infirmière et à ceux qui sont en formation dans les facultés universitaires ou au collégial. Ces stages de formation permettent au personnel des établissements d'être à la fine pointe des nouvelles technologies, afin d'assurer la qualité des soins, la sécurité et le mieux être des malades. Ces formations sont d'autant plus bénéfiques que si la responsabilité en incombait aux seuls établissements de santé, elles ne seraient certainement pas octroyées faute de budget.

Les contraintes de l'industrie

Malgré tous les avantages que nous procurons au système de la santé nous ne sommes pas considérés comme des partenaires -ce que nous sommes en réalité -du réseau de la santé. Le fonctionnement d'un hôpital entier pourrait être compromis sans l'efficacité, la fiabilité et le dévouement du personnel de nos membres ; ainsi que des biens et services que nous offrons. Depuis longtemps, nous sommes victimes de la crise du financement du système et nous supportons une partie des déficits budgétaires des hôpitaux. Présentement les délais de paiement des comptes recevables sont de 87 jours au Québec comparativement à une moyenne canadienne de 58 jours.

Un autre point que nous désirons discuter est celui des appels d'offres. Nos membres doivent répondre chaque année, à plus d'un millier d'appels d'offres ; on note une grande variété de pratiques, de règles, de normes et de conditions qui ont un impact négatif sur les coûts. Il ne faut pas oublier que ces milliers d'appels d'offres se font toujours par la vieille méthode du courrier contenant des centaines de pages et de conditions différentes d'un groupe d'achat à un autre.



Recommandations de l'AFISQ

Nos recommandations sont modestes, peu coûteuses mais essentielles au bon fonctionnement des établissements de santé. Si elles sont appliquées, elles contribueront à une réduction substantielle des coûts et une meilleure efficacité du réseau de la santé.

Formation d'un groupe de travail Ministère—Industrie

Nous préconisons la formation de ce comité afin de créer un vrai partenariat. Ce groupe de travail permettrait de rétablir un climat d'affaires et de permettre aux deux parties de planifier et d'organiser un cadre de travail qui assurerait une plus grande efficacité. Voici quelques problèmes que le comité pourrait étudier.

Réduction des délais de paiement

Il serait juste et raisonnable que le délai de paiement soit ramené à 30 jours ; délai normal, dans le cadre d'une bonne gestion financière. Le ministère devrait être sensibilisé au fait que les hôpitaux interprètent le décret 1127-84 pour reporter le paiement des fournisseurs au-delà de 60 jours.

Harmoniser le cadre normatif des contrats d'approvisionnements

Nous croyons qu'il serait logique que les conditions générales pour les appels d'offres soit les mêmes pour toutes les régions. Les conditions particulières devraient être également standardisées et prévoir des mécanismes qui pourraient amender certaines clauses de prix fixes et fermes lorsque des crises sur les coûts des matières premières stratégiques surviennent (coût du pétrole) ou encore sur la fluctuation des monnaies.

Implantation des technologies modernes de la télécommunication

Les membres de l'AFISQ souhaitent contribuer à l'implantation de ces nouvelles technologies afin de réduire les coûts, d'alléger et de rendre plus efficace le système tout en améliorant les relations d'affaires entre les intervenants. Pensons notamment à utiliser le réseau existant (rtss) qui rejoint actuellement plus de 60,000 usagers à l'intérieur de l'appareil gouvernemental québécois.

Conclusion

Ces recommandations vous sont présentées dans un esprit d'objectivité et de partenariat et nous croyons que leur mise en œuvre permettra de réduire les coûts, minimiser les erreurs et d'accroître l'efficacité du système ; tout en assurant une excellente qualité des soins et un mieux être des malades.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

Le plus important est de prendre en compte les préoccupations réelles des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale

Les propositions de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

L'AGIDD-SMQ propose que, dans chacune des étapes de la transformation de l'organisation des services et du financement en matière de santé mentale, tant au niveau de l'analyse, de la planification et des décisions, il y ait la mise sur pied de comités aviseurs composés de personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

Dans le contexte de la régionalisation, l'AGIDD-SMQ recommande que la responsabilité administrative de la réallocation revienne au conseil d'administration des régions régionales et que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux mette en place des mécanismes efficaces pour faire respecter l'esprit du *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*.

L'AGIDD-SMQ, à l'instar du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, recommande que 20% du budget total des dépenses en santé mentale soit consacré aux organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé mentale.

L'AGIDD-SMQ demande au Ministère de la Santé et des Services Sociaux d'effectuer un véritable virage communautaire dans le domaine des services en santé mentale en reconnaissant et en impliquant de façon claire et ferme les organismes communautaires et alternatifs en santé mentale, c'est-à-dire : reconnaître leur expertise, leur approche et leur philosophie, tout en respectant leur autonomie.

L'AGIDD-SMQ demande au Ministère de la Santé et des Services Sociaux de mettre en place un réel plan d'action pour l'amélioration de la santé mentale des femmes.

L'AGIDD-SMQ demande que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux rende obligatoire et efficace le renouvellement des pratiques en santé mentale en tenant compte des demandes et de l'expertise des personnes qui vivent ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

L'AGIDD-SMQ considère qu'il est urgent que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux enquête notamment sur la question du mégadosage, de surdosage et de



surprescription de médicaments et de l'utilisation des électrochocs afin d'éviter les abus de ces pratiques institutionnelles.

L'AGIDD-SMQ presse le Ministère de la Santé et des Services Sociaux de favoriser la création de mécanisme de support pour une gestion autonome de la médication pour que toute personne recevant des médicaments soit informée notamment sur les raisons de la prise des médicaments, sur les effets secondaires et sur le mode d'utilisation de la médication prescrite. Les personnes doivent être en mesure de négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose et la fréquence sans qu'elles subissent des représailles et ce, selon le principe de l'appropriation du pouvoir, élément important du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*.

L'AGIDD-SMQ demande que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux respecte ses engagements envers les organismes communautaires, tel que stipulé à l'article 335 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et que le financement de ces derniers ne soit pas tributaire des conventions de partenariat à quelques niveaux que ce soit.

L'AGIDD-SMQ recommande que la ministre de la Santé et des Services Sociaux exige que les régies régionales appliquent les balises nationales en matière d'évaluation telles que présentées dans le document *L'Évaluation des organismes communautaires et bénévoles* (mars 1995) et adoptées par le comité de liaison ministériel.

L'AGIDD-SMQ rappelle au Ministère de la Santé et des Services Sociaux sa position concernant la cueillette d'information pour le suivi de la clientèle, datant d'octobre 1991, interdisant toutes formes de communication informatique inter-établissement avant de soumettre cette épineuse question à un débat public avec les différents acteurs concernés, incluant obligatoirement les personnes qui vivent ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

L'AGIDD-SMQ recommande que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux tienne compte des recommandations du comité du *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale* (février 1997) en matière de partenariat gouvernemental qui précise la mise sur pied d'un comité intersectoriel voyant à l'harmonisation voyant à l'harmonisation des différentes politiques gouvernementales.

L'AGIDD-SMQ propose qu'une disposition concernant le respect, la promotion et la défense des droits en santé mentale soit élaborée et ce dans le sens des recommandations du *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale* en réaffirmant les lignes directrices de la Loi 120, soient :

- la primauté de la personne , l'usager est la raison d'être des services ;
- le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés ;

- le respect de la dignité et de la sauvegarde de l'autonomie de l'utilisateur ;
- la participation de l'utilisateur aux soins et services le concernant ;
- le droit au libre choix de l'établissement et du professionnel.

L'AGIDD-SMQ propose la mise sur pied d'un programme de formation continue à l'intention des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale intégrant les droits et recours, la médication et sa gestion autonome, être son propre défenseur et l'entraide entre pairs afin de promouvoir et de développer l'appropriation du pouvoir des personnes sur elles-mêmes.



L'ASSOCIATION DES RÉGIONS DU QUÉBEC

L'Association des régions du Québec (ARQ) représente l'ensemble des Conseils régionaux de développement du Québec (CRD). Elle a pour mission, notamment, de défendre et de promouvoir les intérêts des régions dans le respect de leur autonomie. Au printemps dernier, l'ARQ a dénoncé publiquement les iniquités dans l'accessibilité aux services médicaux qui portent atteinte au développement social et économique des communautés locales et régionales du Québec. Les problèmes que connaît le réseau de la santé et des services sociaux agissent sur les conditions mêmes de l'occupation de notre territoire, sur le choix qu'ont les citoyens et les citoyennes d'habiter là où ils le désirent et d'y recevoir les services de qualité pour lesquels ils paient des impôts, sur la possibilité de bénéficier d'une qualité de vie et d'opportunités de développement équitables.

Accessibilité aux services médicaux : quatre formes d'iniquité liées entre elles

La première forme d'iniquité est la pénurie d'effectifs médicaux, en particulier dans les régions éloignées, et leur inégale distribution sur le territoire du Québec. Il y aurait près de 700 postes disponibles, dont près de 500 spécialistes et 200 omnipraticiens, la majorité pour un recrutement en région éloignée. La deuxième forme d'iniquité touche le partage inégal des tâches entre les médecins et découle, en partie, de la première. La troisième forme d'iniquité concerne les mesures palliatives et incitatives mises en place depuis plusieurs années. À titre d'exemple, le recours aux « médecins-dépanneurs » en région devait répondre à la pénurie de médecins sur une base temporaire. Or, cette mesure serait devenue courante et habituelle et contribueraient à reproduire le partage inégal des tâches et la pénurie chronique d'effectifs médicaux. La quatrième forme d'iniquité renvoie aux inégalités face aux risques encourus par les personnes dans un espace-temps donné, que ce soit dans leur état de santé, dans leur vie familiale, dans l'occupation d'un emploi et dans leur qualité de vie en général. Par ailleurs, les risques qui découlent de l'accès limité aux services médicaux ne sont pas qu'individuels ; ils touchent la collectivité dans son ensemble.

Des règles et des ressources axées sur l'offre des services médicaux

Les règles qui conditionnent l'offre de services médicaux chevauchent une multitude d'autres règles qui en structurent la demande et l'organisation. Par exemple, le choix du lieu ou du type de pratique médicale peut entrer en conflit avec la règle d'accessibilité universelle, comme en témoignent les milliers d'ententes particulières avec les médecins. L'universalité des services médicaux demeure une règle abstraite dans la mesure où aucun paramètre n'est établi pour définir les services prioritaires auxquels les usagers ont droit ni les conditions raisonnables d'accessibilité aux services médicaux, et ce même s'il existe

une liste de services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les critères d'allocation des ressources sont pour la très grande majorité définis et appliqués en fonction de la disponibilité des services médicaux sur un territoire donné. Autrement dit, l'argent ne suit pas le client mais plutôt les producteurs de services sans tenir compte des paramètres relatifs à l'état de santé des populations.

Prise de position sur une approche

Chaque citoyen et chaque citoyenne, peu importe son lieu de résidence doit pouvoir accéder à des soins médicaux de base de qualité, en des conditions de temps et de lieu raisonnables. Cette approche suppose que les priorités et la hiérarchie entre les différents services assurés soient définies et que des critères d'accessibilité équitables à ces services soient fixés. Elle suppose de réviser les mesures incitatives déployées jusqu'à maintenant et, surtout, de réviser la place des mesures d'ordre financier qui ne peuvent à elles seules apporter de solutions durables. Notre approche exige aussi la création de règles de répartition équitables des tâches entre les médecins. Les ressources doivent accompagner le niveau de responsabilité et de compétence des médecins.

Par ailleurs, d'autres paramètres que les aspects financiers doivent être pris en compte : rendre les conditions de la pratique médicale attrayantes, assurer une qualité de vie pour les médecins, assurer l'accès à des médecins spécialistes, partager les tâches plus lourdes, notamment en milieu hospitalier, former des équipes de garde, diversifier les services et les heures de disponibilité.

Choix de société défini individuellement et collectivement

L'organisation des services médicaux doit faire partie d'un projet collectif convenu en région en fonction des besoins de la population. La définition des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs du domaine de la santé doit conduire à un renforcement de la régionalisation du réseau de la santé, appuyée par des leviers organisationnels et financiers. La régionalisation permet d'assurer une planification des services et des ressources selon les besoins de la population ; elle permet de plus une gestion efficace en matière d'organisation des services médicaux précisément parce qu'elle repose sur une connaissance des particularités des lieux et qu'elle offre des solutions intégrées sur un territoire donné.

Un engagement radical envers l'accessibilité équitale aux services médicaux

L'Association des régions du Québec demande un engagement radical du gouvernement dans la mise en place des conditions qui permettront de préserver les acquis du passé et d'ouvrir les possibilités du développement social futur dans les régions. Ces conditions sont les suivantes :



- La poursuite et la consolidation de la régionalisation du système de santé et des services sociaux ;
- La définition des conditions d'accès raisonnables à des services de santé et des services sociaux hiérarchisés ;
- La transition graduelle des méthodes d'allocation des ressources historiquement axées sur les besoins des producteurs de services vers une approche axée sur les besoins de la population ;
- La mise sur pied de dispositions régionalisées concernant l'organisation de la pratique médicale et de la pratique en cabinet privé ;
- L'investissement dans des systèmes d'information permettant de documenter les besoins de la population et l'offre de services en tenant compte des connaissances qu'en ont les usagers et, plus globalement, la population ;
- Finalement, la création de lieux de transmission mutuelle des informations entre les experts du réseau de la santé et des services sociaux et les citoyens et les citoyennes.

ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DU QUÉBEC

NOUS REFUSONS D'ÊTRE LES BOUCS ÉMISSAIRES

L'ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DU QUÉBEC (A.R.E.Q.-CSQ) représente 34 000 membres dont l'âge varie entre 50 et 105 ans, et plus des deux tiers sont des femmes. L'A.R.E.Q. est affiliée à la CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ). Le président actuel de l'Association est monsieur André Goulet. L'Association oeuvre au Québec dans toutes les régions et municipalités du Québec.

Avant-propos

S'il est vrai que la dénatalité est un phénomène sur lequel il nous faut nous attarder collectivement, nous considérons qu'il serait plus porteur d'avenir de développer une véritable politique familiale au Québec que de désigner un groupe de la population comme étant responsable de la situation. Nous ne partageons pas le ton alarmiste du gouvernement sur cette question.

Nos constats et nos propositions

Contre la privatisation et tout ce qui s'y apparente

Le gouvernement nous présente souvent du même souffle le soi-disant problème du vieillissement de la population et la solution qu'il veut y apporter : un rôle accru du privé dans le financement et la prestation des soins directs à la population. L'A.R.E.Q. s'inscrit en faux contre une telle équation. L'exemple suédois est particulièrement éloquent en regard de la thématique développée puisque la Suède a déjà atteint un taux de vieillissement que le Québec connaîtra dans quinze ans. Le discours apocalyptique sur l'incidence du vieillissement sur les coûts de santé ne repose sur aucun fondement digne de ce nom.

La clé du succès pour le contrôle des coûts réside, pour l'essentiel, dans l'accroissement des dépenses publiques de santé. Le niveau de dépenses privées a actuellement des conséquences dramatiques sur les personnes actuellement âgées de plus de 65 ans. Ces dernières, dans une proportion de 80%, ont des revenus annuels inférieurs à 20 000 \$ par année.

Le désengagement de l'État est inquiétant

Le Québec est aujourd'hui la province canadienne qui investit le moins dans le financement public des services sociaux et de santé. Le Québec est la province où les



dépenses privées augmentent le plus rapidement. Lentement mais sûrement, le gouvernement québécois rogne sur un droit fondamental, le droit à la santé.

En 1994, le Parti Québécois écrivait dans son programme électoral « Il y a plus de vingt ans, les Québécoises et les Québécois, conscients du coût matériel et moral intolérable qu'entraînait l'approche individualiste de la santé décidaient d'en faire une responsabilité collective. Ce choix était le bon ». Puis en 1995-1996, le gouvernement québécois entonne le « Changez de côté, on s'est trompé ». Les compressions s'abattent sur le réseau des établissements publics. Le gouvernement a facilité les privatisations passives en atrophiant dramatiquement les moyens dont dispose le réseau public, a facilité les privatisations actives en désassurant plusieurs services à la population. Le citoyen doit être au cœur du projet social et le bien commun, au cœur des décisions des élus politiques.

Des soins palliatifs à développer

L'absence des soins palliatifs du portrait médiatique au cours des dernières années nous incite parfois à éluder complètement la question. L'A.R.E.Q. croit au contraire qu'il est essentiel d'y revenir maintenant.

-Les soins à domicile

Le Québec ne finance en moyenne que 15 heures de services par personne comparativement à 106 heures en Ontario. Le Québec est à l'avant-dernier rang des provinces canadiennes pour le financement des services et soins à domicile. Dans tous les secteurs où il y a eu un transfert des responsabilités publiques dans la sphère du privé, cela a signifié pour un segment important des personnes âgées un fardeau financier insoutenable.

Nous rejetons toutes les hypothèses qui iraient dans le sens d'une désétatisation de ces services pour les confier au secteur privé ou communautaire.

La situation des aidantes et des aidants naturels

Les familles offrent aujourd'hui plus de 80 % de l'aide requise et souvent, elles le font à leur propre détriment. L'Association des CLSC-CHSLD reconnaissait même récemment que les familles sont mises à contribution au-delà du raisonnable. Derrière le terme de familles se cachent 70 à 80 % des femmes.

Il y a une différence énorme entre aimer une personne et avoir les compétences pour en prendre soin. De plus, le statut d'emploi de celles qui sont sur le marché du travail est grandement fragilisé puisqu'il n'existe aucun congé payé pour prendre soin d'une personne en perte d'autonomie temporaire ou permanente.

Les centres de soins de longue durée

Les 28 000 bénéficiaires des centres hospitaliers de soins de longue durée ne reçoivent plus que 68 % des soins auxquels elles auraient droit. Aujourd'hui, il faut nécessiter 3,8 heures/soins par jour pour obtenir une place alors que la norme nationale a été fixée à 2,5 heures/soins par jour.

En guise de conclusion

Le gouvernement québécois doit réaffirmer haut et fort que le droit à la santé est un droit inaliénable pour toutes les Québécoises et tous les Québécois, peu importe leur âge, leur statut ou leur revenu.



ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE

Que sortira-t-il de la Commission Clair et des suites qui lui seront données ? Verrons-nous de nouvelles orientations ou la poursuite de la transformation du réseau telle que prévue mais en rectifiant les irritants ou les incohérences ? Verrons-nous un plus grand désengagement de l'État... au profit du privé et au détriment de la population ? Continuerons-nous à voir les aidantes et aidants ployer sous le poids de la tâche et surtout des nouvelles responsabilités ?

Pour l'Association féminine d'éducation et d'action (AFEAS), il s'agit surtout de **trouver rapidement des solutions concrètes à partir de l'objectif premier de la réforme de la santé et des services sociaux : une réforme, axée sur le citoyen, en n'oubliant pas encore une fois la «citoyenne».**

Nous ne prétendons pas avoir toutes les réponses mais proposons des solutions et apportons des questions en lien direct avec les femmes et leurs familles. Porte-parole de 20 000 femmes québécoises, nous prenons, à ce titre, lors des consultations de la commission Clair, le parti des femmes et, plus particulièrement, celui des aidantes dites «naturelles». Ne l'oublions pas, ces aidantes, ce sont nous-mêmes, nos mères, nos sœurs, nos filles et quelquefois nos fils et nos frères, nos voisines et nos amies.



Avec le virage ambulatoire, le constat est lourd pour les femmes, qu'elles soient utilisatrices ou travailleuses des services de santé et des services sociaux, et plus encore lorsqu'elles sont aidantes car le travail effectué n'est ni reconnu, ni supporté. En effet, ces aidantes n'ont pas d'instances où réellement faire valoir leurs besoins et pourtant le travail, invisible et non rémunéré, qu'elles effectuent, profite à tous et chacun mais aussi à l'État. La recherche faite auprès de groupes de femmes aidantes, *Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociales sur les femmes du Québec* (1998), montre, **pour les aidantes**, une absence d'information et de support, des soins plus nombreux et complexes, des coûts supplémentaires et des impacts sur leur vie et leur santé, **pour les travailleuses**, des milieux de travail détruits, des qualifications non reconnues, une santé éprouvée. Une deuxième recherche en cours dévoile que **20 à 40% des aidantes se retrouvent en situation de détresse, d'épuisement et de burn-out : des aidantes malades du transfert de responsabilités sur leur dos !**

Le travail invisible, non rémunéré, des femmes dont il est question ici, comprend les tâches et responsabilités auprès des familles. Aujourd'hui, environ 76% des mères de 25

à 44 ans sont sur le marché du travail ; leur revenu, indispensable à leur autonomie, est essentiel à la survie de leur famille. Pourtant dans 52% des couples où les deux parents travaillent, les femmes assument encore la charge complète des travaux ménagers. Seulement 10% des conjoints prennent en charge en tout ou en partie ces tâches.

Par ailleurs, nous constatons un double discours social. D'une part, les femmes doivent être sur le marché du travail mais aussi auprès des proches ayant besoin d'aide. L'État et ses institutions nous donnent l'impression de revenir à la famille traditionnelle d'avant les années 60, ou de ne l'avoir jamais quittée. Le réseau a parlé de virage avec un support aux familles via les CLSC et les services de première ligne mais, dans la réalité, il transfère le travail dans le panier des aidantes et aidants, généralement celui des femmes. Avons-nous fait le saut vers une société où les femmes et les hommes peuvent être égaux ou restons-nous dans une société où ils peuvent seulement prétendre à l'égalité ?

Par conséquent, nous demandons à la ministre de la Santé et des Services sociaux de donner priorité à la clientèle et à leur famille plutôt qu'au béton ou aux machines, aussi utiles soient-elles. Nous demandons d'axer les services de santé et les services sociaux sur la prévention, en lien avec l'objectif de la réforme :

la citoyenne et le citoyen au ? de décisions.

Nos demandes touchent :

L'organisation des services de santé et des services sociaux :

- Renforcer les services de base ;
- Arrimer CH + CLSC + cabinets privés de médecins ;
- Rendre accessible l'information nécessaire lors du retour à domicile ;
- Mettre en place des mesures de support et de reconnaissance pour les aidantes et aidants ;
- Mettre en place des services lors d'urgence sociale, pour les aidés et les aidantes ;
- Élargir le mandat de la Commissaire aux plaintes en santé et services sociaux.

Le financement des services de santé et des services sociaux :

- Accroître et réorienter les budgets en santé vers les besoins de la clientèle et non ceux des institutions ;
- Soutenir de façon majeure la première ligne de services plutôt que les deuxième et troisième lignes ;
- Financer de façon équitable les services sociaux et les recherches qui les supportent pour leur permettre de bien jouer leur rôle de prévention et de support ;



- Développer et financer adéquatement des services spécifiques aux femmes dans une optique de prévention ;
- Utiliser les ressources professionnelles existantes de façon maximale pour la santé de la clientèle, en fonction des compétences de chacune et non des chicanes professionnelles.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ENTREPRISES PRIVÉES DE SERVICES DE SANTÉ

Membres du comité d'étude :

Denis Labrecque, B.A.A., M.Sc. (admin. Santé)

Normand Laurin, C.A., M.B.A.

François Théorêt, Inf. M.Sc. (admin. Santé)

Les entreprises privées de services de santé ont plus de vingt ans d'existence. L'association québécoise des entreprises privées de services de santé (AQEPSS) est l'unique représentant des services de santé spécialisés au niveau des services de placement de personnel en établissements de santé ainsi qu'au niveau de la prestation des soins et du maintien à domicile. À cette effet, il est important de rappeler qu'au budget de 400 millions de dollars sera injecté suite à l'entente Fédéral / Provinciale.

L'association québécoise des entreprises privées de services de santé (AQEPSS) est préoccupée par la nécessité de repenser le système de santé actuel dans le but de stabiliser et contrôler davantage le budget d'opération qui représente tout de même le tiers du budget provincial. Notre regroupement qui représente à l'heure actuelle plus d'une vingtaine d'entreprises privées œuvrant dans les services de santé, tel que les CLSC CH, CHSLD, Résidences pour personnes âgées, et qui représente plus de 5,000 salariés, est conscient, même persuadé que la réussite d'un tel effort repose sur un réel partenariat avec les différents acteurs de la santé dont bien sûr le secteur privé.

Ceci dit, l'AQEPSS a eu l'occasion de s'exprimer dans ce sens durant les années 1995 et 1996. Ne suffise de mentionner les mémoires de réflexions présentés aux Régies régionales de Montréal-Centre et Québec lors des audiences publiques tenues dans le cadre du programme de réorganisation du système de santé ou encore plus récemment, le document de réflexion en réponse à la dernière proposition du ministère relativement aux éléments d'encadrement touchant la fameuse allocation directe, ainsi qu'au rapport Arpin.

Nous nous adressons donc à vous, afin que nous puissions évaluer ensemble la contribution potentielle du secteur privé et la possibilité pour ce dernier de se positionner comme collaborateur et partenaire des différents paliers d'intervention.

Soyez assuré de notre entière volonté de participer activement à la poursuite et à la réalisation de vos objectifs.



A - L'ORGANISATION DES SERVICES

1. Un problème d'organisation

L'AQEPSS partage l'avis qu'il existe des difficultés dans les services de base et les services spécialisés mais aussi dans l'ensemble de la mission des services du ministère de la santé et des services sociaux.

2. Des options à mettre de l'avant

L'organisation territoriale

- Redéfinition du mandat des régies régionales
- Assurer un panier de services communs
- Échanger avec les divers intervenants du milieu de la santé dont le secteur privé fait parti.

Responsabilité clinique et financière confiée à une équipe

L'AQEPSS privilégie le statu quo relativement à cette option.

Le médecin de famille coordonnateur des services

L'AQEPSS est en accord avec cette approche dans le sens de ce qui se fait en essai sur le territoire de la Cité de la Santé à Laval.

L'organisation de services sur une base régionale

L'AQEPSS acquiesce à l'idée que les services spécialisés et surspécialisés doivent être regroupés sur une base régionale ou nationale.

Un dossier clinique informatisé.

L'AQEPSS reconnaît toute l'importance de cet outil de travail. Il doit s'accompagner d'une éthique d'utilisation servie par les outils technologiques et informatiques les plus performants et sécuritaires.

La rémunération des médecins

La position de l'AQEPSS relève toujours d'une vision de la libre entreprise;. Que le budget suive le patient et que celui-ci soit responsabilisé par une coassurance ne relève pas de l'utopie.

Un budget en fonction des résultats

Afin de rendre imputable les établissements, l'AQEPSS propose un réseau de santé public:

- financé publiquement.
- ayant un système privé et public de gestion

La participation des secteurs privé et communautaires

Les membres de l'AQEPSS pensent que le secteur privé doit devenir l'unique prestataire des soins de santé et aide à domicile avec une division des fonctions sous la forme de partenariat dont les responsabilités sont les suivantes :

- planification et contrôle assumés par les CLSC
- coordination et prestations (fourniture de services) assumées par le secteur privé.
- Transfert des entreprises d'économies sociales au ministère du travail et corrélations des objectifs et conditions de travail (code du travail et absence de subventions) en fonction du marché de la libre concurrence car en bout de ligne, nous sommes de toute façon ceux qui engageront ces travailleuses.

Tout comme l'Institut pour le Partenariat Public-Privé, nous croyons que les entreprises d'économies sociales sont un exemples de dédoublement. Les entreprises privés possèdent depuis plus de vingt ans la structure administrative ainsi que les compétences nécessaires à intégrer ce type de programme.

3. D'autres pistes de solutions

- impartition là où le secteur privé est plus efficace
- révision des actes délégués et de la formation nécessaire à leur application
- réduction de la bureaucratie, de structures multiples par d'autres façons de faire et un partenariat véritable, reconnu et fonctionnel
- révision du panier de services offerts par le régime public
- CSST, SAAQ: achat de services médicaux, soins et aide à l'extérieur du secteur public.
- Soins et aide à domicile, dont la gestion et la prestation des services serait confiée au secteur privé, intégrer au panier de services du programme d'assurance médicament du gouvernement

B - LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ

1. Un problème structurel de financement

Les membres de l'AQEPSS partagent effectivement l'idée qu'il existe un problème structurel important. Nonobstant le contentieux fédéral-provincial qui vient de se régler, le système fait-il ce qu'il doit faire? Au lieu de faire lui-même ne pourrait-il pas inciter? En ce sens que nous reconnaissons qu'il est difficile d'annuler des services ou des projets qui peuvent être vitaux dans le futur mais si on recentre la mission et que la fourniture de services se poursuit mais de façon différente, la ministre aura fait le ménage et fait le lit de ses priorités.



2. Des pistes de solution

Désassurance de services

L'AQEPSS propose une première piste qui consiste en la désassurance de certains services, après accord commun avec les assureurs privés. Cela dans une perspective de révision de panier de services; en ajout au régime actuel d'assurance médicament.

L'augmentation des impôts

L'AQEPSS croit que cette avenue n'est pas pertinente.

La contribution des usagers

- L'AQEPSS pense que cela doit devenir un comportement normal de responsabilisation.
- Élargir le "programme de crédit impôt pour le maintien à domicile"
- Augmenter sa couverture aux établissements de santé et non pas uniquement au secteur « maintien à domicile ».

La gestion et production privée et l' impartition

L'AQEPSS appuie assurément toute action qui permet d'augmenter l'efficacité des services. Cette approche aura comme conséquence de stimuler et revaloriser les composantes publiques performantes.

La création de caisses spéciales

L'AQEPSS privilégie donc cette approche et la favorise également pour des raisons évidentes d'achat de services. La mise sur pied d'un programme de Régime Enregistré d'Épargne Santé (REES) doit être accompagnée d'une sortie au besoin, et non imposable.

Les modes de distribution budgétaire

Nous pensons que la réunion des deux forces (privée et publique) ne peut que lui être profitable comme le démontre la première place de la France en ce domaine.

Comme 70,9 % des québécois le souhaitent dans un sondage Léger & Léger (2), nous soutenons que le secteur privé doit jouer un plus grand rôle dans le domaine de la santé.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

La psychologie scolaire et les services complémentaires. Nouveaux modèles d'organisation

Au Québec, le monde de l'Éducation est à vivre une période de grands changements. Parallèlement le réseau de la Santé et des Services sociaux amorce une réforme visant à accroître l'accessibilité à des services de qualité. Afin de participer activement au débat et à la recherche de solutions, l'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) s'est intéressée à la question de la définition et de l'opérationnalisation des services que les psychologues scolaires et leurs collègues offrent aux jeunes québécois.

Après avoir résumé le contexte actuel du monde scolaire québécois, l'AQPS présente différents modèles d'organisation et des recommandations pour faciliter la gestion des services et en améliorer la qualité.

Quatre modèles de services sont définis selon trois variables soit : le lieu de dispensation de services, l'organisme qui a la responsabilité de la gestion des services et les sources de financement. Ces modèles sont : 1- *Services offerts par le réseau scolaire dans l'école*, 2- *Services offerts par plusieurs réseaux et organismes en concertation avec l'école*, 3- *Services offerts par le réseau scolaire dans la communauté*, 4- *Services offerts par la communauté dans la communauté*. Parmi ces modèles l'AQPS privilégie le deuxième modèle i.e. *Services offerts par plusieurs réseaux et organismes en concertation avec l'école*.

Ce modèle peut se traduire par le concept de l'école multi-services. L'école multi-services est définie comme une école permettant d'offrir à la clientèle dans un contexte qui leur est naturel et familier des services intégrés, diversifiés et multidimensionnels. Selon la littérature, l'école est le lieu par excellence pour dispenser des services qui permettent aux jeunes à risques et à leurs familles de surmonter leurs difficultés dès les premières manifestations. L'école est accessible et associée au développement, non à la maladie.

Les écoles sont de plus en plus envahies par des programmes et activités ponctuelles, non coordonnés, non intégrés à sa vie ou sa culture et qui disparaissent l'année suivante. Ces programmes et activités, subventionnés en grande majorité par l'État, ne sont pas issus d'une action concertée avec les services déjà existants; toutefois ils semblent témoigner de la pertinence d'offrir les services là où se trouvent tous les jeunes québécois âgés entre cinq et seize ans, dix mois par année.

Dryfoos dans son volume «Full-Service Schools» note un consensus qui émerge des experts qui amorcent les réformes de l'Éducation, de la Santé, des Services sociaux quant



à la nécessité d'établir des services unifiés, multidimensionnels, centrés sur les besoins du client, appropriés au niveau développemental et prenant en compte la dimension culturelle. Les services offerts actuellement aux jeunes à risques sont fragmentés. Cette fragmentation est attribuable aux multiples programmes relevant de plusieurs organismes gouvernementaux ou privés, avec leurs politiques, leurs visées, leurs ressources financières et humaines respectives. Elle occasionne le dédoublement de certains services d'une part et l'absence de services essentiels d'autre part. L'intégration des services veut corriger cette situation. Dryfoos relate comment des gestionnaires habiles ont su favoriser l'intégration des services tout en utilisant du financement provenant de sources diverses. Trois exemples d'écoles multi-services sont décrits afin d'illustrer comment différents milieux ont développé des services mieux coordonnés et plus complets. Dans tous les cas, les responsables ont dû modifier leurs pratiques, faire preuve de créativité, regrouper des ressources financières et créer de nouveaux partenariats. Deux programmes québécois sont cités à titre d'exemples de nouvelles pratiques et de partenariats réussis.

Réorganiser des services afin de les rendre plus complets, plus efficaces et plus accessibles exigent des aménagements administratifs. Crowson et Boyd (1993) ont fait une recension des écrits qui analysent les importantes contraintes interférant avec toute modification des relations entre l'école et la communauté. Ils décrivent les conditions favorables à la mise en place de services intégrés.

Enfin un modèle d'organisation repose sur une conception de l'être humain et de son fonctionnement. Plusieurs valeurs sont en cause : la démocratie, la coopération, l'utilisation rationnelle des ressources, la prévention, l'apport de la recherche scientifique. De ces valeurs découlent des attitudes de base et des principes d'action essentiels à la réussite de toute réforme sociale.

PROPOSITIONS ET SOUHAITS DE L'AQPS

Parmi ces modèles l'AQPS privilégie le modèle d'organisation *Services offerts par plusieurs réseaux et organismes en concertation avec l'école*.

Dans un tel contexte, l'AQPS propose que l'école devienne le site privilégié où seront dispensés les services aux jeunes et à leurs familles.

L'AQPS croit qu'il s'agit là d'un choix logique et incontournable. Nous constatons trop souvent cependant au Québec la tendance inverse : plusieurs gestionnaires de commissions scolaires abolissent des services, donc se départissent de personnel professionnel pour absorber les compressions budgétaires auxquelles ils font face.

L'AQPS croit que les gestionnaires doivent penser à concentrer les services dans les écoles

et à les augmenter en rapatriant les ressources monétaires et humaines nécessaires à leur organisation et à leur mise en application.

L'AQPS propose que les commissions scolaires prennent le leadership en établissant des modalités de partenariats qui assureraient des services intégrés et de qualité aux enfants d'âge scolaire en allant au-delà des conceptions, des structures et des modalités de gestion actuelles.

L'AQPS propose que les commissions scolaires fassent reconnaître les services qu'elles donnent déjà à la communauté par le biais de leurs services complémentaires et que ces services reçoivent le financement requis. Ainsi elles pourront revendiquer les subventions accordées à certains programmes en provenance d'autres ministères et éviter la fragmentation et le dédoublement de services.

L'AQPS propose que le ministre de l'Éducation mette sur pied le groupe de travail recommandé par le Conseil supérieur de l'éducation. Ce groupe de travail apporterait une contribution essentielle aux travaux de révision de l'entente MÉQ-MSSS.

L'AQPS émet enfin le souhait que les Conseils d'établissements des écoles soient très vigilants lors de l'approbation des plans d'actions proposés par le directeur d'école dans le cadre des services complémentaires déterminés par la commissions scolaire ou prévus dans une entente conclue par cette dernière (art.88). Les conseils d'établissements doivent s'assurer que toutes les activités offertes dans leurs écoles contribuent à la réussite scolaire des élèves et que ces activités soient offertes par des professionnels qui assureront le suivi des interventions. Les Conseils d'établissements doivent «ancrer les services complémentaires dans les projets éducatifs des écoles et en faire état dans leur rapport annuel» (CSE 1998).

Résumé de «*La psychologie scolaire et les services complémentaires. Nouveaux modèles d'organisation*». Rédigé par Nancy Turcot-Lefort et Jean-Marie Michaud pour le conseil d'administration de l'Association Québécoise des Psychologues Scolaires. Avril 1999



BERTRAND, ROGER
BLAIS, RICHARD
LAROUCHE, RENÉ

Ce mémoire invite la Commission à se pencher sur les avenues de solutions les plus porteuses pour l'avenir du système de santé au Québec, en s'intéressant tout aussi prioritairement à l'envers de la médaille, à cette face malheureusement toujours cachée du vaste secteur de la santé que sont la promotion et la prévention. Nous en expliquons les raisons et donnons deux exemples de solutions pouvant soulager la pression sur le système curatif.

La qualité, l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux ne constituent qu'une partie des manières de contrer la maladie, les pertes de jouissance de la vie ou les décès prématurés. Au point où nous en sommes, les gains les plus importants en matière de santé proviendront certainement des changements que nous pourrons provoquer dans nos habitudes de vie et notre environnement. Il faut bien soigner la maladie et le mal-être de la meilleure façon possible. Mais passé un certain niveau d'investissement de ce côté, le rendement d'injections additionnelles devient marginal, les gains les plus importants provenant alors de la promotion et de la prévention en matière de santé et de mieux-être.

Quand on sait que 50 % des décès prématurés et des maladies peuvent être attribués à un style de vie peu sain ou qu'alternativement, la santé est influencée à plus de 50 % par les seuls modes de vie, contre à peine plus de 10 % pour le système des services de santé, il est difficile de réaliser qu'aucun État au monde n'a encore pris courageusement le virage santé publique, promotion et prévention.

Si les modes de vie ont une telle importance sur la santé et le mieux-être, il importe que l'on s'y intéresse prioritairement. L'indication doit venir de haut et interpeller plusieurs secteurs, dont l'éducation au premier titre. L'approche doit être « populationnelle » et tout à la fois, viser chaque personne.

La bonne santé n'est pas seulement une question de chance, c'est tout aussi, sinon davantage, la conséquence directe d'un mode de vie qui découle d'un ensemble de choix : s'alimenter de façon équilibrée, faire régulièrement un sain exercice physique, apprendre à gérer les stress, s'abstenir de fumer, mener une vie sexuelle saine, consommer des boissons alcooliques de façon modérée, éviter les drogues, dormir suffisamment, ne pas oublier l'hygiène corporelle, prévenir les blessures à la maison, au travail, conduire de façon sécuritaire, être capables de dispenser les premiers soins en cas d'urgence, et le reste.

Les options ne manquent pas. Nous suggérons deux mesures à titre d'exemples: des ÉCOLES EN SANTÉ et une mesure fiscale incitant à la pratique d'une saine activité physique.

Sans nier la nécessité de résoudre certains problèmes d'organisation et de financement à court terme du côté curatif, nous sommes convaincus que les mesures présentées dans ce mémoire, ou d'autres de cet ordre, sont les plus porteuses pour l'avenir et qu'elles peuvent véritablement contribuer à réduire les pressions constantes, voire insoutenables, qui caractérisent le système public de santé et de services sociaux.

Qu'on accorde donc enfin à la prévention et la promotion la place qu'elles devraient logiquement occuper dans l'éventail des solutions aux problèmes de notre système public de santé et de services sociaux tout en réservant aussi aux approches curatives l'espace nécessaire, pas plus, pas moins.

La « santé » est un sujet chaud, sensible politiquement. L'agenda des partis politiques, toutes tendances confondues, les perspectives d'élections, incitent invariablement les oppositions officielles à monter en épingle les cas les plus susceptibles de faire mal paraître les gouvernements. On réclamera davantage de ressources là où sont en apparence les solutions, aidés en cela par les milieux les plus susceptibles d'en profiter directement, ceux-là même qu'on appelle « les acteurs du réseau ». On en viendra à faire croire que l'ensemble du système va mal, alors que les utilisateurs des services sont en écrasante majorité satisfaits des services reçus. Ceux et celles qui sont réputés ne pas avoir utilisé les services publics de santé et de services sociaux deviennent rapidement inquiets, insatisfaits des services, ils régleront bien les comptes au prochain rendez-vous électoral.

Certains acteurs du réseau et certains acteurs politiques ne se conduisent-ils pas alors en citoyens carrément irresponsables? Quand, par calcul professionnel ou politique, on risque de provoquer la perte d'un système de solidarité sociale aussi fantastique que celui que nous possédons et que nos prédécesseurs nous ont légué avec confiance, quelque chose ne fonctionne plus dans la Cité. Que devrions-nous en conséquence réformer : le fonctionnement du système de santé ou celui du système politique? Peut-être les deux.

Nous avons toutes les ressources nécessaires, humaines, matérielles et financières, pour réussir. Ne manquerait-il qu'un peu plus de sens des responsabilités chez certains des principaux acteurs, qu'une bonne dose de volonté, de discernement, de vision, et qu'une indication claire au plus haut niveau de notre société quant à la direction à prendre et aux moyens à mettre en œuvre?



LES AUTEURS DU MÉMOIRE

ROGER BERTRAND

Élu député de la circonscription de Portneuf à l'Assemblée nationale du Québec le 5 juillet 1993, réélu le 12 septembre 1994 et le 30 novembre 1998. Président de l'Assemblée nationale (1994-1996), ministre délégué au Revenu (1996-1997), ministre délégué à l'Industrie et au Commerce (1997-1998), ministre responsable des Services gouvernementaux et vice-président du Conseil du trésor (1998), président de la commission des Institutions (depuis le 4 mars 1999). Antérieurement, monsieur Bertrand a notamment assumé les postes suivants : directeur général de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (1988-1993), vice-président de la Commission Rochon (1985-1987) et directeur des programmes sociaux et de santé au Conseil du trésor du Québec (1980-1984).

RENÉ LAROCHE, Ph.D.

Professeur titulaire, Université Laval. Docteur en sociologie, il est reconnu comme un spécialiste de l'analyse systémique suite à une formation universitaire sur différents aspects des sciences humaines et sociales, ainsi que des sciences de l'éducation et des sciences biologiques. Directeur du Département d'éducation physique (1998-2000) de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval. Président de la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉÉPEQ) (1992-1997).

RICHARD BLAIS

Diplômé en éducation physique de l'Université Laval en 1976, professeur d'éducation physique au niveau secondaire et collégial (1976-1979), directeur technique et gérant de succursales pour Nautilus Plus (1979-1983), directeur général de Nautilus Plus (1983-1990) et président et chef de la direction des entreprises Nautilus Plus (1990-...). Monsieur Blais est aussi membre du comité aviseur du « Canadian Fitness Magazine », il a représenté son entreprise comme membre corporatif à tous les congrès de l'IHRSA (International Health Racquet and Sportsclubs Association) depuis 1984 et a siégé sur le conseil d'administration de la Fondation des maladies du cœur du Québec de 1997 à 1999. Son entreprise est accrédité par la SCPE (Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice).

BUREAU, YVON

Président Responsable jusqu'à la fin 1986-1996

Les impacts humains et financiers de l'intégration des directives anticipées de fin de vie

Ce qui suit revêt, tant pour les usagers et les partenaires de votre réseau que pour moi, énormément d'importance. Nous sommes, avec d'autres, pleinement convaincus que de procéder à une intégration cohérente et harmonieuse des directives anticipées de fin de vie (*testament biologique*), aura des impacts humains et financiers majeurs, tant pour le réseau que pour la population. Des études démontrent, en effet, que près du tiers du budget annuel de la santé irait pour les trois derniers mois de la vie des personnes. Certaines études soulignent que lorsque les directives anticipées de fin de vie sont intégrées au processus de dispensation de soins, l'agonie des mourants serait de 50% moins longue et l'utilisation des traitements disponibles serait d'environ trois fois moins élevée. Si l'impact financier est de taille, et il l'est, il n'est pourtant qu'une retombée positive secondaire comparativement à l'impact humain et social qu'ont ces directives en matière d'acharnement thérapeutique et de responsabilisation personnelle et collective.

En 1989, le législateur modifiait le *Code civil du Québec*, faisant ainsi en sorte que le mandat en prévision de l'incapacité et les directives anticipées de fin de vie (*testament biologique*) deviennent des compléments essentiels l'un de l'autre. Les usages ont fait un peu plus et l'on peut avancer, aujourd'hui, que le mandat en prévision de l'incapacité est devenu le complément des directives anticipées de fin de vie (*testament biologique*), plutôt que l'inverse. Les réticences et les craintes du début quant à l'existence de ce dernier document ont disparu, pour désormais faire place au consensus, autour de la nécessaire responsabilité de la personne concernée, et à la reconnaissance de l'instrument, les directives anticipées de fin de vie (*testament biologique*). Consensus et reconnaissance qui se manifestent, tant sur les plans juridique qu'éthique par des avis émis par de nombreux comités de bioéthique, des codes d'éthique et des documents d'accueil de centres hospitaliers, des formulaires d'évaluation en soins infirmiers, des normes d'agrément et des plans de soins informatisés en voie de réalisation.

Cependant, le consensus et la reconnaissance ont fait naître des attentes passives chez les usagers et les intervenants et il nous faut maintenant atteindre l'objectif essentiel qu'est l'intégration de ces volontés de fin de vie dans le processus de dispensation des soins et des services de santé. Nous croyons qu'il incombe désormais aux établissements et aux ordres professionnels concernés de réaliser pleinement l'intégration des volontés de fin de vie.

Pour atteindre cet objectif ultime, nous vous demandons de confier, au début de l'année



2000, à un groupe de travail, un mandat en trois volets qui consisterait à : **1)** inventorier et répertorier les pratiques et les initiatives actuelles d'intégration dans les établissements de votre association; **2)** réunir leurs directeurs(trices) des services professionnels et des soins infirmiers, et aussi des représentants des regroupements de personnes âgées, des groupes communautaires et des ordres professionnels concernés afin **3)** de vous présenter, Monsieur le président, dans le plus bref délai, des mécanismes permettant l'intégration réelle des directives anticipées de fin de vie.

Jusqu'au 30 juin 1996, le projet de promotion et d'éducation avait été supporté par la Fondation Responsable jusqu'à la fin. Cet organisme, après dix ans de vie active et fructueuse, a mis officiellement un terme à ses activités et à son existence, avec dignité et avec fierté devant le travail accompli et les objectifs atteints. Si nous avons mis fin à ce travail c'est que notre prévision est à l'effet que les personnes assumeront de plus en plus la responsabilité de leur fin de vie, ayant en mains les moyens pour exercer leurs droits et assumer leurs responsabilités. Nous croyons cependant que cette prévision est tributaire de l'intégration des directives anticipées de fin de vie afin de permettre un tel exercice, en tout respect pour les personnes qui terminent leur vie, leurs proches et les soignants qui les accompagnent. Officieusement, la Fondation Responsable jusqu'à la fin aura enfin atteint pleinement ses objectifs et pourra se retirer en toute quiétude.

La prévention, la responsabilisation et l'éducation des personnes en fin de vie, sont au coeur de nos préoccupations et cela pour le bien-être et le meilleur intérêt de tous au cours de cette étape cruciale de la vie. Qu'il y ait une retombée financière importante ne doit pas porter ombrage à l'essentiel qui est de pouvoir terminer sa vie dans la dignité, le respect et la fierté.

Nous demandons enfin une politique non sur la fin de la vie mais sur la PERSONNE en fin de vie; la personne se doit d'être au coeur et au contrôle de la fin de sa vie. Des milliards sont en jeu. Un débat de société s'impose. Si la vie n'a pas de prix, la fin de la vie en a tout un ! sur tous les plans. INVESTISSONS plus dans les CLSC pour faciliter le mourir à domicile, tout au moins le préparer. Toute intervention chirurgicale importante se doit d'être précédée de directives anticipées de fin de vie au cas où ... Tout plan d'intervention ou de soins doit aussi les contenir. La lucidité d'une personne est toute une richesse; à elle et à nous d'en profiter. Cela a bien meilleur goût et coût !

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AU PLAINTES (Nord-du-Québec)

Le Centre d'Assistance et d'Accompagnement aux Plaintes – Nord-du-Québec désire souligner aux membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux l'importance de replacer l'utilisateur et le respect de ses droits au cœur du système de santé dont il est de plus en plus exclu. On se plaît à essayer de convaincre l'utilisateur demeurant dans une région éloignée qu'il a droit à l'accessibilité, à la gratuité et à la continuité des services. Dans les faits cependant, ces belles valeurs sont de moins en moins concrètes dans les régions éloignées.

Peut-on parler d'accessibilité alors que, pour des traitements spécialisés, le soutien financier apporté à l'utilisateur des régions éloignées est si déficient et que celui-ci, déjà dans une condition fragile de santé, doit prévoir disposer des moyens financiers de plus en plus importants s'il veut recevoir des soins spécialisés ?

Peut-on parler d'accessibilité alors que l'utilisateur ne peut avoir droit au spécialiste de son choix sans risquer de perdre le maigre soutien financier prévu par la Politique de déplacement des bénéficiaires établie par le ministère de la santé et des services sociaux. Tous sont unanimes à reconnaître que cette politique offre un soutien ridicule en rapport des besoins réels des populations des régions éloignées.

Peut-on parler d'accessibilité alors que les « corridors de services » sont souvent fermés unilatéralement par l'organisation recevant les budgets pour le faire, mais qui décide de ne pas les offrir ou encore de les limiter ?

Peut-on parler de gratuité des services lorsque pour recevoir des traitements spécialisés, aucune aide financière n'est accordée pour l'utilisateur demeurant à moins de 250 kilomètres de l'établissement devant lui offrir des services ?

On a vu et on continue de voir des gens retarder leurs traitements et attendre d'être plusieurs d'une même localité à devoir se déplacer dans le but d'amortir le coût de ces déplacements. On a vu des usagers retarder leurs traitements parce que les coûts de déplacement, d'hébergement et d'alimentation devenaient trop lourds pour leur famille.

Y aura-t-il, un jour, quelqu'un qui pourra écouter les doléances des usagers, qui n'ont pas droit à l'accessibilité, à la gratuité et à la continuité des services de santé s'ils demeurent en régions éloignées ?

La Loi sur les services de santé et les services sociaux énumère une série de droits de l'utilisateur, mais la volonté d'entendre l'utilisateur sur le non respect de ses droits reste encore à prouver.



Nous reconnaissons qu'il existe un problème important d'organisation des services de base et des services spécialisés. Qu'il existe également un problème structurel important de financement du système de services sociaux. Que faire ? Quand le faire ? Comment le faire ?

Chacun a sa petite ou grande idée mais il importe de se rappeler que l'utilisateur doit demeurer au centre du système de santé et des services sociaux. Que l'accessibilité et la gratuité aux soins et services doit demeurer et même être améliorée pour l'utilisateur demeurant dans une région éloignée.

Les propositions du Centre d'Assistance et d'Accompagnement aux Plaintes de la région Nord-du-Québec :

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux revoise sa Politique de déplacement des bénéficiaires en tenant compte de toutes les dépenses qui doivent être engagées par l'utilisateur lorsqu'il doit se déplacer dans un centre spécialisé afin d'y recevoir les soins de santé nécessaires et souvent répétitifs, qu'il s'agisse du déplacement, de l'hébergement ou des frais d'alimentation.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux permette l'utilisation des parcs immobiliers présentement disponibles dans les grands centres afin d'héberger l'utilisateur et son accompagnateur résidant dans une région éloignée et ce, à coût très minime.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure, s'il désire aller plus loin dans sa volonté de mettre sur pied un dossier clinique informatisé par patient, que l'utilisateur restera maître d'en donner ou refuser l'accès, que les règles de protection des renseignements personnels seront respectées et que les renseignements contenus au dossier ne seront pas transmissibles à d'autres ministères.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux développe l'accès aux CLSC en permettant à l'utilisateur de s'y présenter le jour, le soir et les fins de semaines. Ceci favoriserait certainement le désengorgement des urgences.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux permette à l'utilisateur de connaître ses droits tels que décrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que les différents recours possibles afin de faire respecter ses droits.
- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en respect avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, permette à l'utilisateur de connaître l'existence des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, leur mandat, leurs services et qu'il permette à ces organismes de remplir adéquatement le mandat qui leur a été confié.

CHAMBRE DE COMMERCE DE BAIE-COMEAU

Il découle de ces remarques, que notre système de santé a besoin pour atteindre son objectif d'une véritable révolution. Cette révolution implique une modification profonde de la Loi canadienne sur la santé et des lois du travail du Québec.

Parmi les cinq principes à la base de la Loi canadienne sur la santé (gestion publique, intégralité universalité, accessibilité et transférabilité), s'ils souhaitent vraiment un système de santé efficace, les gouvernements doivent abandonner le premier de ces principes : la gestion publique ou, dirons-nous, la gestion « fonctionnarisée ». Si une bataille doit être menée contre le gouvernement fédéral, c'est celle d'un changement radical de la Loi sur la santé à cet égard.

La Chambre de commerce de Baie-Comeau salue et se réjouit de l'entente fédérale - provinciale intervenue pour le financement de la santé. Mais, si les gouvernements gardent leur approche traditionnelle, ils ne pourront que multiplier davantage les contraintes sur le système ce qui ne fera qu'allonger les files d'attente et diminuer l'efficacité. Pomper des milliards de dollars en plus dans un système aussi inefficace ne fera que reporter le problème.

Notre système de santé est ruineux et inefficace. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé concluait en ce sens, dans son « Rapport 2000 sur la santé dans le monde » présenté en juin dernier, en indiquant que le Canada avait une piètre performance relative - arrivant même au 30^e rang derrière des pays comme Malte, Oman ou le Maroc - parce que son système de santé coûtait plus cher que ceux en vigueur en France ou en Italie qui, eux, occupaient les deux premières positions du palmarès.

La nouvelle entente fédérale - provinciale sur la santé permettra certes d'améliorer certains services trop durement frappés par les coupures budgétaires. Mais il faudrait profiter de ce réaligement budgétaire pour s'engager dans une réforme de la gestion des soins axée sur le service à la clientèle. Pour éviter un dérapage des coûts, la Chambre de commerce de Baie-Comeau propose que cette réorganisation se fasse à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire dont la croissance des coûts à long terme n'excédera pas le taux d'augmentation des prix à la consommation.

Recommandations

La Chambre de commerce de Baie-Comeau recommande :

- Que l'on élargisse les horaires de travail, que l'on adopte des mesures spéciales et que l'on négocie des mesures incitatives pour convaincre plus de médecins et de personnels qualifiés de s'établir dans les régions connaissant d'importantes



pénuries de ce type de professionnels; et

- Que l'on recourt davantage au secteur privé pour donner des services de support - buanderie, cafétéria, entretien, archivage de dossiers, etc. - et des services spécialisés lorsque les hôpitaux ne sont pas en mesure de donner ces soins dans des délais raisonnables.
- Que l'objectif du système de santé soit centré autour du principe suivant : « *Que toute personne qui est malade puisse être soignée selon les règles de l'art* »
- Que le gouvernement du Québec informe davantage la population à l'égard du coût des services de santé pour démontrer que la « gratuité » a un prix élevé : 2 000 dollars par personne;
- Que le gouvernement et les gestionnaires du réseau de la santé s'attaquent aux contraintes qu'impose la « *gestion publique* » du système;
- Que l'on écarte les scénarios impliquant des augmentations d'impôts et de taxes afin de maintenir le cap sur l'objectif fondamental de réduction du fardeau fiscal des Québécois et des Québécoises;
- Que l'on s'assure qu'une fois les ajustements de base réalisés, que la croissance des budgets à long terme ne dépasse pas le taux d'inflation;
- Que l'on reconsidère l'hypothèse d'utiliser le ticket modérateur ou la tarification de certains services, mais seulement dans une optique de mieux gérer le système, et non pour gonfler les coffres de l'État;
- Que l'on renégocie avec les syndicats des horaires de travail plus flexibles et de nouveaux quarts de travail là où il existe des listes d'attente trop longues.

CHAMBRE DE COMMERCE DU QUÉBEC

Notre système de santé agonise et s'il tient toujours debout, ce n'est que par la bonne volonté des professionnels de la santé qui y travaillent quotidiennement. Cette situation ne pourra durer bien longtemps et il est urgent, pour la Chambre de commerce du Québec, de revoir les façons de faire dans un système de santé rendu inefficace en raison de deux contraintes majeures : la «gratuité» des services et la gestion publique du système.

Dans son mémoire, la Chambre indique d'abord que la «gratuité» est une vue de l'esprit. Il en coûte en effet environ 3 000 \$ par habitant et 4 500 \$ par contribuable. À ce montant s'ajoutent des dépenses privées de l'ordre de 1 300 à 1 500\$ par habitant pour répondre aux besoins non-couverts par le secteur public. C'est donc dire que chaque Québécois et Québécoise dépense approximativement 4 500\$ annuellement pour avoir une couverture de soins de santé de base. Cette lourde prime d'assurance équivaut à peu de choses près au revenu par habitant d'autres pays membres de l'OCDE comme le Mexique, la Hongrie ou la Pologne. De plus, la Chambre rappelle que les entreprises du Québec contribuent pour plus de 8 milliards de dollars au Fonds consolidé, notamment par une taxe de 3,5 % sur la masse salariale rapportant plus de 4 milliards de dollars – unique au Québec – appelée Contribution au Fonds des services de santé. Dans un contexte où les contribuables québécois sont les plus taxés en Amérique du Nord, la Chambre de commerce du Québec a clairement indiqué qu'il ne saurait être question d'augmenter les taxes et les impôts pour accroître le financement du système de santé.

La gestion du système de santé par des fonctionnaires, notamment le système hospitalier, est la seconde grande contrainte étranglant le système. N'ayant pas le repère du bénéficiaire pour mesurer l'efficacité de leur gestion et contrôler leurs coûts, avec les années, les fonctionnaires ont multiplié les politiques, les procédures, les contrôles, les règles et les structures de toute sorte.

Le résultat est patent. Il est impossible de sous-traiter des services, nous sommes confrontés à l'ancienneté mur à mur, la description des tâches est tatillonne, les horaires sont inflexibles et, en bout de ligne, les coûts explosent. Pour la Chambre de commerce du Québec, il faut faire sauter ces verrous. En conséquence, elle propose de rentabiliser pleinement les équipements, de recourir au ticket modérateur ou à la tarification de certains services, et de faire appel au secteur privé pour donner des services de support et des services spécialisés lorsque les hôpitaux ne sont pas en mesure de donner ces soins dans des délais raisonnables.

Enfin, afin d'améliorer l'accès aux soins dans les régions connaissant d'importantes pénuries, la Chambre de commerce du Québec a repris certaines propositions de



chambres de commerce locales et régionales en proposant des mesures pour élargir des horaires de travail, pour convaincre plus de médecins à s'établir en régions et pour répondre aux urgences dans ces régions. En somme, il faut inverser la pratique actuelle consistant à diriger les patients vers l'offre de services (Ex. aller aux États-Unis pour obtenir des soins de santé) pour la remplacer par un mécanisme de marché obligeant l'offre de services à s'adapter localement à la demande. Pour la Chambre de commerce du Québec, ce n'est pas en ajoutant seulement de l'argent dans notre système que nous y arriverons mais bien en rendant le système plus concurrentiel et donc plus efficace.

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE

L'économie sociale permet de définir et promouvoir l'intérêt collectif sans l'enclaver à l'intérieur du secteur public. Elle demeure à plusieurs égards une alternative collective à l'entreprise privée pour le développement de certains secteurs d'activités, là où l'État n'intervient pas directement dans la dispensation de services.

Le développement rapide du réseau des entreprises d'aide domestique sur tout le territoire québécois démontre le potentiel énorme de l'économie sociale dans sa capacité de répondre à l'intérêt collectif en mobilisant les forces vives de la société civile.

PAS DE SUBSTITUTION D'EMPLOIS

Alors qu'en 1990-1991, 226 922 visites à domicile (environ 700 000 heures de services) ont été effectuées auprès de 27 508 clients par plus de 2 000 prestataires de l'aide sociale sur des Programmes Extra, aujourd'hui, quatre ans après le Sommet, 101 entreprises (organismes à but non lucratif et coopératives) ont dispensé plus de 3 millions d'heures de services auprès de 35 000 clients, tout en ayant créé 3 800 emplois.

Soyons clair et net : La création d'entreprises d'économie sociale a eu un effet structurant qui garantit désormais une augmentation considérable de services, une offre de services de qualité, arrimée à ceux des CLSC et qui a permis de créer des milliers d'emplois durables pour des gens autrefois piégés dans le cercle vicieux de programmes d'employabilité ou contraints de travailler au noir.

PERENNISATION DES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE

Si après seulement quatre ans, on constate un tel développement, il est tout à fait réaliste de croire qu'une pérennisation et une bonification de la politique actuelle permettra à la collectivité québécoise de se doter d'une infrastructure de services complémentaires au secteur public qui garantira tant la qualité des services que la qualité des emplois, et ce, dans la poursuite de l'intérêt général.

Il est essentiel, par ailleurs, que le ministère de la Santé et des Services sociaux définisse clairement l'offre de services publics en maintien à domicile ; qu'il se dote d'une politique de maintien à domicile qui permet une clarification des rôles et une cohérence des pratiques sur tout le territoire québécois.

LES DANGERS DU GRÉ À GRÉ

En effet, il nous semble que l'offre de services de gré à gré, en matière de services à



domicile, bien qu'elle peut sembler à priori une solution facile, est une solution lourde de conséquences à la longue. Elle constitue un risque pour les clientèles en perte d'autonomie, vieillissantes ou handicapées car ils deviennent eux-mêmes employeurs, avec la lourde responsabilité d'assurer le contrôle de qualité, la supervision et même les modalités de paiement. En ce sens, le gré à gré ne peut aucunement constituer une réponse généralisée pour la société québécoise, qui se doit d'assurer une infrastructure collective sur laquelle elle possède les instruments de contrôle de qualité et de coûts.

De plus, le gré à gré pose un problème important en terme de qualité des emplois, laissant les travailleuses et travailleurs dans des conditions précaires et sans protection même si ces personnes assument des responsabilités importantes pour la collectivité québécoise. Pour ces raisons, nous soulignons l'importance de maximiser le recours à des entreprises d'économie sociale, garantes par leur mission et leur structure de l'intérêt collectif.

ABOLITION DU CRÉDIT D'IMPÔT

Le crédit d'impôt, mesure annoncée lors du dernier budget et justifiée par le fait que les CLSC ne peuvent offrir certains services, vient augmenter l'incohérence gouvernementale dans le financement de l'aide à domicile et favoriser la croissance d'un régime « à deux vitesses » pour les soins autres que les soins médicaux et hospitaliers.

INVESTISSEMENT MASSIF DANS LES SERVICES DE 1^{re} LIGNE

Le Chantier de l'économie sociale réitère, comme plusieurs intervenants le feront sûrement à l'occasion de la Commission sur les services de santé et services sociaux, la nécessité de solidifier les services de première ligne dans l'organisation des services au Québec et de maintenir la mission des CLSC en cette matière. Et pour ce faire, notre position demeure bien claire, nous demandons au gouvernement d'investir massivement dans les services de première ligne, incluant les services de maintien à domicile.

MAXIMISER LE RECOURS AUX ENTREPRISES D'AIDE DOMESTIQUE

Nous maintenons que ce n'est qu'en complémentarité des responsabilités publiques en matière de services de maintien à domicile qu'il faut développer et pérenniser les entreprises d'économie sociale en aide domestique.

Nous réaffirmons également que les services à domicile financés par l'État sur toutes ses formes (financement direct, fiscalité, etc.) doivent rester soit dans le domaine public soit dans le domaine de l'intérêt collectif, par un partenariat avec la société civile à travers les services offerts par les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires. En ce sens, nous demandons l'abolition du crédit d'impôt.

En terminant, le Chantier de l'économie sociale croit fermement qu'il faut maximiser le recours aux entreprises d'économie sociale, en matière de services à domicile. Nous demandons donc au gouvernement de renouveler le Programme d'exonération financière des services d'aide domestique afin d'en assurer la pérennité et ce, parce que ces entreprises collectives sont garantes, par leur mission et leur structure, de l'intérêt collectif.



COMITÉ AVISEUR DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME

Le Comité aviseur de l'action communautaire autonome a été mis sur pied par le mouvement communautaire autonome face à la création du Secrétariat à l'action communautaire autonome par le gouvernement québécois en 1995. Depuis la mise en branle du processus qui a mené au dépôt d'une proposition de politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, le Comité aviseur a joué un rôle conseil auprès du ministre de la Solidarité sociale en matière d'action communautaire autonome.

En raison de sa composition, le Comité aviseur représente plus de 150 regroupements et fédérations d'organismes d'action communautaire autonome actifs sur le plan national, régional ou local et rejoint quelque 4 000 groupes de base. Il constitue dès lors la plus importante structure de concertation du milieu communautaire québécois. Ces organisations œuvrent dans de multiples secteurs de l'action communautaire autonome : notamment en santé et services sociaux, en éducation populaire, environnement, action bénévole, consommation, ..., de même qu'auprès des femmes, des jeunes, des personnes handicapées, etc.

C'est à ce titre que nous jugeons important de faire parvenir à la commission le mémoire réalisé par le Comité aviseur dans le cadre de la consultation présidée par Gérald Larose sur la proposition de politique sur l'action communautaire, cela en tant que pièce au dossier de la consultation sur le financement et l'organisation des services sociaux et de santé.

Étant dans l'impossibilité de produire un mémoire spécifique portant sur le financement et l'organisation des services sociaux et de santé dans les délais impartis, notre demande est la suivante : que le mémoire du Comité aviseur puisse être considéré dans le cadre de cette consultation, en particulier pour les aspects traitant de la privatisation et du recours aux organismes communautaires.

En effet, nous avons pris connaissance des documents produits en appui à la consultation sous la responsabilité de Monsieur Michel Clair et nous nous étonnons de voir figurer à l'agenda de la commission des éléments fort structurants pour l'avenir des groupes d'action communautaire autonome oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux alors que se déroule au même moment une consultation publique sur une proposition de politique cadre en matière d'action communautaire.

Concernant le financement et la privatisation des services

Nous nous objectons à tout scénario qui prétendrait associer le «secteur communautaire» à la production de services publics à moindre coût, ainsi que le propose en page 10 le document intitulé «Financement : État de situation et Perspective».

Les défis que doit relever la société québécoise supposent à notre avis un recentrage majeur des politiques de l'État à partir d'une vision plus équilibrée du développement et d'un souci véritable de plus grande justice sociale et de redistribution de la richesse collective.

Il nous apparaît que la consultation présidée par Monsieur Michel Clair doit absolument prendre en compte la critique majeure faite dans la conjoncture actuelle par le mouvement communautaire autonome à l'endroit de la tendance manifeste du gouvernement du Québec à se désengager de ses responsabilités dans les services directs à la population et à recourir aux organismes communautaires en tant que fournisseurs de services publics, sans égard à leur mission et aux mandats confiés par leurs membres.

Par surcroît, dans les consultations en cours sur différents dossiers, le gouvernement ne semble pas avoir comme perspective d'appuyer de façon significative la réalisation de la mission des groupes par un financement de base adéquat. Au contraire, on tente bien plutôt d'arrimer l'action des organismes aux priorités de l'État dans une perspective de complémentarité avec le réseau public qui n'est pas celle des organismes d'action communautaire autonome.

Le Comité espère que le mémoire ci-joint permettra de mieux faire comprendre les aspirations des milieux communautaires autonomes, dont la mission fondamentale, qui vise la transformation sociale et la réappropriation par les citoyennes et les citoyens de leur pouvoir sur leur vie et environnement, ne saurait en aucun cas être attachée à celle du réseau.

Nous tenons à réitérer la position prise par le mouvement communautaire autonome en 1998 : «Nous affirmons que l'État québécois se doit de maintenir un réseau de services publics universels et gratuits ajustés aux réalités spécifiques des hommes et des femmes, permettant d'assurer aux citoyennes et aux citoyens l'accessibilité dans toutes les régions du Québec».

Rappelons en conclusion que le Comité aviseur réclame, avec l'ensemble du mouvement communautaire autonome, une véritable politique de reconnaissance et de financement de l'action communautaire autonome. Nous attendons du gouvernement québécois le respect de la consultation publique en cours sur la politique d'action communautaire et le report de toute décision pouvant interférer dans ce processus.



COMMISSION-JEUNESSE DU PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC

L'intérêt que la Commission-Jeunesse du Parti libéral du Québec porte au système de santé n'est pas nouveau. L'administration et le financement du réseau de santé occupent une grande place dans notre réflexion sur le modèle québécois entreprise au Congrès-Jeunes de 1999. Le mémoire déposé à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux trace donc les grandes lignes du constat de la Commission-Jeunesse du Parti libéral du Québec qui regroupe des jeunes âgés entre 16 et 25 ans.

La question de l'offre et de la demande de soins est en quelques sorte la trame de fond du mémoire et le pivot central de l'argumentation. On présente ainsi une offre de services publics de santé importante mais visiblement insuffisante face à une demande de plus en plus pressante. On présente l'augmentation des coûts unitaires de production des services et ses retombées. On s'inquiète également du vieillissement de la population québécoise et de l'augmentation massive des maladies dites chroniques. On en conclut à une pression trop forte sur le réseau. Pression qui, on le sait, paralyse les actions du réseau de santé et qui hypothèque grandement son avenir.

Au niveau de la remise en question de l'organisation du système de santé québécois, le mémoire présente une typologie du concept de la décentralisation pour expliquer les différentes avenues envisageables au niveau organisationnel et administratif. Aussi, le mémoire conclut à l'importance de limiter les dédoublements coûteux qui enlissent présentement le système de santé. La Commission-Jeunesse est favorable à une plus grande autonomie des établissements et demeure convaincue qu'une saine émulation entre les établissements est souhaitable. L'option du médecin de famille coordonnateur de services est par ailleurs retenue. Aussi, devant la pénurie de main-d'œuvre qui sévit présentement suite à différentes malheureuses manœuvres, la Commission-Jeunesse s'intéresse à la remise en question de certains actes professionnels et médicaux. Enfin, elle mentionne également l'importance d'assurer une relève adéquate avec l'aide de cohortes plus importantes de diplômés.

Au niveau du financement du réseau de santé, le mémoire présente les différents modèles de financement existant dans le monde industrialisé. Ainsi, on présente les modèles fiscalisés semblables au nôtre et ceux à assurances publiques et à dominante impôts. On explique également les motivations qui expliquent ainsi l'intervention de l'État dans l'administration de la santé publique. En réponse aux questions lancées par la Commission d'étude, la Commission-Jeunesse se positionne en faveur de l'impartition de certains services de support et de soutien, de la gestion et de la production privée de services ainsi que de la possibilité pour un individu de contribuer financièrement à sa consommation de services. Cette dernière position fait par ailleurs référence à une

proposition mainte fois présentée par la Commission-Jeunesse. Déjà l'an dernier, un débat sur la question avait animé l'aile jeunesse du Parti libéral du Québec.

Finalement, le mémoire insiste aussi sur le concept de l'éthique. Bien que cette question ne soit pas explicitement abordée par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Commission-Jeunesse y consacre une rubrique. Devant les limites de l'offre de services et du financement de leur réseau, certains États ont évoqué la possibilité de réduire l'accessibilité des soins aux individus ayant des comportements à risque pour leur santé. La Commission-Jeunesse se refuse à ce genre d'exercice. Aussi, le mémoire présente l'intérêt des jeunes libéraux du Québec pour l'instauration d'une charte des patients enchâssant les droits des individus. Ainsi, on pourrait éviter des choix aléatoires de clientèle et garantir à tous une accessibilité raisonnable aux soins et aux services et ce, même dans un contexte de financement difficile.



CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC

Notre système de santé fait face à une équation impossible entre les ressources limitées et une pression énorme provenant de besoins croissants, tant liés au développement des technologies qu'au vieillissement de la population. Nous connaissons tous l'ampleur des défis auxquels nous faisons face. Il n'y a pas lieu de s'étendre sur ce sujet, bien au contraire. Aussi, l'énoncé de position du Conseil du patronat du Québec présente-t-il des réponses à un certain nombre de questions posées par la Commission Clair au chapitre de l'organisation des services et du financement de ceux-ci, pour conclure et proposer, de façon intégrée, ce qui pourrait être un modèle québécois souhaitable en matière de santé.

Nous voulons apporter notre contribution au débat en fonction de la perspective du milieu des affaires, qui a comme souci de rentabiliser l'allocation des ressources que le gouvernement consacre au système de santé de façon à ce que les membres de la société québécoise puissent en bénéficier au maximum, tant individuellement que collectivement. Car si notre système de santé devient performant, nous pourrions gérer nos ressources financières autrement qu'en épongeant des déficits.

L'argent ainsi épargné servira au développement dans ce secteur ou dans d'autres. La confiance renouvelée que nous ressentirons à l'égard de notre système de santé et la fierté que nous en retirerons attireront inéluctablement des investisseurs et leurs employés pour qui la santé et l'éducation comptent autant que des avantages fiscaux lorsqu'il s'agit de faire le choix d'implanter une entreprise dans une région donnée.

Nous croyons sincèrement qu'en misant sur le dynamisme de tous les intervenants en santé et en remettant au patient la liberté de choisir, en ramenant l'État dans ses dimensions essentielles et en prenant le virage de la productivité, le système de santé québécois pourra se retrouver parmi les meilleurs au monde pour, éventuellement, être cité en exemple.

L'organisation des services

Les services de 1^{re} ligne doivent être intégrés et bien coordonnés entre les différents professionnels de la santé et entre les établissements.

Des systèmes sophistiqués d'information en matière de santé doivent avoir une perspective axée sur la population, tenir compte d'un large éventail de déterminants de la santé et considérer le système dans son ensemble. Les données doivent être saisies au niveau de l'intervention du soignant auprès du patient afin de suivre ce dernier après une maladie et pour être en mesure d'assurer la qualité et la rapidité des services.

Il faut revoir l'organisation du travail clinique tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire ou de clinique privée, dans le but d'optimiser les ressources humaines. Par exemple, les pratiques médicales doivent être redéfinies pour permettre aux infirmières de dispenser beaucoup plus de soins de première ligne.

De plus un réexamen du système professionnel dans le domaine de la santé doit être amorcé pour favoriser la complémentarité et la cohésion entre les disciplines et les spécialités.

Quels que soient les modes de fonctionnement et d'organisation choisis, il faut que le système soit construit en partant de la base, c'est-à-dire du patient, puis ensuite son médecin de famille ou l'équipe de première ligne. Il faut repenser ainsi l'organisation des soins primaires en fonction d'un lien continu et d'une imputabilité reconnue envers le patient.

Il ne faut surtout pas penser à implanter des structures additionnelles; il faut plutôt tout mettre en œuvre pour rendre encore plus efficaces les acteurs principaux et leur permettre d'exercer au maximum leurs compétences et leurs capacités afin que notre système de santé dispense des soins appropriés et continus.

Il faut questionner l'établissement de conventions collectives « mur-à-mur » dont l'objet premier est de protéger les acquis avant de penser au patient.

Le financement

L'augmentation des coûts de système dépasse la capacité de payer et la population n'est pas prête à voir augmenter son fardeau fiscal ou, encore, sacrifier l'éducation ou d'autres dépenses gouvernementales jugées importantes à ses yeux.

Le CPQ rejette tout scénario visant à hausser les impôts ou à désassurer des services.

L'introduction de pratiques de gestion privée à l'intérieur d'un système public est un moyen d'accroître l'efficacité du système tout en maintenant une couverture universelle.

La sous-traitance de certains services hospitaliers doit entrer dans les mœurs. Que ce soit la buanderie, l'alimentation ou la radiologie (pour ne nommer que ceux-là), tous les services de support devraient être mis en concurrence avec le secteur privé s'il est démontré qu'en ce faisant, il est possible de diminuer les coûts et augmenter la qualité des services offerts aux patients.

Que l'enveloppe budgétaire déterminée par le gouvernement soit calculée sur l'exemple d'une majeure en « capitation » avec, en mineure, une enveloppe de base pour tenir compte des particularités des régions moins densément peuplées.



CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Les Québécoises se sentent très concernées par l'avenir de notre système de santé et des services sociaux. En effet, leur fonction reproductive, leur rôle social au sein de la famille et leur longévité relative les amènent à entrer fréquemment en interrelation avec le réseau socio-sanitaire. Disposant de ressources financières souvent inférieures à celles des hommes, elles sont donc attachées à un système où le besoin détermine l'accès aux services, et non la capacité de payer ou le statut. De plus, la récente mise en œuvre du virage ambulatoire a montré que toute modification dans le mode de dispensation des soins les affecte directement et de façon différente des hommes, que ce soit à titre de principales utilisatrices, de travailleuses et, surtout, d'aidantes.

Si l'on doit se montrer ouvert aux changements éventuels, le Conseil du statut de la femme estime, cependant, qu'il faut tout mettre en œuvre pour que les avenues de solution qui seront dégagées respectent les grands principes d'universalité, d'égalité d'accès et de solidarité dans le financement qui ont prévalu lors de la mise en place de notre réseau public. C'est sur ce grand principe que repose l'analyse du CSF.

Le premier chapitre est consacré aux questions sur le financement, dont celles que se pose la Commission. On ne peut laisser dans l'ombre les effets des récentes compressions budgétaires qui ont suscité, dans la population, de nombreux et sérieux motifs d'insatisfaction particulièrement en ce qui a trait à la difficulté d'accès aux services. Pour les femmes, les effets des désinvestissements ont été très préjudiciables comme l'a démontré notre récente étude sur le virage ambulatoire¹.

Le Conseil croit que l'heure est venue de réinvestir dans la santé. Le gouvernement a déjà fait des gestes en ce sens et la récente entente avec le gouvernement fédéral permettra d'aller plus loin. Mais à plus long terme, comment devra-t-on financer le système de santé ? La population continuant d'adhérer fortement aux principes d'accessibilité, d'universalité et de solidarité qui sont à la base de notre système, le CSF croit qu'il faut s'assurer que :

- des budgets suffisants, financés par les impôts généraux, soient affectés au secteur de la santé et des services sociaux pour permettre que des réformes conduisant à des soins de meilleure qualité et à un système plus efficace et efficient puissent être réalisées;
- la part du financement public dans l'ensemble des dépenses de santé ne diminue pas et que le Québec continue de consacrer un pourcentage significatif de sa richesse collective à son secteur socio-sanitaire.

¹ Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, (recherche et rédaction : Marie Moisan), Québec, le Conseil, 1999, 121 p. et Conseil du statut de la femme. *op.cit.*, mai 2000, 58 p.

Pour le CSF, les solutions doivent demeurer prioritairement dans le cadre d'un financement public et d'un contrôle public sur la production des services. Il rejette les solutions comme la désassurance de services, la contribution des usagers et la vente de services spécialisés aux non-résidents. Concernant la contribution des usagers, le Conseil, surtout à la lumière du virage ambulatoire, considère qu'elle représente un mode de financement moins progressif, peut représenter un frein à la consommation pour les personnes qui disposent de ressources insuffisantes, peut mener à un système à deux vitesses sans compter que cette solution est rarement efficace en tant que ticket modérateur. Par ailleurs, la vente de services de santé aux non-résidents serait une avenue pour le moins discutable dans la situation actuelle du réseau (files d'attente, essoufflement et pénurie du personnel, etc.); de plus, ce faisant, ne courrait-on pas le risque d'ouvrir ainsi le secteur de la santé à la concurrence américaine en transformant les services de santé en objet de commerce ? Les pressions pour la privatisation seraient alors très fortes.

La question de **l'allocation des ressources** fait l'objet du deuxième chapitre. Les solutions recherchées doivent être efficaces et efficientes et tenir compte non seulement des coûts prévus, mais également des résultats attendus. Le Conseil recommande des façons de tirer un meilleur parti des ressources investies tout en améliorant les services. Ceci dit, le CSF appuie le regroupement des enveloppes budgétaires et leur décentralisation dans les régions. Entre autres, les régies établiraient leurs priorités en matière de santé et de services sociaux, de santé publique, de prévention et de promotion de la santé. Elles devraient s'assurer que l'offre locale de soins et de services est adaptée aux besoins. Elles pourraient également jouer un rôle plus direct dans l'installation des médecins sur le territoire. Cependant, le CSF ne croit pas que les régions devraient obtenir un pouvoir de taxation propre qui leur permettrait de recueillir une partie de leurs budgets. Les régions étant très inégales sur le plan de la richesse, on ne ferait ainsi qu'accroître les inégalités sociales.

La question la plus délicate de ce chapitre concerne la privatisation possible de la gestion et de la production de services médicaux spécialisés ou hospitaliers. À cet égard, le CSF croit que le développement des services ambulatoires ne doit pas amener l'État à céder sa place dans le financement, la planification, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. Il doit en conséquence adapter ses infrastructures en développant les services externes de l'hôpital, en érigeant au besoin des centres ambulatoires publics et en équipant adéquatement les CLSC qui le nécessitent.

Le dernier chapitre porte sur **l'organisation des services**. Le Conseil insiste d'abord sur l'importance pour le Québec de se doter rapidement d'un véritable réseau de soins de base coordonné par des CLSC ouverts en tout temps, intégrant des équipes multidisciplinaires de première ligne au sein desquelles les infirmières praticiennes pourraient jouer un rôle important. Ce concept des équipes, fort intéressant, ne doit



cependant pas restreindre la liberté de choisir son professionnel traitant. Le CSF ne juge cependant pas opportun de leur confier des responsabilités financières notamment en termes d'achats de services. D'autre part, le Québec doit se donner une véritable stratégie concertée de prévention et de promotion de la santé qui prend en considération les conditions de vie différentes des hommes et des femmes. Enfin, au sujet des soins à domicile, le CSF réitère sa position qu'ils ne peuvent plus être basés sur le bénévolat des femmes aidantes mais doivent plutôt être financés et structurés adéquatement et professionnellement. Concernant plus particulièrement les soins aux personnes âgées, le CSF juge important de rappeler que ces personnes, qui sont majoritairement des femmes, constituent une clientèle vulnérable qui ne dispose pas toujours de l'énergie et des ressources nécessaires pour faire valoir ses droits. La privatisation éventuelle des services à domicile et d'hébergement pourrait même générer des iniquités en termes d'accès et de qualité de services.

CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE

Depuis plusieurs années, le Québec a fait des gains appréciables en matière de santé. Il a réussi, entre autres, à allonger l'espérance de vie et réduire les taux de mortalité infantile. Par ailleurs, il est indéniable qu'un certain nombre de jeunes québécois vivent encore des problèmes de santé physique tels la leucémie, les problèmes respiratoires, le diabète juvénile, les maladies infectieuses, etc. Des ressources doivent être consacrées et maintenues dans la résolution de ces difficultés. Cependant, les problèmes majeurs qui affectent les jeunes au Québec, comme dans la plupart des sociétés industrialisées, sont de nature psychosociale. De prime abord, ce qui surprend le plus, c'est l'ampleur démesurée des problèmes tels la détresse psychologique, le suicide, la délinquance, les troubles mentaux, la toxicomanie et la consommation abusive d'alcool, etc.

Depuis plus d'une dizaine d'années, l'état de santé des jeunes au Québec n'a cessé de se détériorer. Ainsi, malgré la publication de multiples rapports et politiques portant sur le sujet, le Québec n'a pas réussi à renverser les tendances négatives liées aux conditions de santé et de bien-être des jeunes.

Selon le Conseil permanent de la jeunesse (CPJ), la santé et le bien-être de toute une génération ont été lourdement affectés par des tendances sociales et économiques défavorables. Au cours des dernières décennies, plusieurs données démontrent clairement cette détérioration des conditions socioéconomiques des jeunes. De plus, une quantité importante d'études a fait état d'une persistance des écarts de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis. Cette relation entre la santé, le bien-être et le statut socioéconomique est désormais incontestable. En conséquence, il est clair qu'on ne peut penser sérieusement à améliorer les profils de santé et de bien-être des jeunes sans d'abord et avant tout améliorer leurs conditions socioéconomiques.

La persistance des inégalités sociales de la santé ainsi que l'augmentation des problèmes psychosociaux des enfants et des jeunes questionnent sérieusement l'efficacité d'un système de soins davantage orienté vers une réponse médicale, hospitalière et curative. Même si un courant social et préventif se dégage de manière évidente des rapports et politiques des dernières années, force est de constater que le secteur médico-hospitalier mobilise la part du lion des ressources du réseau sociosanitaire. Devant l'accumulation des faits, n'y a-t-il pas lieu de rééquilibrer la répartition de nos ressources ? La prévention des problèmes sociaux des jeunes doit devenir une priorité du système de soins.

Enfin, au-delà d'une action en amont des problèmes, il ne faut pas non plus omettre les actions visant les jeunes qui éprouvent des difficultés majeures. Leurs problèmes s'expliquent, également, par un système de services d'aide comportant de graves lacunes. Il faut investir dans les services sociaux à la jeunesse, en assurant



particulièrement des effectifs suffisants en pédopsychiatrie. De plus, il faut mettre en place des services de santé mentale au sein des structures publiques et communautaires du système afin de mieux répondre aux besoins particuliers des enfants et des jeunes.

Le bien-être de la jeunesse québécoise représente un enjeu social déterminant. En effet, la structure démographique vieillissante du Québec exigera bientôt le soutien d'une jeunesse en santé. Cependant, les tendances actuelles quant au profil de bien-être des jeunes posent des défis certains à notre société. Le Conseil permanent de la jeunesse insiste sur l'importance d'améliorer les conditions sociales et économiques de la jeunesse québécoise. Pour le bien-être de tous, il faudra bien accorder aux jeunes la place qui leur revient. De plus, le système de santé devra s'adapter aux besoins des jeunes en développant, entre autres, un véritable système de services de prévention et de promotion. C'est par une prise de conscience collective des problèmes qu'une société planifie les changements et réussit à relever les défis qui s'imposent.

CONSEIL POUR LA PROTECTION DES MALADES (CPM)

Le Conseil pour la protection des malades est un organisme privé à but non lucratif fondé il y a plus de 25 ans par le regretté Claude Brunet. Son mandat est de défendre et protéger les droits des personnes malades, hébergées, handicapées et psychiatisées.

Chapitre I — L'organisation des services

Le CPM croit à un partenariat avec tous ceux et celles désirant offrir leurs services dans le réseau de la santé, d'où qu'ils proviennent. Ainsi, le CPM est d'avis que les soins médicalement requis devraient être financés par le secteur public et les soins non médicalement requis, par le secteur privé. Le CPM croit que le financement public doit nécessairement subsister, car il est le seul qui puisse garantir les valeurs d'universalité, d'accessibilité, de solidarité et d'équité prônées par notre société. En contrepartie, si l'État a ses responsabilités en regard des soins de santé, il n'a pas pour autant, à en être l'unique dispensateur.

Le système de la santé devrait également se doter d'une véritable décentralisation et non d'une déconcentration, résultat de la réforme Rochon. À l'heure actuelle les établissements de santé sont assujettis au ministère et aux régies régionales. Dans un souci d'optimisation, le CPM croit que les régies régionales et les établissements devraient avoir la capacité de s'adapter aux besoins de leurs populations.

Le CPM est également d'avis qu'il faudrait faire du médecin de famille, le coordonnateur de l'ensemble des services à la personne, ce qu'il nomme l'approche matricielle. Cette organisation matricielle devrait être structurellement constituée autour du patient lui-même. Par ailleurs, des efforts devraient être déployés pour que des liens s'établissent et se maintiennent entre les divers intervenants du réseau et les institutions ministérielles.

En ce qui a trait aux services de base ou autres services, il faudra que les déclarations faites par certains leaders syndicaux de la fonction publique se matérialisent par la signature de conventions collectives souples et adaptées aux nouvelles réalités vécues dans le système de santé.

Finalement, le CPM soumet qu'il importe de prôner une vision globale, de même qu'une approche systémique et qu'il faut, plus que jamais, travailler en amont et en aval des problèmes identifiés. Le système est aux prises actuellement avec un manque de planification et d'organisation flagrantes.



Chapitre II — Le financement du système

Le CPM désire d’emblée saluer le retour du fédéral en ce qui concerne les investissements en santé. Notre organisme désire toutefois mettre en garde les acteurs politiques contre d’éventuelles « chicanes constitutionnelles ». Les usagers du système de santé ont suffisamment fait les frais de telles guerres « intestines ».

Le CPM est convaincu que ce sont les objectifs économiques imposés par le gouvernement plutôt qu’une conjoncture économique défavorable qui sont à l’origine des problèmes criants vécus actuellement dans le réseau. À ces objectifs extrêmes s’est ajouté un virage ambulatoire dont les effets anarchiques étaient prévisibles. Le gouvernement pouvait s’attendre au pire et c’est le pire qui s’est produit.

Le CPM croit que les autorités en place doivent avoir le courage politique de faire de la santé une véritable priorité et ce, malgré les pressions subies pour le développement économique et technologique. Il faut en outre, augmenter la part des dépenses que représentent les coûts de santé dans le budget de l’État.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le mémoire présenté par le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) traduit l'expérience du changement tel qu'introduit par la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer et du réseau intégré de lutte contre le cancer, principalement en termes d'organisation de services, de planification de la main-d'œuvre et de coûts. Le CQLC partage la lecture des problèmes d'adaptation du système de santé faite par la Commission et il retient comme options possibles celles qui sont les plus susceptibles d'aider la mise en place et l'intégration du réseau.

Les coûts sociaux du cancer au Québec sont majeurs. Pour contrer le fléau que représente le cancer et la pression que cette maladie exerce sur notre système de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à un groupe d'experts de réfléchir à l'ensemble de la problématique. Ce groupe a déposé ses recommandations en 1998, sous forme d'un document dont le titre est « Programme québécois de lutte contre le cancer æ Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe ». En l'acceptant, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, en a fait le Programme du Québec en matière de lutte contre le cancer. La ministre, madame Pauline Marois, appuie également la mise en place du programme.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) est un programme qui donne une perspective d'ensemble à la lutte contre le cancer. Il propose d'intégrer les soins et les services dans un continuum allant de la prévention-promotion aux soins de fin de vie. Un soutien dès le diagnostic est offert aux personnes atteintes et à leur entourage. Le moyen privilégié par le PQLC pour atteindre ses objectifs est la création d'un réseau intégré. Nous croyons ainsi faciliter l'accessibilité à des services de qualité aux niveaux local, régional et supra régional. À chacun de ces niveaux se retrouvent des équipes multidisciplinaires qui travaillent en interdisciplinarité. Un intervenant pivot dont le rôle sera de favoriser l'intégration des soins et d'accompagner les personnes atteintes fait partie de chaque équipe. L'équipe locale travaille en interdisciplinarité surtout avec les médecins de famille. Un système de surveillance des indices de santé et des dépenses, de même que la mise en place des outils requis au bon fonctionnement du réseau en termes de performance et d'efficacité, font l'objet de plusieurs recommandations.

La lutte contre le cancer est une lutte d'envergure nationale et, à cet effet, le CQLC recommande un leadership national proactif qu'exercera le MSSS en intégrant et coordonnant les différents aspects du programme. Le MSSS est imputable face au programme et dans son rôle de facilitateur, soutenant les intervenants afin qu'ils disposent des outils nécessaires à l'application des orientations qui sont définies dans le programme. Le MSSS reprend un rôle dans la programmation lorsqu'il s'agit d'actions nécessitant une coordination nationale comme les programmes de dépistage, les



campagnes de prévention-promotion, la radio-oncologie et l'accès aux nouveaux médicaments utilisés dans la chimiothérapie du cancer. En collaboration avec les régions, ses activités de surveillance prennent de plus en plus d'importance.

La région est l'instance décisionnelle qui devient responsable par rapport aux résultats obtenus. Sur cette question, le CQLC est d'avis qu'une approche régionale demeure plus appropriée pour les soins et les services complexes comme l'oncologie, lesquels nécessitent la participation de plusieurs intervenants spécialisés. Il ne faut pas comprendre ici que le niveau local n'a pas de rôle, mais plutôt qu'il est en réseau avec le régional.

Le financement du PQLC pose déjà problème. Le budget de la lutte contre le cancer devrait faire l'objet d'une enveloppe dédiée par le gouvernement, comme c'est le cas pour la radio-oncologie. Pour les activités d'accessibilité régionale, la décision d'attribution des ressources devrait être prise par les régies régionales en lien avec les comités régionaux de lutte contre le cancer. Ces comités sont composés d'intervenants et de représentants de la population qui sont très impliqués dans la lutte contre le cancer.

Le CQLC ne commente pas les options de financement général du système, sauf pour dire qu'à son avis, un financement local des soins spécialisés comme l'oncologie serait non efficace car les décisions sont généralement prises au niveau régional. Par ailleurs, le CQLC propose certains changements dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du système de soins qui sont susceptibles de produire des économies substantielles.

L'implantation de changements aussi importants que le PQLC et son réseau intégré de services ne se fait pas sans embûches. Le CQLC en a identifié plusieurs et il recommande des solutions qui faciliteront la coordination, l'intégration et l'excellence des soins et des services auxquels la population du Québec a droit. À titre d'exemples, mentionnons la création de réseaux régionaux, un système d'information précis et fiable et un budget spécifique à la nouvelle chimiothérapie (l'argent suit le patient) et aux nouvelles technologies, avec guides de pratique.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DU LOISIR

L'IMPACT DÉTERMINANT DU LOISIR SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Il est pour l'individu, pour sa famille, pour la communauté du quartier et pour la collectivité un extraordinaire instrument de libération, de santé et d'équilibre.

- Claude Charron, Livre Vert sur le loisir.

Le système de santé québécois est actuellement soumis à d'intenses pressions face à une demande croissante dans un contexte de ressources limitées et de reconfiguration de l'offre de services. Nous ne saurions prétendre soumettre à la Commission un avis éclairé sur les solutions permettant de régler les situations qui affectent quotidiennement la population et placent les responsables du système de santé québécois face à d'importants défis. Ce sont les perspectives à moyen et long terme et plus particulièrement à l'intervention préventive que s'attarde l'avis du Conseil puisque faute d'agir maintenant, l'avenir sera encore moins réjouissant.

Santé-loisir-organismes

Si l'adage « Il vaut mieux prévenir que guérir » tout comme la version utilisée par la Conférence des régies régionales de la Santé et des Services sociaux soit «Prévenir coûte moins cher que guérir» relèvent d'une grande sagesse, nous soulignons combien il serait important de traduire ces maximes en actions. À ce chapitre et sur la base de nombreuses démonstrations, nous rappelons combien les loisirs jouent un rôle déterminant dans le mieux-être de la population tant au plan de la santé physique que de la santé mentale et combien ils contribuent à réduire les coûts de santé. Une conviction d'ailleurs partagée par plus de 90% de la population. Mieux encore, du moins pour ceux qui cherchent des solutions, le potentiel du loisir et des organismes qui oeuvrent dans ce domaine est vraisemblablement sous-utilisé. Ils sont un remarquable outil de prévention pour une société en quête de solutions à des approches curatives souvent coûteuses et sans issue. Les loisirs actifs et les organismes ont un énorme potentiel en terme d'intervention préventive puisqu'ils agissent directement sur les comportements et les modes de vie.

L'état de santé

L'état de santé de la population québécoise pourrait être largement amélioré. Les documents et données rendus disponibles entre autre par le ministère de la Santé et des Services Sociaux sont éloquentes. Que ce soit sous les angles de la sédentarité, des maladies, des habitudes de vie tel que le tabagisme, des clientèles telles que les jeunes et



les personnes âgées ou de conditions de vie, les problématiques relatives à la santé sont importantes et croissantes. Même le milieu du travail et des entreprises québécoises aurait connu une augmentation de 35% de l'absentéisme l'an dernier. Il y a donc un virage à prendre si l'on ne souhaite pas que les débordements actuels du système de santé et les problèmes de santé apparaissent comme dérisoire face à ceux des prochaines années.

Prévenir plutôt que guérir

Tout en gérant les problèmes actuels, il apparaît plus que jamais urgent que se concrétisent les discours relatifs à la prévention pour toutes les clientèles et secteurs identifiés. L'urgence est d'autant plus grande que les interventions visant à promouvoir une vie active au plan physique et engagée au plan social exigent du temps. Il est reconnu que les loisirs actifs sont de véritables écoles de vie et des véhicules de valeurs positives. Ils ont un impact sur les comportements et les modes de vie, seules solutions à long terme. Il convient d'y investir de façon beaucoup plus importante, particulièrement auprès des jeunes. L'utilisation des ressources offertes par les organismes de la société civile, qui devraient toutefois être mieux soutenus, ainsi que l'école, devenue milieu de vie, constituent des leviers efficaces pour de telles actions. L'utilisation positive du temps libre et un souci accru pour la santé et la qualité de vie sont des enjeux majeurs.

Recommandations

De nombreuses propositions sont portées à l'attention de la Commission. Elles visent essentiellement à promouvoir un mode de vie actif et engagé pour les citoyens et citoyennes conduisant inévitablement à l'amélioration de la santé. Elles traitent de l'importance pour tous les acteurs d'agir ensemble et en partenariat. Elles proposent l'accroissement des investissements dans l'intervention préventive dont le loisir et le sport sont des composantes majeures. Les recommandations traitent aussi du rôle important de l'école, des organismes et de la mise en place de moyens visant la promotion d'un mode de vie actif et engagé chez les jeunes.

Conclusion

Il est urgent pour l'avenir du système de santé et de services sociaux de prendre le virage de la prévention mais ce changement de cap est encore plus impérieux pour la santé de la population et par conséquent, pour l'avenir de tout un peuple.

CORPORATION BAXTER

Prendre les mesures nécessaires pour répondre aux besoins des patients souffrant d'insuffisance rénale est un défi pour tous les ministères provinciaux de la Santé. La liste d'attente pour une transplantation rénale ne cesse de s'allonger et les pressions sont de plus en plus fortes pour étendre les services d'hémodialyse et de dialyse péritonéale. L'âge moyen d'un nouveau patient qui commence une dialyse est de 60 ans et la plupart des patients ont des besoins médicaux complexes.

C'est en tant que chef de file canadien des produits et services pour le traitement de l'insuffisance rénale que Corporation Baxter a le plaisir de présenter à la Commission les commentaires et recommandations ci-dessous.

Nous sommes convaincus que l'organisation et le financement des services de suppléance rénale constituent un véritable enjeu, comme le soulignait le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1995, dans son rapport intitulé *La Dialyse et son organisation* et publié en collaboration avec l'Association des néphrologues du Québec.

Nous croyons aussi que nos recommandations vont dans le même sens qu'un certain nombre des propositions de la Commission, qui sont présentées dans le Guide d'animation. Plus spécifiquement, nos recommandations portent sur les points suivants : organisation de services spécialisés, création d'un fonds spécial destiné aux services de dialyse et participation accrue du secteur privé à l'offre de services de suppléance rénale.

Organisation des services de suppléance rénale

Recommandation no 1 :

Le MSSS et les régions doivent mettre sur pied un processus de planification du traitement de l'insuffisance rénale qui soit continu, durable et axé sur les patients, comme le propose le Guide d'animation (p. 8). Cette recommandation appuie aussi l'objectif 5 du rapport du MSSS de 1995, intitulé *La dialyse et son organisation* : « que les régies régionales de la santé et des services sociaux effectuent, d'ici deux ans, une planification des services de suppléance rénale permettant d'atteindre les objectifs mentionnés précédemment et de desservir la clientèle des 12 prochaines années » (p. 77).

Recommandation no 2 :

Les représentants des intervenants et une équipe professionnelle multidisciplinaire, incluant l'Association des néphrologues du Québec, doit jouer un rôle important dans le processus de planification, comme le propose le MSSS, dans son rapport de 1995, intitulé *La dialyse et son organisation* (p. 78).

**Recommandation no 3 :**

La planification des besoins en dialyse doit se faire à grande échelle et tenir compte de différents types de ressources, notamment ressources humaines, matérielles, espace et financement, comme l'évoque le rapport de 1995 du MSSS, intitulé *La dialyse et son organisation* (p. 77). Cette approche de la planification garantira l'intégration et l'homogénéité des services de suppléance rénale, du point de vue du patient.

Financement des services de suppléance rénale**Recommandation no 1 :**

Élaborer et mettre en œuvre un mode de financement par activité pour les services de dialyse. Ce mode est compatible avec un système axé sur le patient et la prestation intégrée de services spécialisés, comme le prône le *Guide d'animation*.

Recommandation no 2 :

Créer un fonds spécial pour les services de dialyse. D'après le modèle par activité, le fonds pourra être affecté aux programmes individuels de dialyse, selon les données spécifiques sur les patients.

Corporation Baxter

Corporation Baxter est la filiale canadienne de Baxter International, une société internationale de technologies médicales dont la priorité consiste à offrir des traitements critiques pour les personnes souffrant d'affections menaçant le pronostic vital. Nous sommes des chefs de file en matière d'élaboration de produits et de services liés à l'administration de médicaments par voie intraveineuse, au traitement de l'insuffisance rénale et aux thérapies par le sang. Notre siège social canadien se trouve à Mississauga, en Ontario, et nos bureaux régionaux, à Pointe-Claire, au Québec, et à Burnaby, en Colombie-Britannique. Les unités de production de Corporation Baxter situées à Sherbrooke, au Québec, et à Alliston, en Ontario, ont remporté plusieurs prix. L'unité de production de Sherbrooke a reçu, en 1999, le Grand Prix québécois de la qualité et a été nommée Entreprise de l'année 1998 par la Maison régionale de l'industrie. Elle a aussi remporté le prix QUALImètre, en 1997.

FÉDÉRATION DE L'ÂGE D'OR DU QUÉBEC (FADOQ)

Quand le système de santé est malade

La Fédération de l'âge d'Or du Québec croit que devant les difficultés que vit le système de la santé et des services sociaux, il apparaît évident que des économies réelles peuvent être effectuées en transformant le mode d'organisation et de gestion des services, ce qui permettrait à l'État de continuer à financer le système de santé. Cependant, si aucun changement n'est effectué à ce titre, il nous semble évident que seule l'injection d'argent ne suffira pas à offrir à la population un système de santé adéquat.

Privatisation

- Si des services de santé venaient à être privatisés, il est primordial, en particulier pour la clientèle aînée ou en perte d'autonomie, que le caractère universel des soins soit maintenu.
- S'il y avait privatisation de certains services, il semble qu'il serait nécessaire d'obliger les médecins à pratiquer dans le public pendant un certain nombre d'heures, ce qui permettrait, semble-t-il, de sauvegarder le système public.

Financement

- À l'instar de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, nous croyons que le rehaussement des budgets est essentiel à l'amélioration et au maintien des services.
- La rémunération des médecins, comme bien d'autres éléments du système de santé serait à revoir. Nous croyons que cette dernière devrait être remplacée par la rémunération à honoraires fixes ou forfaitaires.
- Le financement des établissements pose également problème. Il devrait être revu afin de favoriser le citoyen plutôt que le système. Le financement par enveloppe budgétaire pour chaque établissement semble être une source importante des problèmes financiers du système de santé actuel. Il est urgent de se débarrasser de ce carcan.

Soins à domicile

- Les aidantes n'étant pas toujours disponibles ou étant avancées en âge, il est primordial que l'on développe des outils de maintien à domicile pour les personnes âgées, intervention beaucoup plus souple, beaucoup moins coûteuse et beaucoup plus humaine que l'institutionnalisation ou le placement.



Établissements

- La situation dans un certain nombre de CHSLD est déplorable. Une réorganisation globale des budgets pourrait y amener les fonds nécessaires afin d'embaucher le personnel en quantité adéquate.

Prévention

- La prévention et la promotion de la santé nous semblent essentielles dans la réorganisation des soins de santé et dans la philosophie qui les sous-tend. Alimentation adéquate, forme physique, habitudes sexuelles saines, abstinence de la cigarette, bonne utilisation des médicaments forment à coup sûr des éléments sur lesquels les individus peuvent avoir le contrôle et ayant pour résultat une meilleure santé.

Dépenses

- Il semble que l'imposition d'un ticket modérateur ne soit d'aucune utilité à moyen terme afin d'abaisser la consommation de soins, bien au contraire : certaines personnes iraient même jusqu'à éviter de consulter au moment opportun, faute d'argent, alors que ce comportement aggrave bien souvent leurs cas et implique dès lors des soins plus coûteux.

Il ne saurait y avoir qu'une solution unique ou une recette miracle pour pallier aux problèmes actuels et à venir du système de santé. Les personnes âgées désirent avant tout être traitées et soignées adéquatement. La création d'un véritable réseau ne peut qu'y collaborer et l'élimination de ces irritants ne peut qu'en favoriser la mise en place. Leurs plaintes sont principalement reliées au manque de services, bien entendu, mais également à l'attitude du personnel soignant. Ils se sentent comme partie négligeable et ont parfois l'impression qu'ils seraient mieux de mourir au plus vite. C'est tout à fait inadmissible.

Trop de personnes âgées se sentent trop souvent bafouées, incomprises. Elles sont inquiètes à juste titre et ne savent pas toujours vers qui se tourner pour obtenir réponse à leurs questions et à leurs inquiétudes. L'équité, l'accès aux services pour tous, sans discrimination, l'universalité ne devraient pas être remis en cause. Dans une société démocratique et riche, les plus démunis ne devraient jamais être mis en situation périlleuse. Il est clair que l'on ne doit pas oublier que les utilisateurs des services de santé sont des individus fragiles – du moins temporairement – évidence que l'on semble avoir malheureusement mis de côté.

FÉDÉRATION DES ACEF DU QUÉBEC ET ACTION RÉSEAU CONSOMMATEUR

La Fédération des associations coopératives d'économie familiale (F.A.C.E.F.) du Québec et Action Réseau Consommateurs (A.R.C.) regroupent neuf associations coopératives d'économie familiale (A.C.E.F.) et une association de défense des consommateurs d'assurance.

L'Organisation des services

Les services de première ligne devraient être offerts sur une base territoriale, près des communautés avec comme porte d'entrée le réseau des CLSC déjà en place. Nous recommandons de renforcer ce réseau en y investissant les sommes nécessaires, pour qu'il puisse jouer son rôle en matière de prévention, de promotion de la santé, de services diagnostics et curatifs et de services sociaux.

En ce qui concerne la rémunération des médecins, nous sommes d'accord pour qu'elle soit adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées, mais nous recommandons que le mode de rémunération à l'acte soit aboli. Celui-ci pose problème au niveau de la répartition des effectifs sur le territoire et entre les divers types d'établissements. Dans plusieurs régions et établissements, les citoyens n'ont pas accès aux services auxquels ils ont droit parce que les médecins n'ont aucune obligation d'y pratiquer. Le paiement à l'acte a d'autres effets pervers qui ont été amplement documentés ces dernières années. Il incite les médecins à privilégier certains actes plus rémunérateurs, à voir plus de patients, à leur consacrer moins de temps, etc., au détriment de la qualité des soins. Il constitue également un obstacle à une médecine multidisciplinaire, à une révision de la délégation d'actes réservés, à une implication active dans la gestion des services.

En ce qui concerne le dossier clinique informatisé par patient, nous déconseillons sa mise en place, dans le contexte actuel, où la sécurité informatique n'est pas assurée et sans qu'il y ait des mécanismes efficaces de protection des renseignements personnels. Les possibilités de divulgation de renseignements confidentiels à des tiers soulèvent des problèmes éthiques, légaux et sociaux trop nombreux et complexes pour agir de façon précipitée.

La participation du secteur privé et du secteur communautaire dans l'organisation et la prestation de services d'hébergement et de services d'aide à domicile est aussi une avenue à écarter. Toutes les études sur la privatisation dans ce domaine ont démontré que si l'entreprise privée offre des services à moindre coût, cela se fait toujours au détriment de la qualité et de l'accessibilité aux services. Si les services d'aide à domicile et d'hébergement répondent mal aux besoins actuellement, cela tient à leur sous-



financement. De plus, confier ces services à des ressources intermédiaires ou à des entreprises privées implique des frais pour les usagers qui ne tiennent pas compte de leur capacité de payer. Par ailleurs, les groupes communautaires sont des organismes autonomes qui poursuivent une mission sociale qui leur est propre. Ils ne sauraient remplacer le réseau de services publics pour rendre des services à la population que le gouvernement ne veut plus rendre. Aussi, nous sommes contre toute approche qui viserait une complémentarité forcée au réseau public et qui conduirait les groupes à délaissé leur mission pour adhérer aux orientations et aux priorités gouvernementales. Le réseau public permet d'assurer un meilleur contrôle de la qualité des services et de faire un suivi et un travail préventif que le secteur privé ne peut pas faire. Nous recommandons d'écarter toute forme de privatisation dans ce secteur et de plutôt investir massivement dans le réseau public pour répondre aux besoins de la population et maintenir dans le réseau public tous les services qui y sont dispensés actuellement.

Le Financement

Nous ne sommes pas d'accord pour dire que nous n'avons plus les moyens de maintenir les services offerts dans le réseau public sans exiger de nouvelles contributions pour ces services. Nous croyons, au contraire, que nous avons les moyens de développer un système de soins public, universel, accessible et gratuit pour répondre aux besoins de la population. Investir dans un système public est selon nous un bon choix social et économique. La recherche récente montre que les dépenses publiques en santé ne doivent pas être considérées seulement comme une dépense, mais d'abord comme un investissement, l'état de santé de la population étant un facteur déterminant de la croissance économique.

Ainsi, la déassurance de services n'est pas une voie à suivre. Elle restreindrait l'accès à des services essentiels, pénaliserait les personnes les plus vulnérables économiquement et porterait atteinte au droit à la santé, un droit fondamental consenti à chaque citoyen. Aussi, nous recommandons d'écarter cette avenue, d'élargir plutôt la couverture actuelle et de rétablir tous les services qui ont été dé-assurés.

Augmenter les impôts est certes une avenue plus équitable que de réduire la couverture publique, car elle permet de répartir les coûts sur l'ensemble de la population sans pénaliser les usagers. Il faudrait cependant procéder au préalable à une réforme de la fiscalité, pour que cette hausse soit assumée par les mieux nantis et les entreprises qui bénéficient du système de santé public. Cette option serait aussi plus avantageuse collectivement que d'avoir à recourir à des assurances privées individuelles.

Par contre, la contribution des usagers est aussi une option à écarter. Elle pénaliserait directement des usagers, sans égard à leur capacité de payer, ce qui pourrait compromettre l'accès à des services essentiels pour les personnes à faibles revenus. De

plus, cette situation pourrait occasionner des coûts importants dans d'autres programmes de santé, comme on l'a vu lors de l'implantation du Régime général d'assurance médicaments.

La privatisation des services médicaux spécialisés ou hospitaliers est également une avenue à écarter. Tous les économistes de la santé s'entendent pour dire que le secteur privé est moins efficace en santé que le secteur public et qu'en plus il génère des iniquités sociales. La privatisation, à quelque niveau qu'elle se situe, ne saurait donc être une solution efficace aux problèmes du système de santé. De plus, la recherche montre que plus le secteur privé joue un rôle important en santé, moins les dépenses globales sont contrôlées. Permettre au secteur privé de fournir des services médicaux spécialisés, comme les chirurgies d'un jour, ou de gérer certains services hospitaliers favoriserait aussi le développement d'une médecine à deux vitesses et contribuerait à la détérioration des soins dans le système public. Ainsi, le développement de cliniques privées n'est pas sans conséquence pour le réseau public. Des incitatifs financiers, tel les bénéfices tirés des services connexes offerts aux patients dans ces cliniques, poussent les médecins à délaisser leur pratique dans les établissements publics, ce qui a pour effet de réduire l'accès aux services dans le réseau. Aussi, comme la privatisation n'est pas une solution efficace pour réduire les coûts et puisqu'elle qu'elle se fait au détriment de l'accès aux services et de leur qualité, nous recommandons d'écarter cette avenue.

Une autre option mériterait cependant d'être considérée pour assurer un meilleur contrôle des coûts des médicaments qui grimpent de 15 % par année, la Politique du médicament qui n'a toujours pas vu le jour. L'adoption d'une politique d'achat au plus bas prix serait aussi une avenue intéressante.

En conclusion, nous recommandons au gouvernement d'assurer la santé de la population, en maintenant un système de santé public, universel, accessible et gratuit et en réinvestissant massivement dans le réseau public pour réduire les listes d'attente, mettre en place des services de maintien à domicile et des services d'hébergement ; rétablir l'accès aux services ; mettre un terme aux dé-assurances et aux tarifications; et contrer toute forme de privatisation.



FÉDÉRATION DES ÉDUCATEURS ET ÉDUCATRICES ENSEIGNANTS DU QUÉBEC

«L'éducation physique et à la santé en milieu scolaire, une partie de la solution»

La FÉÉPEQ a décidé de s'investir dans les travaux de la Commission car la conjoncture nous semble particulièrement propice à un virage important. Au MSSS on interroge avec raison le fonctionnement et le financement du système curatif; on reconnaît aussi l'importance des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. En parallèle, la réforme des programmes du ministère de l'Éducation vient d'octroyer aux quelques 4 000 éducateurs et éducatrices physiques du système scolaire (primaire au collégial), la responsabilité de faire l'éducation à la santé.

À première vue, le pas en avant que représenterait l'engagement du système scolaire envers l'éducation à la santé semble réel. En réalité il risque de ne pas exister, ce que nous voulons prévenir par ce mémoire. Deux raisons principales animent notre méfiance : (a) le fonctionnement cloisonné des ministères concernés : MSSS et MÉQ et (b) la tendance «lourde» du MÉQ de ne pas accompagner ses projets de réforme des moyens concrets pour les supporter dans la complexité de la réalité scolaire. En résumé notre grande crainte demeure que l'embryon de programme d'éducation à la santé déposé par le MÉQ ne se réalise pas dans les faits.

Cette crainte s'alimente à plusieurs faits dont le principal réside dans la réduction du temps obligatoire consacré à ce nouveau programme d'Éducation physique et à la santé. Au primaire il vient d'être réduit de 50 %, au secondaire il est maintenu et au collégial il a déjà été réduit de 25 % alors que l'on demande aux éducateurs et éducatrices physiques d'y ajouter le nouveau contenu de l'éducation à la santé. D'autres craintes ont trait au peu de développement du curriculum lui-même, à l'absence de documents pédagogiques destinés aux professeurs et aux élèves, à l'absence de moyens pour assurer la formation initiale et continue des éducateurs et éducatrices physiques à ce nouveau contenu.

À la FÉÉPEQ, nous croyons fermement qu'un programme détaillé d'éducation physique et à la santé supporté du primaire au collégial par 4 000 éducateurs et éducatrices physique peut faire une différence à moyen et à long termes sur la demande de prestation de services et donc du coût du système de santé.

Pour pallier aux obstacles réels, la FÉÉPEQ formule six recommandations précises qui impliquent une plus grande concertation du MSSS et du MÉQ. Elles convergent pour fournir aux intervenants les moyens normaux d'une véritable éducation à la santé dans leur milieu d'enseignement.

Sans ces mesures raisonnables, nous avons la certitude qu'il n'y aura pas, DANS LES FAITS, de véritable éducation à la santé dans les écoles du Québec et nous aurons collectivement raté cette occasion unique car, en réalité, les éducateurs physiques peuvent faire partie de la solution aux difficultés du système de santé à la condition qu'on leur en donne les moyens; ce qui reste à faire.



FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE

La maladie mentale : parent pauvre du système de santé et des services sociaux du Québec

Le Petit Robert définit le mot **consultation** de la façon suivante :

Action de consulter, action de prendre avis.

Il s'agit là d'une expression vertueuse qui vient de l'intention de faire le bien et qui sous-tend des qualités morales. Cependant, dans la « vraie vie » et dans le tumulte de l'action politique, il est de plus en plus fréquent que, comme citoyen, comme organisme communautaire, nous recherchions l'authenticité de toutes ces démarches à notre égard.

Désillusions, déceptions passées ou réalisme? Heureusement pour notre société, l'espoir est au coeur de chacun de nous. Cette énergie nous permet de continuer à croire à la loyauté de la démarche et ce, malgré toutes nos inquiétudes et notre scepticisme! Nous sera-t-il permis, pour conclure, de formuler deux souhaits? Tout d'abord, celui d'être lu. Ensuite, celui d'attirer une réelle attention des politiciens malgré le fait que notre lobby politique n'a rien d'égal à celui des corporations reliées au réseau public.

Les organismes communautaires ont-ils leur place dans le réseau de la santé et des services sociaux?

À entendre nos politiciens, on peut croire que oui. Cependant, à regarder sur le terrain la reconnaissance qu'on leur accorde, c'est à croire que non. Et pourtant, dans le domaine de la santé mentale, ils sont là depuis 5, 10, 15 ou 20 ans à faire en sorte que le réseau des services ne s'écroule pas. Ils détiennent une expertise hors du commun mais notre système de santé, malgré ses progrès en matière d'accessibilité, est toujours et constamment axé sur l'hôpital, l'institutionnel et le curatif. Les CLSC, malgré leur bonne volonté, n'arrivent pas à jouer le rôle qui leur avait été confié.

Pendant ce temps, le Québec vit une escalade de ses dépenses en santé, la population est insatisfaite, les consultations se chevauchent et pourtant, rien n'y change. Le discours est axé sur une mise en place de réseaux locaux de services qui appellent au « partenariat » de tous les acteurs concernés par chacune des problématiques. Il s'agit d'un exercice fastidieux pour les organismes communautaires lorsque la reconnaissance financière est quasi absente.

En santé mentale, tant et aussi longtemps que l'on vivra l'isolement des corporations, le

maintien de notions floues et que l'on évitera les débats de fond sur les approches et pratiques, le Québec est appelé à vivre la stagnation et à se diriger vers un deuxième échec. Il est indécent pour un gouvernement de se départir de ses responsabilités pour les faire assumer pas ses citoyens. Dans le contexte actuel, l'État met l'emphase sur la prestation de soins et de traitements mais semble oublier l'importance à accorder à la promotion et la prévention de la santé et du bien-être de la population. C'est dans ce créneau que les associations de familles et amis des personnes atteintes de maladie mentale jouent leur rôle... et pourtant, financièrement, elles sont laissées pour compte et sont très peu reconnues. À preuve, les CLSC cherchent à dédoubler leurs services et à s'appropriier les sommes affectées au soutien aux familles.

Un système de santé et de services sociaux public, gratuit, accessible et universel

Il faut absolument maintenir cette orientation mais la vigilance est de mise puisque le dérapage est facile. En santé mentale, l'accès aux services est à ce point difficile qu'il est de plus en plus fréquent de voir annoncés des services privés de psychiatres, d'hébergement ou de travailleurs sociaux. Comme le dit l'adage ; « il vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade ». En santé mentale, comme dans d'autres problématiques, un système à deux vitesses tend à s'implanter sournoisement. Les files d'attente, les délais pour un rendez-vous avec le psychiatre ou l'obtention d'un appartement supervisé font que, très souvent, les familles n'en peuvent plus d'attendre des services pour leurs proches. De plus, aucune réforme en profondeur de la fiscalité ne leur est proposée pour les aider.

Les principes de la gratuité, de l'accessibilité et de l'universalité ne peuvent tenir sans changements importants. Il suffit de penser au mode de rémunération des médecins, d'un nouveau mode de répartition des budgets des établissements ou de la décentralisation de l'organisation des services et déjà là, il y a des économies « substantielles » à réaliser. En ce sens, le gouvernement doit faire preuve de leadership et oser toucher à ces corporations et institutions dont le lobby a fait ses preuves.

En conclusion, nous aurions aimé nous attarder plus longuement et de façon beaucoup plus pointue sur l'ensemble des questions soulevées par la Commission Clair. Cet exercice s'avérait beaucoup trop laborieux, compte tenu que nos énergies sont actuellement dirigées vers le Forum Santé Mentale et son suivi. Tel qu'indiqué précédemment, il nous apparaît difficile d'établir les ponts entre les différentes consultations, l'une ayant fort probablement préséance sur l'autre. Quoiqu'il en soit, nous voulons encore une fois rappeler au Ministère de la Santé et des Services sociaux que la problématique de la MALADIE MENTALE doit recevoir sa juste part des budgets et ce, de façon équitable.

Au cours des prochains mois, des prochaines années, il faut que nous puissions voir concrètement une amélioration des services en santé mentale. Pour ce faire, nous



croyons qu'il est urgent de :

- reconnaître l'expertise des organismes communautaires et bonifier leur budget (Politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome);
- décentraliser les services de santé mentale;
- imposer aux Régies Régionales des barèmes de financement minimum pour les associations de familles qui participent à la mise en place des services requis.

Au nom des 8 000 familles et amis que la FFAPAMM représente, nous vous remercions de l'attention portée à nos commentaires et espérons, encore et toujours, qu'ils seront pris en considération.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SOCIÉTÉS ALZHEIMER

Le mouvement Alzheimer se devait de partager ses connaissances, apporter des pistes de solutions concrètes et réalistes ainsi que les soumettre à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Après un retour sur la définition traditionnelle de la maladie d'Alzheimer, suivi d'un portrait sommaire de sa prévalence, un arrêt sur les 21 sociétés Alzheimer régionales du Québec est essentiel. Celles-ci sont souvent le premier recours des personnes atteintes et de leur famille. Par ailleurs, elles ont développé, au fil des années, une expertise considérable et s'efforcent d'accomplir leur mission en proposant des réponses novatrices.

Cet état de situation servira de toile de fond à la réflexion et aux propositions que le mouvement Alzheimer souhaite soumettre en réponse aux différentes questions émises par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

La maladie d'Alzheimer n'est devenue une préoccupation sociale qu'avec l'accroissement dans la population du nombre de personnes âgées et des coûts qui y sont associés. Depuis quelques années, elle mobilise les chercheurs, elle intéresse les compagnies pharmaceutiques, elle questionne les gestionnaires, elle désespère les professionnels, elle inquiète la population, elle force la vigilance des instances politiques.

Le consensus est spontané : il y a urgence. Chacun dans son champs de compétence cherche à trouver des solutions, à endiguer la catastrophe prévisible. Cette prise de conscience ainsi que les efforts qu'elle a provoqués, est positive puisqu'elle a permis des avancées notamment dans le domaine de la recherche et des traitements pharmacologiques.

La recherche de solutions, l'augmentation des ressources, la réorganisation des services sont essentielles mais elles ne seront réellement efficace qu'au prix d'un changement dans les mentalités et des attitudes. Ce changement doit s'opérer à partir d'une nouvelle façon de penser et de voir la maladie, en faisant en sorte que les personnes atteintes soient réhabilitées dans leur position d'interlocuteur.

La Société Alzheimer de la Mauricie a développé un concept d'hébergement et d'accompagnement novateur; la Maison Carpe Diem. Sa naissance est un exemple de mobilisation de la communauté pour la communauté. L'approche Carpe Diem est globale et spécialisée. Globale parce qu'elle permet d'offrir aux personnes atteintes et à leur famille la gamme de services dont ils ont besoin quelque soit les difficultés qu'ils traversent. Spécialisée car son rayonnement lui a également permis de devenir un lieu de perfectionnement, d'enseignement, d'apprentissage et de partage du savoir.



« La Maison est devenue la pierre angulaire des services suivants : accompagnement à domicile, soutien à la famille, consultations individuelles, centre de jour, répit, formation, stages, défense des droits, prévention et promotion. Elle s'inscrit donc à l'intérieur d'un processus continu de services et de soins débutant avec l'apparition des premiers symptômes et se terminant après le décès¹ ».

La nécessité d'une stratégie spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est reconnue unanimement. Cette stratégie existe de façon concrète à Carpe Diem, alors que l'organisation de la vie s'articule autour du respect, du rythme de chacun, de son droit à l'intimité et de la cohésion nécessaire à une vie en collectivité. C'est autour des stimulations fournies par l'environnement et le quotidien que s'ajustent les interventions. Carpe Diem a fait ses preuves depuis quatre ans, il est maintenant temps que ce modèle de soins soit accessible à la grandeur du Québec.

Le mouvement Alzheimer recommande donc, auprès de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, une implantation graduelle et adaptée aux circonstances locales du modèle Carpe Diem à la grandeur du territoire québécois. Cette recommandation s'appuie sur le fait que le modèle Carpe Diem existe et a fait ses preuves. Cet organisme est devenu une référence qui dépasse largement la zone géographique de la Mauricie. De plus, notre mouvement possède la motivation et les fondations nécessaires pour propager ce modèle à la grandeur du Québec. Il s'agit donc de doter le Québec d'un modèle officiel en matière de soins et de services à offrir à toutes personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est impératif que le gouvernement soutienne chaque Société Alzheimer régionale dans la mise sur pied d'un modèle de soins inspiré de la formule Carpe Diem. Par conséquent, chaque région administrative du Québec pourra compter sur un modèle global qui constitue une alternative aux ressources traditionnelles, représentant ainsi la référence. Ce projet permettra d'instituer, à moindre coûts humains et sociaux, des balises pour le futur afin d'éviter la création de ressources non adaptées et improvisées.

1 Poirier, Nicole. Lecoœur, Martine. Gagnon, Marie-Claude. « *Carpe Diem : une Maison, une approche, un combat contre la maladie d'Alzheimer* », Le Gérontophile, Vol. 21, no. 2, Printemps 1999.

GLAXO WELLCOME INC.

Bureau d'affaires du Québec

« La complémentarité des secteurs »

Glaxo Wellcome est un leader mondial dans le domaine du traitement de l'asthme, du tabagisme, du VIH/sida et de la migraine. Au Canada, la présence de Glaxo Wellcome remonte à 1902. La stratégie de Glaxo Wellcome au Québec privilégie l'établissement de partenariats et l'échange d'expertise dans la recherche de solutions pouvant bénéficier à l'ensemble du système de santé. Cette orientation améliore le fonctionnement même du système de santé par l'entremise d'une gestion optimale de la maladie.

Le concept de gestion optimale de la santé correspond à une nouvelle forme de prise en charge de la maladie. La gestion de la maladie c'est la prise en charge des besoins et des interventions en matière de santé associées au traitement d'une maladie donnée, dans le but d'optimiser les services dispensés aux patients sur le plan du coût et de qualité des soins. Cette initiative s'inscrit dans une démarche médicale globale, intégrant toutes les étapes de la prise en charge de la maladie.

La gestion optimale de la maladie permet d'améliorer les coûts et l'efficacité des soins par le biais des étapes suivantes : l'organisation et la complémentarité des services offerts, la formation des professionnels sur les meilleures pratiques de traitement et la participation des patients.

Complémentarité des secteurs

Cette démarche nécessite une étroite complémentarité entre les trois éléments suivants : la population québécoise, le Réseau de la santé et des services sociaux et l'entreprise privée.

La population a constamment besoin d'enseignement. Il faut donc redéfinir « la relation avec les patients ». Une meilleure communication et une responsabilisation accrue du patient sont des paramètres indispensables à la gestion de la santé. Pour sa part, le gouvernement doit faire face à des impératifs majeurs. Dans ce contexte, le Réseau de la santé et des services sociaux doit maximiser ses ressources financières et humaines. C'est dans cet esprit qu'il faut envisager de nouvelles bases de fonctionnement, qui permettront une gestion optimale de la santé. Enfin, le secteur public et l'entreprise privée poursuivent un même but, soit l'amélioration de la santé et du bien-être des patients. L'industrie pharmaceutique a aussi le devoir de trouver des moyens pour favoriser une utilisation optimale des médicaments.

Présentation du concept PRIISME

Pour Glaxo Wellcome, la gestion optimale de la santé s'applique intégralement à son



programme PRIISME – santé respiratoire, incluant l’asthme, la désaccoutumance au tabac et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Les intervenants du secteur de la santé poursuivent les quatre objectifs suivants : améliorer le traitement de la maladie, améliorer la qualité de vie des patients, réduire l’utilisation des services de santé et promouvoir le bon usage des médicaments.

Dans le cas du programme PRIISME-asthme, l’approche intégrée mise au point par Glaxo Wellcome et le Réseau québécois pour l’enseignement sur l’asthme (RQEA) comporte trois grandes stratégies. La première est la concertation entre l’ensemble des intervenants, la deuxième touche à la formation continue de tous les professionnels de la santé et la troisième a trait à l’enseignement aux patients.

Avantages d’un programme de gestion optimale de la santé

Les patients, le Réseau de la santé et des services sociaux et l’entreprise privée peuvent bénéficier de retombées positives. Le programme de gestion optimale de la santé est une approche axée sur le patient, lui permettant de se responsabiliser et d’accroître son autonomie. Ce type de gestion favorise également, pour le Réseau de la santé, une interdisciplinarité supérieure et permet de contrer la fragmentation des services. Cette approche encourage aussi une meilleure utilisation des services. Le gouvernement peut donc s’attendre à une diminution des visites à l’urgence et des hospitalisations. Ce partenariat est l’occasion rêvée pour une compagnie pharmaceutique de préconiser l’emploi du bon médicament, de la bonne posologie, pour le bon patient et au bon moment.

Résultats d’un projet PRIISME

L’implantation d’un nombre aussi important de programmes de gestion optimale de la santé ne saurait être complète sans prévoir une évaluation rigoureuse des résultats cliniques et de l’utilisation des services de santé. Les résultats préliminaires du premier programme sont actuellement rassemblés.

Conclusion

Le programme de gestion optimale de la santé représente pour Glaxo Wellcome un outil tangible et dynamique qui répond directement aux préoccupations du gouvernement, dans son double objectif d’optimiser les soins et de maîtriser les coûts. De plus, son application offre une multitude d’occasions, car il permet de bâtir des partenariats visant la prise en charge de la plupart des grandes maladies chroniques (p. ex. : SIPA).

Le gouvernement du Québec doit maximiser les occasions pour le secteur privé de s’impliquer dans la planification et l’organisation des services de santé. Il existe déjà une bonne complémentarité entre les différents intervenants du réseau et l’entreprise privée, mais des efforts restent à faire.

GROUPE D'ACTION RÉGIONAL EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ INTERRÉGIONALE DANS LA RÉPARTITION DES RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le Groupe d'action en faveur de l'équité interrégionale dans la répartition des ressources en santé et services sociaux est composé de citoyen(ne)s impliqués dans leur milieu qui s'expriment en leur nom et avec l'appui de plusieurs organisations dans les différents secteurs de la collectivité régionale.

L'équité interrégionale : une exigence légale et un objectif ministériel

Pour le Groupe d'action, le principe de l'équité interrégionale dans la répartition des ressources apparaît comme une donnée fondamentale du financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Au Saguenay — Lac-Saint-Jean, il s'agit d'un déterminant crucial de l'accessibilité et un enjeu majeur de développement régional. Et comme le démontrent plusieurs recherches, le niveau de développement socioéconomique a une incidence directe sur la santé des populations.

Le gouvernement du Québec reconnaît lui aussi l'importance du principe d'équité interrégionale puisqu'il en a fait une exigence dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (articles 1, 463 et 464) et une orientation de la politique ministérielle de santé et de bien-être. Cependant, la notion d'équité est appliquée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSSQ) sans que les premiers intéressés, soit les régions, puissent en être juges. De plus, les résultats obtenus dans la réalité, dans le sens d'une réduction des disparités existantes, ne sont pas suffisamment pris en compte pour déterminer du degré d'équité de notre système de santé.

Équité ou iniquité : le constat

Selon la loi et la politique ministérielle, deux critères permettent d'évaluer le niveau d'équité dans la répartition des ressources entre les régions :

- 1- l'adéquation entre les besoins en services et les ressources allouées;
- 2- la réduction des disparités dans l'état de santé des populations régionales.

Les besoins en services

Plusieurs observateurs et observatrices s'accordent sur le fait que le mode de répartition actuel ne répond pas équitablement aux besoins en services des différentes régions du Québec. Il existe des écarts importants entre les besoins prévus par le Ministère, les enveloppes allouées, la consommation réelle des populations et le per capita brut. En 1997-1998, dans notre région, les écarts oscillaient entre un surfinancement de 28 millions



(selon la consommation attendue par le MSSQ) et un sous-financement de 41 M (selon la consommation réelle de services). L'écart entre les deux résultats totalise 21% du budget régional pour cette année de référence!

La réduction des disparités

L'équité dans la répartition des ressources entre les régions doit également se mesurer par la capacité à « corriger les disparités actuelles » dans l'état de santé des populations régionales. Or, certaines données révèlent des écarts importants dans l'état de santé des populations des régions du Québec qui ne semblent pas s'amenuiser dans le temps.

Pour le Groupe d'action, le système de santé québécois ne semble pas satisfaire à ses propres critères d'équité puisqu'il ne réussit pas à assurer des niveaux de services correspondant aux besoins des populations des régions ni à réduire les disparités entre leur état de santé respectif.

Les causes de l'iniquité dans la répartition interrégionale

Les causes principales de cette iniquité sont l'utilisation d'un indicateur de besoins contestable et/ou les investissements ciblés effectués sans l'éclairage d'une lecture objective des besoins. De plus, la méthode de répartition des ressources entre les régions du MSSQ laisse souvent place à des distorsions circonstancielles justifiées par des conjonctures particulières. Cette situation n'est pas propice à une gestion saine de notre système de santé et risque de miner la confiance du public dans le mode de financement actuel.

Pour le Saguenay — Lac-Saint-Jean, l'iniquité dans la répartition des ressources entre les régions se traduit par un sous-financement important qui a des répercussions néfastes sur la performance de notre réseau régional, sur le développement de la région et sur l'état de santé de notre population.

Recommandations

Le Groupe d'action considère que le contexte actuel de réinvestissement est particulièrement propice à des réajustements significatifs dans le mode actuel de répartition interrégionale des ressources. Il propose au gouvernement du Québec des solutions pour permettre au système de services de santé et de services sociaux de satisfaire à ses critères d'équité :

- la reconnaissance du constat de l'iniquité dans la répartition interrégionale des ressources par le MSSQ;
- une évaluation rigoureuse et objective des besoins en services par région
- l'adoption d'un mode de répartition des ressources (incluant les budgets de la

RAMQ) qui soit transparent avec des finalités claires;

- l'attribution d'un rôle direct aux régions dans l'évaluation de l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources;
- une évaluation objective comparée des indicateurs de besoins;
- la réduction des disparités dans l'état de santé des populations régionales ;
- la reconnaissance des effets du sous-financement au niveau sociosanitaire.

De façon plus globale, le Groupe d'action prône l'instauration d'une comptabilité nationale régionalisée afin d'obtenir un bilan juste et fiable des transferts publics entre les régions. Une telle comptabilité est essentielle afin de pouvoir traiter de l'équité des transferts de façon lucide et pour éviter les pièges de la démagogie.



INSTITUT ÉCONOMIQUE DE MONTRÉAL

On examine ici de près l'expérience canadienne du régime de santé d'État universel et obligatoire, mieux connu sous le nom d'assurance-maladie, ainsi que les services médicaux et hospitaliers que ce régime est censé fournir. Les récents sondages révèlent que le public a perdu confiance et réclame une refonte du système de santé. D'année en année, on assiste à la dégradation de la qualité, de l'accessibilité et de la prestation des services médicaux et hospitaliers. Ces problèmes ont été aggravés par les récentes tentatives de couper dans les budgets gouvernementaux réservés à la santé et par la rationalisation de l'infrastructure.

L'interdiction de toute option privée, en matière d'assurance médicale et de soins hospitaliers, empêche toute comparaison des services de santé au Canada et prévient de la même façon tout contrôle de l'expérience en cours dans les monopoles d'État provinciaux, au chapitre de l'assurance-maladie.

On en apprend davantage en étudiant l'expérience des autres pays de l'OCDE, notamment les pays européens et, en particulier, la Suède. Dans ces pays, contrairement au Québec et au reste du Canada, des systèmes de santé publics et privés parallèles ont pu se faire concurrence, collaborer et impartir des services avec des résultats bien différents de ceux de l'assurance-maladie au Canada.

À quelques exceptions près, les autres pays de l'OCDE ont su éviter les longues listes d'attente des services médicaux et hospitaliers. Dans bien des cas, ils consacrent une plus grande partie du budget de l'État aux services de santé publics, malgré la coexistence d'un réseau privé. La concurrence entre le secteur privé et le secteur public leur a permis de préserver un éventail de choix tant pour les patients que pour les médecins.

Dans cette étude, les auteurs ont mis de l'avant une proposition, appelée le choix privé universel (ou CPU). C'est une vision des services de santé qui allie la qualité, l'accessibilité et la liberté de choix pour tous les Canadiens. Elle tente de modifier l'esprit, le vocabulaire et l'orientation du débat public actuel sur la réforme du système de santé au Québec et dans les autres provinces.

Les auteurs proposent que le régime public universel d'assurance des soins médicaux (l'assurance-maladie) soit maintenu pour former l'une des nombreuses options offertes à tous les résidents du Canada. L'assurance-maladie d'État servirait d'assurance de base, garantissant à tous un ensemble complet de services médicaux et hospitaliers de bonne qualité.

Tous les contribuables continueraient de verser des cotisations à l'assurance-maladie,

qu'ils se prévalent ou non de ses services. Tout en maintenant cette assurance, on offrirait aussi de nouvelles possibilités et de nouveaux encouragements pour promouvoir l'exercice d'une plus grande responsabilité personnelle en matière de soins de santé.

Cette proposition met aussi de l'avant des options déductibles du revenu imposable, notamment des régimes d'épargne-santé pour le règlement des frais médicaux directs ainsi qu'une assurance contre les maladies invalidantes.

Le choix privé universel créerait un vaste éventail d'assurances médicales privées, déductibles du revenu imposable, que ce soit sous forme de polices conventionnelles ou de régimes de soins intégrés, proposés par des alliances de médecins, d'hôpitaux et d'assureurs. L'État accorderait des crédits fiscaux ou des bons d'échange aux particuliers et aux familles à faible revenu pour qu'ils puissent placer cet argent dans des régimes d'épargne-santé ou acheter des polices d'assurance privées, comme solutions de rechange à l'assurance-maladie gouvernementale.

De nouveaux groupes d'achat de services de santé, facultatifs, indépendants de l'État, négocieraient collectivement des achats d'assurance médicale privée ou de régimes de soins médicaux. Les membres de ces groupes d'achat se recruteraient au sein d'une profession, d'une industrie ou d'une région. Les hôpitaux abandonneraient progressivement leur statut d'établissements paragouvernementaux et reprendraient leurs statuts initiaux de centres hospitaliers privés financés par leur milieu, de centres de recherche et d'hôpitaux universitaires au service du public. Les hôpitaux auraient aussi la possibilité de se joindre à d'autres prestataires de soins pour former des groupes de services. Le rôle décisionnel de l'État serait réduit, et une bonne partie du financement gouvernemental passerait par les mains des patients, ceux-ci exerçant alors leur pouvoir d'achat et de sélection des services comme de véritables clients.

Avant de lancer une telle refonte de la santé, les gouvernements pourraient consulter la population par des moyens tels qu'un plébiscite non décisionnel. Toute refonte des services de santé devrait aussi être assortie d'échéances d'évaluation, d'amendement ou d'abrogation. L'un des principes sous-jacents de cette proposition de choix privé universel consiste à rendre possibles des choix multiples en matière de financement, d'assurance et de prestation des soins de santé, plutôt que d'interdire ces choix comme on le fait en vertu du monopole actuel de l'assurance-maladie. Le choix privé universel a donc pour but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le choix pour tous les Canadiens.



LIGUE DES FEMMES DU QUÉBEC

FONDÉE EN 1957

La Ligue des femmes du Québec propose pour réflexion aux membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux des considérations sur l'organisation des soins et l'équité qui ne semblent pas avoir reçu jusqu'à maintenant l'attention nécessaire :

- RISQUES IATROGÈNES
- FORMATION PROFESSIONNELLE.

1- Risques iatrogènes : les femmes sont 50% plus à risque que les hommes

Un rapport de l'*Institute of Medicine* présenté au Sénat américain le 25 janvier 2000 par le Dr. Lucian Leape de Harvard indique qu'aux USA, chaque année, au moins un million d'accidents et environ 100 000 décès sont attribuables à des erreurs médicales.

En nous fondant sur les chiffres américains et sur le fait qu'on rencontre 60% de femmes et 40% d'hommes dans les hospitalisations de courte durée dans les hôpitaux généraux et spécialisés au Québec, **on peut évaluer à environ 1 500 le nombre de femmes qui meurent chaque année au Québec, victimes des soins prodigués en milieu hospitalier. Pour illustrer l'ampleur du risque que courent les femmes lorsqu'elles se font hospitaliser, rappelons en comparaison que, selon le rapport du Ministère de la Sécurité publique, 21 femmes furent victimes d'homicides et 37 femmes furent victimes de tentatives de meurtre attribuables à la violence conjugale, en 1998, au Québec.**

S'abstenir de recourir à la légèreté à des actes médicaux reste une bonne façon de baisser le risque et de dégager des ressources pour améliorer les chances de réussite des interventions qui sont indispensables.. Une campagne visant à divulguer au public la fréquence des accidents en milieu hospitalier et les améliorations qu'on vise pourrait - qui sait - ralentir la fréquentation abusive des salles d'urgence et consoler les patients en attente de chirurgie électorale, à peu de frais.

2- Formation professionnelle : urgence d'améliorer l'équité pour la population du Québec

Québec est le seul endroit en Amérique où des universités, des hôpitaux et des collèges forment en français, pour travailler surtout en français, toute la gamme des professionnels de la santé. Le soin qui incombe au Québec de former pour sa population les experts que nulle part ailleurs en Amérique on ne forme devrait être

reconnu comme une priorité et financé en conséquence.

Or c'est le contraire que l'on constate : à Montréal, le ministère de la Santé verse au CHUM (Université de Montréal) un per diem de :

Hôtel-Dieu	582 \$
Saint-Luc	547 \$
Notre-Dame	605 \$

tandis qu'il verse davantage au CUSM (Université McGill) pour chaque jour d'hospitalisation :

Royal Victoria	668 \$
Hôpital général	681 \$

Il est d'autant plus inadmissible de payer moins cher pour les hôpitaux qui opèrent en français à Montréal qu'on y forme 4 fois plus de médecins qui font carrière au Québec que dans les hôpitaux universitaires rattachés à McGill. Où est l'équité?

Les statistiques du Collège des médecins du Québec sont révélatrices : des 14 347 membres du Collège des médecins du Québec ayant fait leurs études de médecine au Québec, la répartition par université en 1998 était comme suit :

Diplômés de l'U. de Montréal :	5 659
Laval :	5 154
Sherbrooke :	1 842
McGill :	1 692

Si l'on déduit de ces chiffres les membres du Collège résidant hors Québec, il ne restait que 1 305 médecins diplômés de McGill en service au Québec en 1998, soit MOINS DE 10 POUR CENT du total.

Produire les chiffres reliés à la formation des professionnels de la santé, incluant mais sans s'y restreindre, médecins, pharmaciens, techniciens, infirmiers, diététistes. permettrait de connaître le rendement comparatif de chaque institution et de rajuster les budgets en fonction des résultats et des priorités.

Tandis que la Métropole compte 3 hôpitaux pédiatriques dont 2 qui travaillent en anglais, en région l'accès à un pédiatre demeure encore problématique. Sans prétendre à un accès égal pour tous, il importe de prendre des mesures pour que les écarts les plus flagrants cessent. Chose sûre, cela ne se réglera ni par la privatisation ni par l'erre d'aller : il faut des politiques cohérentes et une approche systémique reflétées dans les budgets conçus pour inciter fortement les institutions concernées à réviser leurs critères d'admission de manière à former des gens susceptibles de s'établir au Québec, spécialement en région, à la fin de leurs études.

**MARCOUX, LAURENT, M.D.****Omnipraticien et médecin de famille en milieu rural**

Les services et les soins dispensés par les médecins de première ligne doivent être accessibles à tous les citoyens parce que nous sommes dans un régime public reconnu par tous et que chaque citoyen y contribue selon ses revenus pour le bénéfice de l'ensemble de la communauté. C'est le principe de l'universalité et de la gratuité pour lequel tous les Canadiens ont manifesté leur appréciation à l'enquête sur ce sujet lors du Forum national sur la santé Canada.

Les meilleurs services et soins de première ligne se définissent par leur **accessibilité**, leur **continuité** et leur **globalité**. Pour rencontrer ces conditions qui sont à la base même de la qualité de leur efficacité et de leur efficience, il faut que les ressources en effectifs soient présentes de façon à permettre un accès équitable partout où une masse critique de population est présente et/ou que la distance le justifie. Nous ne pouvons pas espérer offrir des réseaux de services intégrés dans la communauté si celle-ci n'a pas de médecins de première ligne pour assurer la continuité et la globalité des services en assumant la prise en charge. Les populations qui ont à vivre dans des régions plus éloignées et moins densément peuplées le font pour assurer l'exploitation de nos ressources naturelles en agriculture, en pêche, dans les mines, en ressources énergétiques, etc...qui profitent à la majorité de la population. Les populations regroupées dans les zones urbaines contribuent quant à elles à donner des services à ceux qui en assurent la transformation. L'accessibilité aux soins primaires équitables à tous, où qu'ils soient, repose donc sur un principe de justice et de droit au bien-être de la personne.

Le médecin omnipraticien représente la ressource de base dans la relation thérapeutique de première ligne, alors qu'en deuxième ligne, il y a souvent nécessité d'un plateau technique complexe et coûteux. L'organisation des soins de base peut être plus facilement disponible, peu importe le terrain d'action. C'est pourquoi la possibilité de répartir de façon équitable cette ressource nécessaire et indispensable doit préoccuper au plus haut point les leaders et responsables politiques et sanitaires.

Nous constatons que l'ensemble des médecins omnipraticiens québécois représente, en comparaison aux ressources disponibles en cette matière dans le monde occidental, une cohorte suffisante pour répondre aux besoins de santé du Québec. Il apparaît dès lors évident que l'organisation de notre système de santé doit être révisée. Nous ne pouvons actuellement répondre à la demande en offrant la possibilité aux citoyens d'avoir un accès raisonnable à des soins dans un mode de continuité, de globalité et de gratuité. Les médecins se sont toujours montrés responsables, compétents et imputables de la qualité de leurs interventions auprès de la population qu'ils avaient à traiter. Les exigences sont aujourd'hui plus importantes dans un contexte où le monitoring de nombreuses nouvelles technologies est plus complexe. Ils ne peuvent plus répondre seuls à toutes les demandes.

Dans un contexte de changement, nous devons nous préoccuper de conserver la qualité des interventions. Cette approche de qualité doit être établie équitablement en toute justice sociale envers tous les citoyens. Il serait impensable, dans une société démocratique, que les services d'éducation de base ne soient pas disponibles pour tous les citoyens vivant en régions éloignées, rurales ou économiquement défavorisées. Avant l'assurance universelle des soins de santé, les médecins se répartissaient dans la population selon la capacité que celle-ci avait de s'offrir des services de santé. Nous avons alors observé une disparité d'accès basée sur la richesse des uns par rapport aux plus démunis. Il est alors apparu évident que nous devons corriger notre façon de faire par un système de soins universels et gratuits pour tous. Avec le temps, il est survenu une autre disparité tout aussi importante; cette fois, basée sur le lieu des obligations de vivre. Il apparaît évident, dans une société évoluée, que nous devons élaborer une politique de répartition des effectifs en se penchant avec conscience et respect sur les modes d'installation des ressources de première ligne en santé comme dans d'autres secteurs du domaine public.

Une répartition équitable des effectifs dans le contexte de la pratique actuelle créera certainement des pénuries encore plus généralisées. C'est pourquoi le défi actuel nous commande d'aménager de nouvelles façons d'offrir les soins de santé. Les services de santé doivent être mieux coordonnés et mieux intégrés aux activités des autres professionnels de la santé reconnus comme efficaces. Une équipe de soins où l'infirmière vient potentialiser la capacité de répondre à la demande en respectant les droits et les compétences de chacun est un avantage que nous pouvons économiquement nous offrir tout en conservant une grande qualité. Les médecins omnipraticiens de première ligne y trouveront une amélioration de leur qualité de vie professionnelle et personnelle.

Les gains d'accessibilité et de continuité de soins sont probants lorsqu'ils sont supportés par un système de communication efficace entre les partenaires de première ligne en lien avec les interventions de deuxième et de troisième ligne. La hiérarchisation des soins, telle que définie par le Conseil médical de Québec, est une garantie d'efficience dans l'organisation de notre système de santé repensé.

Le changement qui s'impose à notre système de santé nous commande de regarder attentivement les expériences de changement organisationnel qui sont à se faire ailleurs. Les omnipraticiens et leurs patients semblent vivre avec satisfaction des modes de pratiques basés sur l'inscription des clientèles dans un contexte de coordination et d'intégration. Par conséquent, ils sont plus accessibles tout en favorisant pour les uns et les autres une plus grande satisfaction. Nous sommes, à l'instar des grandes sociétés responsables, confrontés à opter pour de nouvelles façons d'intervenir en santé pour être plus efficaces, plus efficientes et plus équitables envers tous les citoyens qui travaillent chacun dans leur domaine et leurs lieux de vie. Une politique de répartition respectueuse des professionnels qui y œuvrent ne peut être qu'une façon manifeste d'être juste et équitable envers tous.

**MCKEOWN, THOMAS,**

directeur par intérim, Suivi communautaire Le Fil

Au lieu de mettre les « médecins de famille » au centre de toute dispensation de service de santé, il nous semble plus réaliste, moins compliqué, plus rentable et plus efficace de confier ce point de mire aux infirmiers et infirmières du secteur public. Les médecins ne perdraient rien en échange; ils resteront en haut de la pyramide sociale et économique des professions de la santé et continueront de faire ce qu'ils font le mieux: traiter les patients souffrant de maladies physiques et psychiques. Mais ils auraient peut-être en prime moins d'isolement professionnel, une certaine complicité hors de leur cabinet, un focus plus précis sur la pathologie du patient, moins de consultation inutile, un soutien pour la continuité du traitement et un meilleur sens de l'environnement d'où viennent leurs patients.

Les infirmiers et infirmières, en complémentarité proactive avec les médecins et d'autres aidantes, pourraient servir comme « catalyseurs d'accès » aux services professionnels appropriés. Ils sont traditionnellement plus flexibles en face des changements, moins déformés par leur éducation et statut, à l'aise avec le concept et la pratique de la prévention, plus susceptibles de contribuer leurs compétences dans un climat d'innovation et plus proches socialement de la population. Il faudrait que les médecins leur délèguent, selon leurs compétences, certains actes de diagnostic, de traitement et de suivi, comme cela se fait depuis des générations dans les régions éloignées où il y aura toujours une pénurie de médecins ou, comme cela se fait actuellement suite aux vagues de désinstitutionnalisation et de virage ambulatoire, dans plusieurs programmes de soins à domicile et dans certaines équipes au service des sans-abri des centres urbains.

Afin de rendre opérationnel ce « virage infirmier », il faudrait amorcer une campagne publique de changement significatif dans notre vision de la santé personnelle, dans nos approches thérapeutiques, et dans nos attentes comme société par rapport à notre système de soins. Il faudrait, bien sûr, investir à plusieurs niveaux. En plus de planifier le recrutement et la formation d'une masse critique de personnel infirmier, de structurer leur cheminement professionnel vers l'augmentation de leurs compétences professionnelles et vers la rénovation de leur façon de soigner, il faudrait parallèlement mettre en œuvre un programme d'éducation de masse où le thème serait l'augmentation des compétences d'auto-santé de la population et la responsabilisation mutuelle des soignants et des soignés dans l'utilisation des services du réseau de la santé. Un corps infirmier, outillé avec la formation requise, possédant un mandat fort et dynamique, le statut et les moyens matériels de jouer une variété de rôles polyvalents à travers les complexités des réseaux de services de santé physique et psychique, pourrait apporter des changements plus que cosmétiques à un système de soins écrasé par sa propre lourdeur. (Le réseau des CLSC déjà en place pourrait véhiculer l'évolution d'un tel projet,

sans trop bousculer la tradition ni froisser les pouvoirs présentement en place.)

Le 21^e siècle pourrait donc devenir l'ère de « l'infirmier-infirmière de famille ». Un tel modèle a le potentiel d'accroître l'efficacité et les richesses thérapeutiques du système de santé actuel, sans détruire les valeurs essentielles à l'universalité. Un corps d'infirmiers et d'infirmières reconnu, hautement compétent, motivé par les défis, formé pour soigner seul (mais préférablement en équipe ou en réseau), mobile, visible et accessible, restaurera la confiance de la population dans notre réseau public de soins. En lui confiant un mandat polyvalent - la relation privilégiée avec l'individu dans son milieu de vie; la complémentarité et la liaison avec le médecin traitant; les liens de compétence et de complicité avec les ressources publiques et communautaires; la prévention et l'enseignement; un rôle actif de santé publique; la première évaluation, le dispatching et l'accompagnement vers d'autres ressources, (telles que l'urgence, le CLSC, le médecin privé, la pharmacie, les groupes du quartier; les traitements de base; les soins et le suivi à domicile) - on peut peut-être faire aujourd'hui ce que l'on imagine que le médecin de famille d'autrefois faisait avec une population moins nombreuse, plus autonome, ayant moins d'attentes et habitant un univers beaucoup moins compliqué que le nôtre.



MINOGUE MÉDICAL INC.

Minogue medical inc. est une entreprise qui a pour mission de créer un partenariat avec les professionnels de la santé en leur fournissant les meilleurs produits technologiques, un service personnalisé et un soutien technique hors pair. L'entreprise a déjà fait ses preuves, les membres de l'équipe sont constamment à la recherche des dernières innovations technologiques qui permettent à leurs partenaires d'offrir des soins de santé plus efficaces et une qualité de vie accrue pour leurs patients.

Le contexte des nouvelles technologies dans le système de santé

- La technique

Depuis quelques années, le rythme d'introduction des nouvelles technologies dans le système de santé s'accélère. Les ressources financières et scientifiques dédiées à la recherche en santé n'ont jamais été aussi abondantes. Les nouvelles technologies, perçues comme offrant un avantage par rapport aux technologies existantes, tendent à accroître les pressions sur le système en favorisant leur utilisation toujours plus large.

Les effets des changements que cette expansion entraîne sont multiples :

- . Amélioration de la capacité et de la qualité des procédés diagnostic;
- . Amélioration des traitements;
- . Possibilités d'interventions à un âge plus avancé;
- . Élimination de certaines interventions chirurgicales grâce aux progrès de la pharmacologie;
- . Possibilité de traiter de nouvelles maladies ou pathologies.

- Les coûts

Au plan financier, les nouvelles technologies, qui augmentent les capacités de traitement, peuvent également amener une baisse des coûts unitaires mais sont aussi susceptibles de conduire à une hausse des dépenses car elles favorisent la croissance des services en traitant davantage de patients et de maladies. Ce phénomène d'intensification des services a une incidence évidente sur la gestion et sur les coûts du système de santé, mais il est également incontournable puisque le système est public et financé par les contribuables québécois.

Le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux

Chez Minogue medical, nous partageons l'avis du ministère qui souligne l'importance d'utiliser les ressources de la façon la plus judicieuse possible. Nous croyons qu'il est impératif de rechercher l'efficacité et l'efficacité, principes qui doivent être au cœur de toutes les activités du système de santé. Nous savons les sommes que la société

québécoise devra investir dans le système au cours des prochaines années. Pour en maximiser l'utilisation, les ressources humaines et financières devront être gérées de telle sorte qu'il faudra offrir les bons services, au bon moment au bon endroit. Nous sommes convaincus que c'est là le défi que nous avons à relever collectivement.

Actuellement, la gestion du système de santé se fait principalement par catégorie d'établissements ou par groupe de professionnels. Ainsi, l'organisation des services est essentiellement conçue par rapport à l'unité de production, ce qui risque d'entraîner un cloisonnement, de la rigidité, des chevauchements et de l'inefficacité. Un autre facteur important quant à l'efficacité est celui de l'imputabilité, dans le système, qui se rapporte davantage au respect de l'enveloppe allouée et des règles budgétaires qu'à l'atteinte des résultats en termes de réduction de problèmes. En somme, il est indispensable d'organiser et de gérer les interventions en fonction des clientèles à rejoindre et des problèmes à résoudre.

Le virage ambulatoire¹

Le virage ambulatoire représente cette possibilité de rendre les services de plus en plus près du citoyen, et ce, parce que c'est technologiquement possible. Actuellement, les connaissances acquises par l'expérience, la recherche et les technologies ne sont pas suffisamment mises à contribution dans le système. Les structures organisationnelles manquent de souplesse et ne permettent pas la contribution maximale des connaissances et des technologies.

Bref, l'avancement technologique rend désormais possible la concrétisation du virage ambulatoire. La technologie améliore le temps, la technique d'intervention chirurgicale ainsi que les conséquences de telles interventions. Évidemment, il est fondamental d'utiliser les technologies appropriées, et lorsque ce sera fait, des économies importantes pourront être réalisées.

Recommandations

- Le MSSS est l'ultime responsable des objectifs fixés par le Législateur dans les domaines de la santé et des services sociaux, et son leadership doit donc s'exercer à l'échelle nationale et sa mission doit être définie au regard des fonctions centrales et stratégiques du système. En fait, nous souhaitons que le Ministère fasse preuve de plus de leadership et d'ouverture en matière de nouvelles technologies.
- Considérant que c'est au MSSS que revient la détermination des grandes priorités, des objectifs et des orientations en matière de santé et de services sociaux,

1 Christiane Langlois, *Le virage ambulatoire*, Les éditions Deslandes, 1999, 232 p.



l'implantation de nouvelles technologies, essentielles au succès du virage ambulatoire, doit davantage se faire en concertation avec les établissements du réseau. Le rôle du Ministère est central.

- Enfin, nous recommandons au Ministère et aux instances concernées de prendre le temps qu'il faille pour évaluer les technologies qui leur sont proposées, de manière à prendre des décisions mieux éclairées, car nous avons l'impression que certaines décisions sont prises sans que l'on ait évalué adéquatement le potentiel des appareils proposés.

Conclusion

À court terme, les administrations et les professionnels de la santé peuvent ne pas voir d'économies significatives parce que l'implantation des nouvelles technologies favorisant le virage ambulatoire engendre des frais importants. Nous avons pourtant l'intime conviction que ce que les hôpitaux dépensent dans l'utilisation pertinente des technologies, ils le récupéreront dans la réduction du temps de séjours préopératoires et postopératoires.

Évidemment, nous sommes conscients que le Ministère ne peut procéder à l'achat systématique de toutes les technologies proposées. Toutefois, nous souhaitons vivement que tout appareil technologique fasse l'objet d'une analyse approfondie, car il est indéniable que certains outils, comme celui cité en exemple, correspondent aux objectifs du Ministère et permettent d'offrir des soins de qualité à moindre coûts.

MRC DE NICOLET-YAMASKA

La MRC de Nicolet-Yamaska rappelle que les 2 missions principales de l'État sont dans l'ordre la santé et l'éducation. Cet ordre de priorité se reflète dans le financement consacré à chacune de ces responsabilités comparativement aux autres rôles de l'État. La situation du système de santé suggère que l'État manque à sa première mission. En comparant à ceux d'autres pays industrialisés les indicateurs touchant la santé les impôts et les taxes, la population en vient à la conclusion qu'elle n'en a pas pour son argent, qu'elle est même lésée comme mandant et payeur.

- **Pourquoi en santé avons-nous des listes et d'attente? N'y a-t-il pas de salut hors des grands centres en santé? Peut-on dire que la situation actuelle ne fait « qu'ostraciser » encore plus les régions rurales hors du système de santé public?**

L'information dans les documents d'accompagnement aux consultations offre des points de vue orientés selon une vision fortement budgétaire. Or, c'est en bonne partie cette vision qui est à l'origine des ratés de la dernière réforme.

- **Tous ne s'entendent pas sur les problèmes et la manière de les aborder. Il faut d'abord bien identifier les problématiques avant de passer à la recherche de solutions. Sinon, ces solutions seront moins adéquates, sinon insuffisantes.**
- **Avant de réaliser d'autres entorses aux règles de l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public du système de santé : un moratoire doit être imposé à tout changement majeur afin de permettre la tenue d'un débat public et contraignant pour l'État, touchant l'adhésion à ces principes de base ainsi que les standards minimums à rencontrer.**

Répondre oui ici à plusieurs des options proposées par la Commission aurait pour conséquence une acceptation tacite d'un état de faits imposés, donc de renier ces principes de base. Déterminons d'abord si ces principes sont toujours nôtres, sinon à quels principes adhérons-nous, et quelles en sont les balises éthiques. C'est par la suite seulement que doivent se poser les questions de la réingénierie d'ordre budgétaire et organisationnelle.

- **Le Comité Nicolet-Yamaska répond NON À TOUTES LES OPTIONS PROPOSÉES POUR LE FINANCEMENT. Sur l'ORGANISATION DES SERVICES, les réponses positives et/ou négatives reflètent surtout la capacité des options proposées à améliorer à court terme la situation du système de santé ainsi que l'équité dans la disponibilité et l'accessibilité pour la population de toutes les régions du Québec. (SVP, voir le mémoire pour les notes explicatives)**



Aussi, des facteurs essentiels à l'application de solutions optimales sont oubliés :

- L'ordre de primauté de la santé dans les missions de l'État;
- La nécessité de situer le citoyen au centre des activités du système de santé, comme client, décideur et payeur (dont l'instauration des contrôles garantissant qu'il en a pour son argent);
- L'accessibilité à des services le plus près possible du milieu de vie et l'équité;
- L'importance de la rapidité et de la qualité de la réponse, tant par le personnel que le système;
- Les coûts d'opportunités, pour la personne et la société québécoise, associés aux défaillances du système de santé (délais, pertes de productivité, incapacités, détérioration de la santé, mortalité, assurances, poursuites et frais légaux, etc.);
- L'aspect le plus important de la santé, l'élément humain, tant au niveau de la personne qui demande de l'aide, de la dynamique profondément humaine et relationnelle de l'équilibre santé-maladie, des relations de personne-à-personne à la base de toute intervention, que du bien-être et de l'intégrité du personnel oeuvrant dans le système de santé;
- Les implications morales, légales, technologiques et éthiques des choix et des actions;
- La reconnaissance des liens de causes à effets existants entre le niveau de santé de la population d'un pays, la productivité de son économie, et son potentiel de croissance;
- La nécessité de considérer les fonds alloués à la santé comme des investissements à court, à long terme, en lien direct avec la capacité de l'économie à générer de la richesse;
- La primauté de la prévention; car de tous les déterminants de la santé d'une population, c'est là que l'on obtient le meilleur retour sur l'investissement pour chaque dollar qu'on y « place », et les coûts d'opportunité astronomiques de ne pas faire ce choix de prévenir en amont pour ne pas avoir à intervenir à coût supérieur ou « rafistoler » en aval;
- L'obligation de tenir compte des besoins, dynamiques, et particularités de chaque milieu;
- L'importance de responsabiliser et de favoriser l'imputabilité localement, notamment en apportant réellement à ce niveau la plus grande proportion possible et souhaitable des décisions, et en développant le sentiment d'appartenance ainsi que la concertation;
- L'impact global des changements démographiques et technologiques sur les rôles de l'État, et conséquemment les choix budgétaires et priorités d'affectations à revoir entre ses missions;

- La sensibilisation et la responsabilisation de la population qui paye pour le système de santé.

Plusieurs particularités et problématiques de la ruralité rencontrées dans Nicolet-Yamaska sont aussi importantes à considérer pour adapter le système de santé aux besoins de la population :

- La ruralité et l'étendue du territoire (éloignement, difficultés de transport, etc.);
- Les problèmes de communication (plusieurs compagnies de téléphones, autant d'annuaires téléphoniques, appels interurbains, deux codes régionaux, téléphonie sans fils difficile, etc.);
- Les spécificités des résidents (pauvreté, éducation, proportion de jeunes en difficulté, etc.);
- L'absence d'un hôpital (plusieurs services seulement à l'extérieur du territoire, problèmes d'accessibilité et disponibilités aléatoires, corridors de services ne sont pas fonctionnels, etc.);
- L'attraction de pôles urbains périphériques (Drummondville, Sorel, Victoriaville, etc.);
- Les nombreux médecins résidants sur le territoire, mais pratiquant hors du territoire couvert par le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska (CSSSNY);
- La centralisation des services de santé et des services sociaux à Nicolet, ne laissant ailleurs dans la MRC qu'un point de service du CLSC et 2 foyer (Pierreville et St-Celestin);
- Les corridors de services inopérants (psychiatrie, cardiologie, etc.), et l'absence de leur d'amélioration à court terme (pénurie d'effectifs spécialisés, menaces de démissions, etc.);
- L'absence presque complète de pouvoir pour la population comparativement à l'influence disproportionnée du personnel médical rarissime;
- Le trop grand rôle de l'État dans le choix des orientations régionales des services de santé et des services sociaux qui ne facilite pas leur adaptation aux particularités du territoire;
- Le poids trop grand de Trois-Rivières dans les orientations de la régie régionale, et la difficulté du CHTR à répondre aux besoins locaux et régionaux (corridors de services).

Outre l'État, les administrateurs du système au niveau local et régional doivent revoir leurs façons de faire. Pour ce faire, l'État doit leur donner des moyens réels d'interventions et d'actions. Pour le bien-être du système de santé l'État devrait : prendre moins de place dans sa gestion, donner plus de latitude et de moyens aux administrateurs et gestionnaires pour agir et ainsi faciliter flexibilité, créativité, et capacité



d'adaptation, mais aussi rendre ces administrateurs et gestionnaires directement et réellement imputables à leur milieu.

Des solutions pour Nicolet-Yamaska et le Centre-du-Québec, devraient notamment vouloir dire des améliorations significatives au niveau de la disponibilité et l'accessibilité des services de santé et services sociaux pour la population du territoire. Depuis la perte de son hôpital, Nicolet-Yamaska vit constamment dans l'incertitude quant au lieu de prestation sinon à la disponibilité des services de santé et services sociaux. Beaucoup des fameux corridors de services promis dans la transformation du système ne fonctionnent pas.

On ne pourra guérir les causes en ne travaillant qu'à la pièce, comme c'est souvent le cas actuellement, sur un certain nombre de symptômes, généralement les plus médiatisés. Puisqu'un système public de santé est une affaire de partenariat, utilisons au mieux tous ses partenaires afin de bien faire ressortir tous les éléments nécessaires à une juste identification et compréhension des difficultés vécus pour qu'émerge une vision plus juste des causes réelles et de leurs répercussions. Alors seulement il sera plus facile de déterminer puis d'appliquer des solutions optimales car concertées, créatives, et évolutives.

Ces solutions devraient notamment toucher les points suivants :

- Les modes de gestions, l'imputabilité et responsabilisation;
- Les rôles et la rémunération des médecins;
- Le mode de négociation des conventions collectives;
- Le code du travail et le code des professions;
- Les rôles de l'État et une réforme de la fiscalité;
- Le niveau des ressources allouées en prévention, au niveau psychosocial, en promotion de la santé, et en services à domicile;
- Le sous-financement chronique des organismes communautaires;
- La consolidation d'entreprises d'économie sociale concernées par la santé.

Autant d'éléments qu'il est nécessaire d'adapter aux nouvelles réalités si nous désirons conserver et améliorer notre système public de santé. Pour bien le faire, il faut se donner un horizon de 5 à 10 ans, avec des indicateurs de suivi (objectifs, cibles, critères d'évaluation mesurables, évaluation des résultats, correctifs), de même que les moyens de réaliser tout ça (ressources humaines ou autres), et un financement approprié.

Pour peu qu'on donne la capacité de le faire, des solutions novatrices peuvent être identifiées et appliquées dans les régions, par les organisations et les communautés. En leur donnant les moyens d'agir, notamment au plan financier et décisionnel, on pourra,

à l'exemple du monde municipal, favoriser la responsabilisation et l'imputabilité, l'implantation de solutions nouvelles et adaptées, la gestion participative en impliquant le personnel et la population, mais aussi le sentiment d'appartenance et en conséquence l'implication, dont la contribution volontaire aux fondations (avec peut-être une participation de l'État équivalente à la contribution du milieu).

Pour vraiment signifier l'importance de sa mission santé et pour faciliter l'appariement des produits et des charges, l'État pourrait créer un **FONDS SANTÉ**. Il y déposerait notamment, en totalité ou en partie, des taxes et revenus qui devraient normalement être dédiés à la santé, car générés par des secteurs d'activités entraînant directement ou indirectement des coûts pour le maintien de la santé de la population du Québec (tabac, Loto-Québec, alcool, etc.).

En injectant en prévention de nouveaux fonds et ressources, mais pas au détriment d'autres activités. À moyen terme, ces efforts permettront de réduire les coûts ailleurs dans le système.

En conclusion, de l'avis du Comité Nicolet-Yamaska, s'il y a un réel débat à tenir, c'est d'abord celui-ci :

- **Adhérons-nous toujours, dans leur totalité, aux règles édictées de l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de notre système de santé?**

La MRC de Nicolet-Yamaska atteindra son but si elle contribue à lancer un réel débat sur les principes, l'état et l'avenir de notre système public de santé.



PAGÉ, JACQUES

Intervenant du réseau de la santé et des services sociaux

RÉSUMÉ DE LA DESCRIPTION DU MODÈLE DE LIVRAISON DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR TOUT LE QUÉBEC

Ce modèle est relativement facile à mettre en place et il s'inspire en partie des HMO américains et du modèle Anglais mais conserve l'aspect public du modèle québécois.

Voici donc les grands axes de ma vision de l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

UNE APPROCHE TERRITORIALE

Il y n'y aurait qu'un seul établissement de santé et de services sociaux pour un secteur géographique donné, ou mieux encore, en fonction d'un nombre de personnes à desservir (territoire de CLSC ou autre concept apparenté).

Ces établissements auraient une mission globale de services sociaux et de santé pour l'ensemble de la population de leur secteur, incluant toutes les problématiques (déficiences, santé mentale, grand âge, jeunesse, etc.).

UNE COORDINATION SIMPLIFIÉE

Un système à trois paliers de coordination

Le Ministère de la santé et des services sociaux assure la définition des politiques de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec, la budgétisation globale, l'équité interrégionale, la supervision du réseau et la vérification des résultats. Il assume également la définition des services dits nationaux et décide des organismes mandatés pour les organiser.

Les régions régionales de la santé et des services sociaux assurent la liaison entre le Ministère et les « Centres sectoriels de santé et de services sociaux » ou CSSSS, les organismes responsables des services de niveau régional et national, ainsi que les autres acteurs socioéconomiques. Elles établissent les politiques régionales en concertation avec les CSSSS et mesurent de façon régulière, les caractéristiques socioéconomiques des secteurs et de la région dans son ensemble. Elles définissent et mettent en place les services régionalisés, déterminent les objectifs et les indicateurs de résultats et de performance. Elles répartissent les budgets entre les secteurs en se basant sur des indicateurs de population, de taux d'inactivité et le nombre de personnes ayant une

incapacité et ce, dans chaque secteur. Elles répartissent les budgets d'effectifs médicaux entre les CSSSS et assurent le traitement des plaintes des usagers et des litiges entre les CSSSS, les « Services régionalisés » (SR) et tout autre acteur du réseau de services.

*Les Centres sectoriels de santé et de services sociaux (CSSSS) ont un rôle de coordination locale mais aussi et surtout de prestation de services. Leur rôle est décrit plus bas, dans la section « **UNE PRESTATION DE SERVICES SIMPLIFIÉE** »*

UNE PRESTATION DE SERVICES SIMPLIFIÉE

Un système à trois paliers de prestation de services : local ou sectoriel, régional et national

La prestation de services est le plus souvent possible décentralisée et ambulatoire, la plupart des services sont donnés aux gens chez eux ou près de chez eux. Seuls quelques services spécialisés sont centralisés régionalement ou nationalement, soient ceux qui nécessitent une **main-d'œuvre ou une expertise spécialisées et rares**, des **investissements majeurs**, hors de portée des secteurs ou dont le **bassin de clientèle local est insuffisant** pour justifier la mise en place de plusieurs services locaux isolés.

Le palier local ou sectoriel

Utilise les budgets qui lui sont alloués pour offrir une gamme complète de services de base, soit la médecine générale, les rendez-vous courants, les urgences mineures, les services hospitaliers de base, les chirurgies d'un jour, les tests, les urgences moyennes, les services sociaux courants, le maintien à domicile pour toutes les clientèles et problématiques, les services sociaux à la jeunesse, l'organisation communautaire, le soutien à l'intégration communautaire pour les clientèles jeunesse, la déficience et le grand âge, le soutien aux organismes communautaires. Il va de soi, que ce listing est partiel, et demeure à compléter.

*Les Centres sectoriels de santé et de services sociaux (CSSSS) gèrent la **totalité** des budgets de santé et de services sociaux pour leur secteur, ils définissent les priorités locales, organisent les services directs aux citoyens du secteur **pour toutes problématiques** et **gèrent localement les budgets d'effectifs médicaux**.*

Ils organisent les services de façon autonome, à l'échelle du secteur ou les mettent sur pied en collaboration avec un autre secteur limitrophe. Ils **achètent** pour leurs usagers, des services spécialisés ou super spécialisés, auprès d'une structure régionale ou nationale, responsables de la production de ces services, en fonction des orientations adoptées par le régime régionale ou le MSSSS. Leurs représentants siègent sur le conseil d'administration et les structures de concertation de la Régie régionale.



Les Centres sectoriels de santé et de services sociaux assument les coûts de tous les services qu'ils offrent à leurs citoyens et conservent les économies (par exemple en coûts de services spécialisés) générées par d'éventuelles actions de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Par exemple: économies sur la facture de la DPJ pour les signalements, suite à la mise en place de meilleurs services sociaux à la jeunesse, économies sur la facture du service régional de chirurgie cardiaque suite à des programmes de promotion de la santé par un régime de vie sain, Etc.

Ils assurent une reddition de compte basée sur les résultats comme la mesure de l'état de santé et de bien-être de la population du secteur, en utilisant des indicateurs et des unités de mesure reconnus et mis à jour sur une base régulière. Ils définissent des objectifs en lien avec les constats sur la santé et le bien-être de la population de leur secteur. À partir de ces éléments, ils déterminent des objectifs mesurables et des critères d'atteinte des résultats attendus, avec une mesure régulière dudit degré d'atteinte des résultats.

Un système de rétroaction budgétaire basé sur les résultats, vient influencer l'allocation budgétaire annuelle accordée aux CSSSS.

Le palier régional

Offre les services spécialisés, désignés par les régies régionales, soit la médecine et la chirurgie spécialisées comme par exemple les opérations à cœur ouvert, la traumatologie, Info santé. La réadaptation spécialisée comme les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), le traitement des troubles sévères du comportement, les milieux sécuritaires pour jeunes contrevenants, les traitements spécialisés en santé mentale (surtout à court terme), les services sociaux spécialisés, les signalements au DPJ, les évaluations en vue d'adoption, l'urgence sociale, etc. Il va de soi encore une fois, que ce listing est partiel, et demeure à compléter.

Les services régionalisés peuvent être mis sur pied et offerts par un CSSSS (Ce dernier sera alors lui-même client de ce service comme les autres CSSSS), un consortium régional, une entreprise privée, un organisme sans but lucratif ou toute autre forme jugée appropriée par les décideurs régionaux. L'organisme choisi comme responsable, fournit des services spécialisés régionalisés, pour répondre aux besoins des usagers auxquels les CSSSS ne peuvent faire face localement. Il se finance exclusivement en **vendant ses services** aux CSSSS et entretient avec ces derniers, une relation du type « client-fournisseur ».

Le palier national

Offre les services super spécialisés, désignés par le MSSSQ, soit la médecine de pointe, les greffes d'organes, la recherche de pointe, les prothèses et orthèses de pointe et tout

autre service à masse critique très faible ou à investissements/expertise extrêmes. Répétons que ce listing est partiel, et demeure à compléter.

Les services nationaux *peuvent être mis sur pied et offerts un CSSSS ou un service régionalisé (Celui-ci sera alors lui-même client de ce service, comme les autres CSSSS ou services régionalisés), un consortium national, une entreprise privée, un organisme sans but lucratif, ou toute autre forme jugée appropriée par le MSSSS. Ils fournissent des services super spécialisés, pour répondre aux besoins des usagers auxquels les régions ne peuvent faire face à elles seules. Ils se financent **en vendant leurs services** aux CSSSS et entretiennent avec ces derniers une relation du type « client-fournisseur »*

UNE STRUCTURE DE GESTION DÉMOCRATIQUE FAVORISANT L'IMPUTABILITÉ

La structure actuelle du MSSSS, au plan de l'imputabilité, n'est pas commentée dans ce mémoire. Le fait que le MSSSS ait un dirigeant élu, choisi par le Gouvernement me satisfait et je ne désire point m'aventurer dans cette direction.

Les régies régionales sont gérées par un CA composé pour la majorité de ses membres, de personnes élues au suffrage universel, lors d'élections se tenant en même temps que les élections municipales, ce qui favorise la participation des citoyens et donne une meilleure légitimité démocratique aux CA des régies régionales. Les membres du CA sont rémunérés. S'ajoutent à ceux-ci, des représentants des CSSSS de la région et des représentants des groupes socioéconomiques.

Les CSSSS sont administrés par un CA entièrement composé de personnes élues au suffrage universel, lors d'élections se tenant en même temps que les élections municipales, ce qui favorise la participation des citoyens et donne une meilleure légitimité démocratique aux CA des CSSSS. Les membres du CA des CSSSS sont rémunérés.

LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET LE DOSSIER DE L'USAGER

Les technologies de l'information seront au cœur de la réussite de toute réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux, quel que soit le modèle adopté. En ce sens, il faut absolument que dans un avenir rapproché, soit d'ici au maximum trois ans, toute personne qui se présente dans n'importe quel CSSSS du réseau de la santé et des services sociaux ait accès à son dossier complet et à jour, sans égard à son lieu d'origine ou au lieu où elle consulte. La question de la confidentialité ne doit pas faire obstacle à cet objectif mais être gérée adéquatement pour assurer le respect des renseignements personnels. Une telle structure technologique permettra également d'imputer et de facturer les frais de soins de base reçus hors secteur, au CSSSS du territoire de résidence de l'utilisateur soigné **(à ne pas confondre avec l'utilisation des services régionalisés ou nationaux mentionnés plus haut).**



PARRAINAGE CIVIQUE DE LA BANLIEUE OUEST West Island Citizen Advocacy

Part One: Organization of Services

- 1- While the idea of a territorial decision making team might be a good one, it would be difficult to implement due to the lines of responsibility and attitudes already established among establishments.
- 2- Since the CLSCs already have developed a team concept around specific populations, i.e. mental health, intellectually handicapped, families, how would they work with the other establishments, i.e., the hospitals and long term care facilities as well as rehabilitation centres.
- 3- It is unrealistic to expect the family doctor to coordinate the services for patients.
- 4- Specialized services that are more regionalised and specialized would be a great hardship for families. The people who need them most are least able to get to distant points of service.
- 5- Computerized files for patients need to guarantee the confidentiality of patients.
- 6- It is unrealistic to think that doctors will accept changes to the way they are paid.
- 7- Budgets given by population and results can still be manipulated , especially in the «results» area.
- 8- The community groups sector should not be placed with the private sector. Community groups do not charge for services and should be apart. The Clair Commission must look at voluntary associations and community groups more closely as they do a tremendous amount of work and are always last to receive recognition and funding. If every volunteer were to quit in Quebec, the results would be devastating.

Part Two: Funding

- 1- Raising taxes should not be an option in this province.
- 2- Paying for access would mean death to many of our proteges.
- 3- Paying for private services or selling our few precious resources outside the province would increase the doctors' income and weaken the already stretched services we have, resulting in again, death to the poor and vulnerable.
- 4- We cannot reduce free services.
- 5- Caisses spéciales are poorly disguised tax hikes.
- 6- We cannot manage with the funding we have. We need more. This is the bottom line.

PARTI DE LA DÉMOCRATIE SOCIALISTE

Un Québec en santé et libre pour tout le monde.

Le Parti de la démocratie socialiste est un parti des travailleuses et des travailleurs, de femmes et d'hommes de diverses origines culturelles, de jeunes et de gens âgés, qui veulent tous et toutes vivre dans un pays libéré des inégalités et des injustices.

Pour un système public, universel de soins gratuits et de qualité.

Les réformes et les coupures dans le réseau de la santé, accélérées par l'objectif d'atteinte du déficit zéro, ont plongé dans la détresse et la précarité un grand nombre de Québécoises et de Québécois. La tarification sous différentes formes et le délestage vers l'entreprise privée de larges pans du réseau de services n'ont fait que réduire l'accessibilité à des soins de qualité sans atteindre l'objectif du contrôle des dépenses du gouvernement vers la santé. Les femmes à la maison remplacent gratuitement l'hôpital et le foyer de gens âgés et les personnes « survivant » sous le seuil de pauvreté doivent choisir entre le paiement du loyer, la nourriture ou se soigner.

Nous réitérons notre engagement à défendre un système « public », universel, de soins gratuits et de qualité dans le cadre d'un projet de société qui s'est développé à travers les luttes sociales et politiques de notre courte histoire démocratique.

Financer et organiser la santé : un droit ou un luxe?

Pourquoi nous semble t-il que la Commission évite de poser un diagnostic avant de débattre des solutions? D'accord, nous connaissons tous et toutes les symptômes. Mais quelles sont les causes? Pourquoi balayer les premiers principes du réseau public de santé et des services sociaux, assises du projet de société que nous nous étions donnés? Est-il suffisant d'invoquer la courbe démographique du vieillissement? Nous ne le croyons pas.

Pour faire de la prévention contre l'Alzheimer de notre mémoire collective, il est bon de nous rappeler notre histoire de santé. Il y a 40 ans et quelques poussières, le Québec commençait à édifier son projet de société par l'établissement d'un réseau de services publics basé sur l'accessibilité, la gratuité, l'universalité dans le but d'une redistribution de la richesse pour le bien commun. Ainsi était mis en place notre système de santé, modèle envié de tous.

Malgré le constat qui avait permis d'identifier les causes sociales des problèmes, l'État a bien vite cédé aux pressions néolibérales. Devant les enjeux, il a plutôt préparé le terrain idéologique pour mettre de l'avant la privatisation des services médicaux et sociaux en



conjuguant habilement: les limites de plus en plus évidentes de la médecine face à l'actuelle «production sociale» des «maladies» (toxicomanies, sida, sous-alimentation, itinérance, sur-médicamentation, violence, suicide, etc.); l'augmentation des coûts du «système médical» auquel s'ajoutèrent la crise économique puis l'objectif du déficit zéro; le « partenariat » avec le privé; la mauvaise gestion des dirigeants d'hôpitaux; la valorisation du bénévolat; la nouvelle qualification du bénéficiaire devenant client (client = payeur); avec une véritable campagne de culpabilisation envers la population utilisatrice des services.

Vingt ans à construire, vingt ans à démolir...

Des questions fondamentales à se poser

Les «milieux progressistes», préoccupés par l'accessibilité et la gratuité à des services de santé, ont soulevé à maintes reprises quatre grandes questions: la sur-spécialisation qui résulte dans le morcellement de la personne, l'absence de dimension collective dans la manière traditionnelle d'évaluer les problèmes de santé, l'importance démesurée du curatif au détriment de la prévention et, enfin, la nécessité de démocratiser davantage le système: l'organisation et la distribution des services. Dans l'organisation des services, il s'impose toujours de reprendre ses quatre grands axes qui obligent à une transformation des pratiques «professionnelles».

Les CLSC devraient retrouver leur mission d'origine, avec les ressources nécessaires pour une équipe multidisciplinaire de prévention de «première ligne» dans la communauté. Dans la même lancée, nous nous joignons à la Coalition Solidarité Santé et réclamons que les services de soutien à domicile redeviennent publics et gratuits.

Le partenariat public avec le privé et le communautaire : des missions différentes

Les organismes communautaires ont réclamé le respect de leur autonomie et le soutien de leur action par un financement de base, non lié aux services qu'ils pourraient offrir. De plus, l'universalité des services médicaux et sociaux et l'accessibilité à ceux-ci doivent être liées à des principes de justice et de redistribution des richesses collectives. Ces principes auxquels la privatisation dans un système de concurrence «néolibérale» ne peut adhérer.

Le financement d'un service public : un choix politique

Les recettes du gouvernement doivent provenir d'un système fiscal prélevant des impôts auprès des particuliers et des entreprises. C'est le moyen le plus adapté pour assurer un financement équitable et stable des programmes et services pour l'ensemble de la population. Même si le salariat des médecins et le contrôle de la croissance des coûts des médicaments amènent des opposants de taille, de nombreux intervenants le

revendiquent. Nous le réitérons, ces deux moyens doivent faire partie des conditions pour l'établissement d'un régime public équitable, accessible et efficace par un contrôle des coûts tout en assurant des services à toutes et à tous.

Les déterminants de la santé

L'heure est donc venue de réinvestir maintenant dans les services publics, dans les programmes sociaux, dans le développement durable. Car il nous faut agir sur les déterminants de la santé, condition première pour garantir aux Québécoises et Québécois le droit à la santé et pour garantir la prévention contre une perte de contrôle des coûts sociaux. Le réinvestissement d'au moins 10 milliards \$ maintenant pour combler le déficit social ... et le recouvrement de la santé!



PHARMAVISION QUÉBEC INC.

PharmaVision est un organisme unique au Canada qui, depuis 1983, travaille à regrouper tous les intervenants de l'industrie biopharmaceutique, du milieu de la recherche en santé et des instances gouvernementales. L'organisation agit comme une table de concertation pour ses membres.

PharmaVision veut promouvoir les intérêts de l'industrie biopharmaceutique et stimuler son développement et son expansion au Québec. Parmi tous les enjeux de l'industrie biopharmaceutique québécoise, PharmaVision entend apporter une attention particulière à l'accès au marché, à la recherche et au développement, aux brevets, à la main-d'œuvre et à la formation ainsi qu'à la fiscalité. Pour chacun de ces axes, PharmaVision désire mesurer la compétitivité du Québec de façon à maintenir sa position de chef de file et assurer l'augmentation des investissements en recherche.

Le gouvernement du Québec ayant prévu la nécessité de revoir l'organisation du système de santé, nous avons donc l'occasion de dresser un bilan d'ensemble et de proposer quelques solutions qui, nous l'espérons, sauront aider la Commission dans sa réflexion sur le système de santé québécois. Vous trouverez donc ci-après certains constats et quelques pistes de solutions susceptibles d'arrimer les besoins de la population aux réalités vécues par le réseau, par ses gestionnaires et par ses professionnels.

A) Les constats

- Au niveau des grands constats, le vieillissement de la population est sans contredit un des défis les plus importants à relever pour le réseau de santé;
- La faible croissance démographique du Québec alourdira le fardeau du financement qu'auront à assumer les générations montantes.
- Un autre facteur à considérer, est celui des maladies chroniques qui exercent déjà des pressions sur le système. À ceci s'ajoute le phénomène des nouvelles maladies.
- L'explosion des nouveaux traitements et des nouvelles technologies
- La globalisation et l'accès facile à l'information sur le réseau Internet

B) Des pistes de solutions

Pour PharmaVision, l'utilisation judicieuse des nouveaux médicaments favorise l'amélioration de la qualité de vie des Québécoises et des Québécois, tout en économisant des ressources jugées précieuses pour le système de santé, et ce, grâce à une réduction du nombre des hospitalisations et au remplacement de traitements plus onéreux et moins efficaces. Or, il semble qu'il y ait un écart entre l'utilisation des médicaments et le traitement optimal.

Comme mentionné dans le Rapport Arpin, nous considérons que :

« (...) dans un souci d'obtenir le meilleur rendement possible des sommes investies par le gouvernement et par les individus, l'utilisation optimale des médicaments devrait être assurée par la mise en place ou la consolidation d'un ensemble de mesures, »

En plus de mieux coordonner l'ensemble des interventions, il nous apparaît important d'instaurer des programmes de traitement optimal de la maladie ou la gestion thérapeutique, tels que ICON et PRIISME. Ces programmes fondés sur le partenariat entre les différents intervenants du domaine de la santé permettent d'améliorer le traitement de la maladie et une meilleure gestion médicale et budgétaire.

Nous proposons également la création de bases de données qui permettraient de faciliter la recherche en vue de déterminer les meilleures pratiques en matière de soins de santé, y compris les médicaments.

Finalement, nous recommandons fortement les partenariats privé-public dans la prévention et la promotion de la santé. Il est, à notre avis essentiel que ceux et celles qui partagent cet objectif affirment leur engagement en posant des gestes concrets.

En conclusion, l'industrie biopharmaceutique québécoise et mondiale a contribué significativement à l'amélioration des soins de santé et à leur efficience au cours des dernières années. Ce rôle continuera à s'accélérer via la mise en place de programmes de gestion optimale de la santé.

Toutes les interventions mises sur pied pour maîtriser les coûts du système de santé se doivent d'être minutieusement regardées. Mesurées, validées et ce, à intervalles réguliers afin de bien connaître de façon quantitative leur impact économique sur les coûts du système de santé en général.

**PICHÉ, MARCEL**

Conseiller en services de santé

Un aspect de la gestion budgétaire des hôpitaux

Ce que le mémoire démontre, c'est qu'au delà d'un certain niveau, l'ajout de médecins ne contribue pas à l'amélioration de la santé des gens et qu'une surabondance de médecins entraîne des effets dévastateurs sur les budgets de la santé tout en étant improductifs voire même, dangereux pour la santé. La situation du Québec en est une que l'on peut qualifier de sureffectif médical.

Pour juger de l'état de santé de diverses populations, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ne retient qu'un critère soit celui de l'espérance de vie à la naissance. Le Canada se classe au 6^e rang. Au Canada, l'espérance de vie est demeurée à peu près stable depuis une dizaine d'années. On observe peu de variations entre les provinces même si le nombre de médecins cliniciens variait beaucoup d'une province à l'autre en 1994 passant de 120 médecins par 100 000 habitants (I. du P. E.) à 179.8 au Québec. Le Québec a le plan des effectifs médicaux le plus imposant du Canada et l'effectif est en croissance alors qu'il est soit stable ou en régression ailleurs. À partir de 2005, l'effectif médical du Québec prendra une accélération même s'il est actuellement en croissance notable. Ce qui frappe, c'est que l'importance de l'effectif médical de n'importe quelle province n'influence pas l'espérance de vie à la naissance. À titre d'exemple, l'Ontario avec un effectif médical de 9% inférieur à l'effectif du Québec en 1994 présente une espérance de vie de sa population légèrement supérieure à celle du Québec. À très courte échéance, l'effectif médical du Québec dépassera celui de l'Ontario par une marge de 18%. Qui peut avoir intérêt à recommander un plan des effectifs médicaux aussi imposant ?

Une seule organisation s'est identifiée soit, le Collège des Médecins du Québec. Selon un article paru dans le quotidien Le Soleil le 19 janvier 2000, le CMQ invoque la pénurie de médecins et décide d'ouvrir les valves et d'assouplir les règles pour l'entrée de médecins étrangers dans la profession. À partir de quelle base, peut-on affirmer qu'il y a pénurie alors que le Québec a toujours été la province avec le plus grand nombre de médecins par 100 000 habitants et que cette situation est en voie de s'accroître selon un taux de croissance impressionnant ? Aucun avantage identifiable découle d'un plan d'effectifs imposant. Par ailleurs, les désavantages sont nombreux.

Au plan budgétaire, si le Québec avait eu en 1994 la même norme que l'Ontario pour ce qui a trait à l'effectif médical, les économies auraient été au minimum de **381 millions de dollars**. La loi 107 dite anti déficit ignore l'impact de l'effectif médical sur l'équilibre budgétaire des hôpitaux. L'effectif médical est déterminé par une décision du conseil des

ministres et, il a été augmenté de 65 postes d'admissions en médecine à l'été 1999. Les administrations hospitalières n'ont aucun pouvoir de décision sur cette question des effectifs médicaux et, les nouveaux médecins vont de toutes les façons se déployer majoritairement dans les divers établissements de santé. On rend les administrations hospitalières responsables de l'équilibre budgétaire tout en sachant que la croissance des effectifs contribuera significativement au déséquilibre budgétaire !!!!

Selon deux études récentes, les erreurs médicales causent plus de décès que les accidents de la route, le cancer du sein ou le Sida. Au Québec, il y a eu en 1999 759 décès par accident routier. Le nombre de décès par erreurs médicales dépassent donc ce nombre. Les erreurs médicales sont fonction du nombre de médecins cliniciens et un surcroît de médecins entraîne automatiquement un surcroît de décès. On peut estimer que les décès qui auraient pu être évités en 1994 auraient été de l'ordre de 68 et, que ce nombre doublera dans quelques années.

La principale conclusion du mémoire, c'est qu'à l'égard de la composante médicale, le Québec détient trois solides records au Canada. Quatre facultés de médecine, un effectif médical qui dépasse largement la situation observée dans les autres provinces ainsi que la proportion de médecins spécialistes la plus élevée. L'ensemble de ces facteurs contribue à déstabiliser l'équilibre budgétaire tout en provoquant des décès tout à fait évitables.

Quelques solutions ont été envisagées. La principale étant l'adoption d'une norme réduite de médecins cliniciens par 100 000 habitants idéalement appariée à la moyenne canadienne ou à la moyenne ontarienne.



PROTECTEUR DU CITOYEN

CHOIX ÉTHIQUES ET BUDGETAIRES : UN ÉQUILIBRE À DÉFINIR DE CONCERT AVEC LES CITOYENS

Le Protecteur du citoyen rappelle aux membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux que les différentes réformes du système de santé et des services sociaux ont voulu placer l'usager et ses droits au cœur du système dont les assises sont le respect des valeurs d'accessibilité, d'universalité, de gratuité et de continuité des services. Elles ont prévu des mécanismes afin d'accroître la participation des citoyens à l'évolution du système et de permettre l'expression ainsi que le respect de leurs droits.

Le Protecteur du citoyen constate que d'importantes brèches se sont creusées en ce qui concerne le respect des principes fondamentaux qui sont à la base de notre système. Les resserrements légaux et budgétaires ont contribué à limiter considérablement l'accès aux soins et aux services. Le recours au secteur privé et l'imposition de frais pour des services autrefois gratuits se répandent. Les moins bien nantis sont les plus durement touchés par l'incapacité du réseau à offrir dans un délai acceptable l'ensemble des soins et des services requis.

Le Protecteur du citoyen estime nécessaire que la Commission trace un bilan de l'application des principes fondamentaux avant que soit entreprise, avec les citoyens, une réflexion sur leurs besoins et leurs attentes, comprenant l'identification des balises qui doivent guider les choix des administrateurs et des professionnels de la santé quant à la nature des services de santé et des services sociaux à dispenser, ainsi que sur les limites qu'il est acceptable d'apporter à leur prestation. Un débat doit se tenir sur l'équilibre nécessaire entre les choix éthiques, les choix sociaux et les choix budgétaires.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que les mécanismes de consultation et d'expression des droits des usagers prévus dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont une source privilégiée d'informations à la disposition des décideurs, puisque ces outils peuvent contribuer à alimenter une réflexion globale et continue sur l'organisation des services et le financement du réseau. Ces mécanismes favorisent aussi le contrôle de la qualité des soins et des services, ce qui est primordial dans un réseau aussi vaste que complexe, duquel on exige une grande flexibilité pour répondre aux nouveaux besoins d'une société en constante mutation. Ces mécanismes doivent donc être stables, permanents, crédibles et porteurs d'informations pertinentes. Or, leurs faiblesses ne leur permettent pas de répondre adéquatement à ces attentes. De plus, les lacunes observées par le Protecteur du citoyen ne permettent pas aux usagers de faire valoir efficacement leurs droits et de contribuer à l'amélioration du système.

Le Protecteur du citoyen émet une série de propositions à la Commission, de même qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux, concernant les correctifs à apporter.

Propositions du Protecteur du citoyen

- 1- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux suspende l'application de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux;
- 2- Que la Commission dresse un bilan de l'application des principes d'accessibilité, d'universalité, de gratuité et de continuité;
- 3- Que la Commission privilégie un scénario d'organisation, de gestion et de financement des établissements favorisant la coordination et la complémentarité de ceux-ci dans la prestation des soins et des services sur une base régionale ou sous-régionale;
- 4- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux crée un forum national d'examen des considérations éthiques dans le choix des soins et des services à offrir à l'usager en regard des ressources financières, matérielles et humaines;
- 5- Que le mandat des comités d'éthique au sein des établissements soit révisé afin que toute décision administrative et budgétaire affectant la qualité, l'accessibilité des soins et des services et le respect des droits des usagers leur soit soumise;
- 6- Que la Commission suggère les solutions à apporter aux problèmes liés aux mécanismes de consultation de la population et d'expression des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux;
- 7- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée afin que le responsable des plaintes relève directement du conseil d'administration de l'établissement;
- 8- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée par l'introduction d'une disposition selon laquelle le responsable des plaintes sera entendu au moins une fois par année par le conseil d'administration;
- 9- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée afin de confier au responsable des plaintes le pouvoir d'émettre des recommandations visant l'amélioration de la qualité des services;
- 10- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée afin d'accorder au responsable des plaintes le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative;
- 11- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse des lignes directrices quant à la procédure d'examen des réclamations par les établissements du réseau;
- 12- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie à la Commissaire aux plaintes le mandat de veiller à l'application des lignes directrices par les établissements;



- 13- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure qu'une formation soit donnée aux responsables du traitement des plaintes;
- 14- Que la structure du système de traitement des réclamations soit modifiée par l'abolition du palier régional d'examen des plaintes.
- 15- Que soit insérée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux l'obligation pour les établissements de rendre compte périodiquement à la régie régionale de l'objet des réclamations reçues et de leur traitement;
- 16- Que les usagers aient le droit de s'adresser à un recours externe et indépendant du type ombudsman législatif;
- 17- Que, à tout le moins, la Commissaire aux plaintes ait le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative;
- 18- Que la Commissaire aux plaintes puisse intervenir de manière systémique, notamment lorsque des réclamations sont récurrentes;
- 19- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure directement le financement des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- 20- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux instaure un processus continu d'évaluation des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement aux plaintes impliquant ces organismes, les régies régionales et la Commissaire aux plaintes;
- 21- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie aux organismes d'assistance et d'accompagnement aux plaintes le pouvoir d'émettre des recommandations à la Commissaire aux plaintes quant à l'amélioration du système de traitement des réclamations et de la qualité des services offerts par le réseau;
- 22- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux instaure un processus continu de formation des personnes oeuvrant au sein des organismes d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- 23- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée pour accorder aux comités d'usagers le pouvoir d'agir de leur propre initiative et d'émettre des recommandations à la régie régionale ou à la Commissaire aux plaintes;
- 24- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux instaure un processus continu de formation des membres des comités d'usagers des établissements du réseau;
- 25- Que soit instauré un processus d'arbitrage des différends opposant un citoyen prestataire de services à un établissement ou à une régie régionale.

Pour un réseau public et intégré de la santé et des services sociaux au Québec

1- Le financement des services

La situation actuelle dans la santé n'est pas seulement le résultat des coupures dans les transferts fédéraux vers les provinces mais elle résulte également des choix budgétaires du gouvernement Bouchard et de sa hantise du déficit zéro. Le gouvernement du Parti québécois gère le système de la santé et des services sociaux dans un seul horizon budgétaire. Il a perdu de vue les besoins de la population et des régions. Sa hantise du déficit zéro et son train de coupures, l'absence de vision quand au développement du réseau et de sérieuses lacunes au niveau de la planification, sont en grande partie responsables de la détérioration des services et de la crise que traverse le réseau actuellement. Est-il possible que le véritable problème ne soit pas vraiment l'augmentation des coûts mais plutôt le sous-financement des services? Sous ce gouvernement, le Québec est devenu la province dont les dépenses de santé par habitant sont les plus faibles. Il nous apparaît donc que le gouvernement Bouchard cherche à gonfler la facture pour mieux nous faire accepter ses orientations néo-libérales en matière de santé. Le scénario est connu. Il ressemble malheureusement à celui de la Commission parlementaire sur la réduction des impôts des particuliers. Les arguments en faveur d'une privatisation graduelle du réseau de la santé se retrouvent à pleines pages des journaux au service de la finance: "l'état gère mal, les services seraient mieux donnés et à moindre coût par le privé". L'utilisation de la langue de bois bureaucratique tente de masquer la volonté du gouvernement Bouchard de promouvoir un recours accru au secteur privé dont la part est déjà passée de 18.5% en 1980 à 30.9% en 1999. " La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers " est une autre tentative de refiler la facture aux usagers. Ce qui est décevant en outre, c'est que la présente consultation paraît être un simple exercice par lequel le gouvernement valide ses propres thèses, lesquelles sont déjà annoncées par les fréquents commentaires sur le sujet émis sur le sujet par les ministres Marois, Landry, Léonard et compagnie. Le RAP se prononce clairement pour un système de santé public. Non seulement s'oppose-t-il à toute tentative d'accroître la place du secteur privé, mais il se prononce pour un rôle accru du secteur public. Une privatisation accrue des services de santé ne permettrait aucunement de résoudre les principaux problèmes que connaît le réseau de la santé, que ce soit au plan des coûts comme de leur efficacité (listes d'attente). Il s'oppose également à toute tentative d'accroître la part du financement par les usagers. Le financement doit être public et contrairement à ce que laisse entendre le gouvernement Bouchard et le guide d'animation de la commission, ce financement public n'a pas à être assuré uniquement par une

augmentation des impôts. Mais s'il le faut, le RAP a le courage de favoriser " l'augmentation des impôts pour suffire à la croissance des coûts du système ". Cependant, il n'est aucunement question pour nous de faire porter les augmentations d'impôts par les plus démunis et les classes moyennes mais par les grandes entreprises et les mieux nantis qui ont largement bénéficié des réformes fiscales depuis 1984. De plus, L'assurance-médicament coûterait moins cher si on réduisait les privilèges consentis aux compagnies pharmaceutiques; Le gouvernement Bouchard fait porter le poids de ces subventions par les malades ! Le RAP s'oppose donc à toute forme de désassurance, à tout ticket modérateur, sous-traitance ou vente de service spécialisé. Selon nous, le financement et l'organisation du système sont intimement liés et ils doivent d'abord s'articuler en tenant compte des besoins de la population et des régions du Québec.

2- L'organisation des services

Voici les principales solutions que nous proposons au plan de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux qui auront un effet bénéfique au plan du financement:

- Avant tout, le RAP tient à affirmer que toute réforme de l'organisation des services doit respecter les principes suivants: l'accessibilité à des services publics, leur gratuité et leur qualité.
- Renforcer les services de première ligne (médicaux, psychosociaux, communautaires, aide et soins à domicile) offerts par les CLSC afin qu'ils deviennent la véritable porte d'entrée du système et mieux harmoniser ceux-ci avec les services de deuxième ligne offerts par les CH, plus spécifiquement les urgences. Améliorer l'accessibilité des CLSC en étendant les heures d'ouverture les soirs et fins de semaine et en augmentant les services sociaux courants.
- Assurer une meilleure coordination entre les établissements de première ligne, les structures hospitalières, les centres de soins de longue durée, de réadaptation, d'hébergement, les centres de jour et les soins à domicile.
- Confier à une équipe de professionnels composée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé la dispensation de services intégrés. Toutefois, le RAP croit que ces services doivent d'abord être assurés par les CLSC.
- Pour pallier à la pénurie générale de médecins, le RAP propose les mesures suivantes : il faut former plus de médecins et plus de spécialistes en augmentant les admissions à l'Université. Il est également possible d'avoir recours davantage à d'autres catégories de personnel (infirmières cliniciennes, infirmières, anesthésistes, sages-femmes, etc.) et d'augmenter les actes délégués à celles-ci. Il est à noter l'avance de l'Ontario en ce domaine. Favoriser l'octroi de permis restrictifs pour les médecins formés hors-Québec.

Le RAP remet en question la rémunération à l'acte comme mode de paiement dominant.

- Répartir, au moyen du contrôle des permis de pratique, les médecins sur le territoire du Québec en fonction des besoins de la population.
- Augmenter les investissements pour les soins de longue durée et l'hébergement pour les personnes âgées et en perte d'autonomie.
- Accroître considérablement la prévention primaire et secondaire, notamment la réassurance de certains services, les campagnes de prévention, d'information, de vaccination contre les maladies épidémiques, le dépistage précoce des maladies, les programmes auprès des clientèles à risques. La prévention coûte moins cher que le curatif.
- L'établissement d'un régime d'assurance médicament universel et public et l'achat des médicaments au coût le plus bas;
- Fusionner l'ensemble des enveloppes budgétaires des établissements et de la RAMQ (frais médicaux) et revoir le mode de budgétisation des hôpitaux et d'autres établissements. Le nouveau mode de financement devra avoir pour objectif d'assurer un financement adéquat fondé sur les besoins de la population desservie et non d'accorder un financement conditionnel à l'atteinte d'objectifs de performance qui ne viseraient qu'à faire des économies.
- Un appui du RAP à la régionalisation tant des enveloppes budgétaires que de l'organisation des services serait conditionnel à un financement national adéquat et à la mise en place de normes nationales qui garantissent une accessibilité à des services de qualité à l'ensemble des citoyens et citoyennes du Québec. Le RAP s'oppose à ce que la régionalisation serve de prétexte à un désengagement de l'État national comme cherche à le faire le gouvernement Bouchard.
- Le RAP se prononce pour une augmentation du personnel et pour un investissement accru dans la formation de ce personnel.



REGROUPEMENT DES ASSUREURS DE PERSONNES À CHARTE DU QUÉBEC (RACQ)

Selon les chiffres du Ministère de la Santé et des Services sociaux, le vieillissement de la population pourrait faire augmenter de 50 %, d'ici 25 ans, le coût des dépenses de santé et de services sociaux (page 7 du document sur le financement). Si l'on ajoute une inflation moyenne de 2,5 % à 3,0 % par année et un accroissement des coûts pour la technologie et les nouveaux médicaments de l'ordre de 1,5 % à 2 % par année, il s'agit d'une augmentation de l'ordre de 150 % pour l'an 2025.

Au niveau du financement, il est d'ores et déjà acquis que de nouvelles sources de revenus devront être envisagées.

Le régime général d'assurance médicaments est implanté depuis maintenant près de 3 ans. Dans l'ensemble, il fonctionne très bien. Même si certains correctifs sont souhaitables (dont le contrôle des coûts de certains médicaments), des mécanismes existent pour trouver des solutions.

Le régime d'assurance médicaments pourrait voir sa couverture étendue et ainsi prendre en charge certains services de soins de santé des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, sauf pour certaines catégories de personnes comme les plus démunis, les retraités, etc...

La couverture des actes en question deviendrait l'apanage du secteur de l'assurance collective, avec un mécanisme de mutualisation des risques. La population non couverte par l'assurance collective serait prise en charge par l'État moyennant des primes appropriées, libérant d'autant les budgets des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Le transfert des soins des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie à un régime mixte (privé et public) pourrait s'effectuer progressivement.

De plus, avec la technologie disponible, il serait possible d'avoir un fichier personnel de l'historique de santé des usagers et d'ainsi faciliter la rapidité des interventions, en cas d'urgence. Un tel fichier permettrait également d'économiser sur les coûts du système, en réduisant le besoin de certaines analyses, de même que sur les frais administratifs de conservation de renseignements provenant de diverses banques qui peuvent difficilement communiquer entre elles.

En conclusion, les assureurs privés sont en mesure de faciliter le maintien de programmes universels, en utilisant le modèle du régime d'assurance médicaments.

Ce régime est une création québécoise qui fonctionne, pourquoi ne pas l'utiliser davantage au bénéfice des soins de santé.

REGROUPEMENT DES JEUNES GENS D'AFFAIRES DU QUÉBEC

À titre d'intervenant socio-économique, le Regroupement des jeunes gens d'affaires du Québec (RJGAQ) a, à de multiples reprises, fait savoir l'importance qu'il accordait à la gestion efficiente des deniers publics dans une perspective d'équité entre les générations.

L'heure des réinvestissements ayant sonnée, il est plus que jamais temps de faire preuve de vision et de prendre des décisions qui sauront être profitables à long terme. En ce sens, le débat amorcé sur la question de la santé revêt une importance capitale pour nos membres, non seulement à titre d'utilisateurs, mais aussi et surtout à titre de contribuables. Après tout, faut-il le rappeler, nous serons de ceux qui auront à supporter le fardeau grandissant que suppose une population vieillissante.

En questionnant en profondeur le financement et l'organisation des services, le gouvernement québécois agit comme un État responsable et soucieux d'une utilisation efficiente de l'avoir collectif.

Si intéressant soit-il, pour être véritablement bénéfique, l'effort de consultation devra rapidement déboucher sur des gestes concrets. À ce titre, le Regroupement porte à l'intention des commissaires cinq pistes d'actions relatives aux questions mises à l'examen :

- Le RJGAQ est d'avis que la distribution des ressources financières doit impérativement être revue afin d'être en mesure de répondre aux besoins qui iront grandissants d'ici 2030. Les Québécois étant déjà largement taxés et imposés de diverses façons, une telle démarche devrait par ailleurs se baser sur une réorganisation en profondeur de la distribution des ressources financières du système lui-même et non sur une contribution accrue des usagers. À ce titre, une répartition des argents basée sur la clientèle et les services offerts au plan régional plutôt que sur les établissements mériterait d'être explorée.
- Le RJGAQ est d'avis qu'aucune réorganisation digne de ce nom ne pourra être effectuée sans un assouplissement des règles administratives et syndicales traditionnellement liées au secteur de la santé et des services sociaux. À ce chapitre, le Regroupement porte à l'intention des commissaires l'intelligence des recommandations avancées par le Front commun des associations d'établissements dans le cadre des dernières négociations du secteur public. Des recommandations voulant notamment que les clauses normatives des conventions collectives, que ce soit la gestion des listes de rappel, la mobilité interne du personnel ou les horaires et congés fériés, soient négociées au plan local et non plus de manière uniforme à l'échelle nationale.



- Le RJGAQ est d'avis qu'une organisation efficiente des services et des soins de santé passe par une intégration régionale des services offerts. À ce titre, les réseaux intégrés de services médicaux sans rendez-vous, établis dans les régions de Sherbrooke et de Québec depuis 1996 et 1997, pourraient, selon le Regroupement, représenter une piste d'action intéressante. Simple, la formule a, en outre, pour avantage de ne nécessiter presque aucun nouvel investissement puisque la majorité des CLSC et cliniques privées sont déjà complémentaires au plan des services offerts.
- Le RJGAQ ne souhaite pas voir l'administration des soins et sa gestion passer massivement entre les mains de l'entreprise privée. Ceci dit, le Regroupement est cependant d'avis que le passage de certains pans des activités du réseau entre les mains d'entrepreneurs indépendants pourrait être une bonne chose, notamment au plan de la gestion matérielle et immobilière des établissements, qu'ils soient hospitaliers, d'hébergement ou de réadaptation, et des services de soutien : buanderie, restauration, etc.
- Offrir des services intégrés de prévention et de soins présuppose des consultations plus longues avec les patients. Le mode de rémunération à l'acte actuellement en cours va exactement en l'encontre de ce principe. Le RJGAQ est donc d'avis qu'il faudrait revoir la rémunération des médecins pour la ramener sur une base salariale. Une rémunération qui pourrait tenir compte du type d'établissement auquel les médecins sont rattachés : centre de soins de longue durée, CLSC, etc. et de la clientèle qu'ils desservent (cas lourds, santé mentale, personnes âgées, toxicomanes, etc.).

REGROUPEMENT INTERORGANISMES POUR UNE POLITIQUE FAMILIALE AU QUÉBEC

1- Introduction

Les familles tiennent à cœur plusieurs des questions qui concernent la santé

Pour promouvoir une Politique de la Santé, il importe que les familles affrontent elles-mêmes des défis et conduisent elles-mêmes des actions qui leur sont propres. Les familles peuvent apporter des ressources considérables pour répondre à divers besoins en santé. Il se trouve que les familles désirent la santé pour leurs membres ou la guérison des maladies de ceux-ci. Par leurs comportements, les familles donnent à voir la santé comme un but à atteindre. Les familles en donnent des signes par leurs efforts pour soigner les malades à l'intérieur de leur maison, par leurs démarches pour recourir aux divers services de santé ou autrement.

Les organismes familiaux et la santé

Les familles augmentent leur contribution à la solution des problèmes de la collectivité en matières de santé, en se regroupant entre elles dans des organismes familiaux.

Les familles, les citoyens et la santé

Au-delà des familles dans ce qu'il y est convenu d'appeler la société civile, il y a les citoyens et leurs associations. Les familles sont conscientes des problèmes de santé qui se posent dans la collectivité et qu'elles se doivent de contribuer à les résoudre.

2- Les points de vue des familles, des citoyens, des malades

Les familles sont en elles-mêmes des entités sociales. Elles ont des droits et des obligations par rapport à la société. Ce qui aide à voir, par exemple, qu'une mère ou un père d'un enfant sont autre chose que « des aidants naturels » pour leur enfant. Le fait que les familles soient des composantes de la société entraîne que celles-ci ont à faire valoir leur propre point de vue par rapport aux organismes de santé et aux services sociaux lesquels opèrent dans cette même société.

Un phénomène nouveau : le citoyen internaute et la santé

Ce qui est nouveau, si un citoyen est internaute, et la plupart des citoyens vont le devenir bientôt, c'est qu'il ne dépend plus autant de la télévision ou des médias de masse pour s'informer ou pour se faire une idée à propos des questions de santé.

Les problèmes en santé dans divers pays

Les citoyens sont amenés à pouvoir reconnaître dès maintenant un fait massif



autant qu'indéniable : les difficultés en matières de santé se manifestent dans divers pays, dans l'ensemble des autres provinces du Canada et non pas seulement au Québec.

Les problèmes québécois concernant la santé

Les Québécois savent très bien que leur gouvernement n'est pas le seul à intervenir dans nos affaires de santé. Il est réaliste de garder à l'esprit que des organismes et des groupes divers y interviennent eux aussi et qu'ils le font pour des enjeux considérables et de mille manières.

Le rôle des médias

On ne peut pas sous-estimer l'intervention des entreprises de télévision et de médias quand il s'agit d'une Politique de la Santé.

3- De quoi s'agit-il? Assurance santé ou assurance maladie

Inutile de chercher sur la Carte Soleil le mot « santé », on y trouve l'expression « assurance-maladie ». Quoique sur cette carte une personne puisse y voir sa photo et sa signature, « cette carte demeure la propriété de la Régie de l'assurance-maladie ».

La prévention et les services

Les efforts de prévention paraissent secondaires à l'intérieur des services de santé ou bien ces efforts y sont marginalisés ou laissés à des organismes externes.

4- De qui s'agit-il?

Une Politique de la Santé doit se fonder sur les familles, sur les citoyens et sur les malades eux-mêmes. Les malades eux-mêmes, les familles et les citoyens sont les premiers fondements d'une Politique de la Santé.

5- Une politique de santé ou de services ?

Une politique des services

Avec une politique dit de services, on obtient une politique qui se définit en fonction d'unités ou d'organismes qui sont formellement constitués et qui se posent comme tels devant le reste de la société.

Les malades : « bénéficiaires », « clients » ou « usagers? »

Les malades y sont appelés les « bénéficiaires » des « services dits de santé », c'est-à-dire qu'ils sont alors désignés comme des êtres auxquels des bienfaits sont donnés par d'autres qu'eux-mêmes.

Le système

Dans un système de services, les malades deviennent des éléments à « gérer » parmi d'autres éléments.

Les départs massifs d'infirmières et de médecins

Ce « système » s'est lui-même mis à nu quand il a enclenché les départs à la retraite pour de très nombreux médecins et infirmières et cela à la grandeur du Québec.

La rémunération des actes médicaux

Les contraintes du « système » sont celles de ce mode de rémunération. Un « acte médical », dans lequel l'élément « médical » est ainsi limité, est un acte qui ne satisfait pas les malades.

6- Regroupement des forces; centralisation : le « CHUM »

Vers un nouveau regroupement des forces

Les familles, les citoyens et les malades eux-mêmes constituent les fondements et les auteurs d'une Politique de la Santé.

Un regroupement des forces et des ressources pour une Politique de la Santé est désormais nécessaire.

La Politique de la Santé et l'Internet

Pour appliquer une Politique de la Santé, des regroupements et associations de familles, de citoyens et de malades, sont à considérer en tenant compte de ce que l'Internet et les nouvelles technologies peuvent leur apporter.

Centralisation : « CHUM »

Un Centre hospitalier de l'Université de Montréal est-il le signe d'un système ou d'une politique de la santé ?

7- Politique sociale ou politique des « services sociaux »

Une politique sociale engage l'action de l'ensemble des citoyens, des familles et de groupes sociaux variés et multiformes, tandis qu'une politique des services sociaux engagent plutôt des organisations de professionnels, lesquels exercent leurs professions en poursuivant des objectifs sociaux ou communautaires.

8- Applications

Une Politique de la Santé pourra être plus solidaire et plus équitable et la présente Politique dite « de services de santé ».



Bénévoles

Une Politique de la Santé mobilisera un plus grand nombre de citoyens, familles ou malades, tous bénévoles.

Médecins

Une Politique de la Santé définira une éthique de la pratique et de la recherche en médecine de manière à sauvegarder les intérêts des malades et les soins à donner à ceux-ci; et elle favorisera de nouveaux rapports entre les médecins d'une part, et les malades, les familles et les citoyens, d'autre part.

Infirmières et infirmiers

Une Politique de la Santé ouvrira plus largement les voies qui s'ouvrent déjà aux infirmières et infirmiers et leur permettra des ouvertures nouvelles.

Leaders en santé

Une Politique de la Santé favorisera ce qu'on peut appeler la promotion de leaders en santé.

Éducation familiale et santé

Une Politique de la Santé développera des programmes d'éducation à la santé dès l'école primaire et offrira des services éducatifs aux parents et aux familles.

Relations de travail

Une Politique de la Santé se devra de créer et de faire croître un climat de paix et de confiance lequel est nécessaire pour les malades et pour les soins qu'il s'agit de pourvoir.

Période d'urgence santé

Une Politique de la Santé fera décréter ce qu'on peut appeler des périodes d'Urgence Santé.

Une carte de Santé

Une Politique de la Santé va faire remettre leur dossier de santé aux malades et aux citoyens eux-mêmes sous forme de cartes numériques, du genre « cartes à puces » ou « cartes intelligentes ».

Les familles, la santé et l'Internet

Une politique de la Santé pourra ouvrir un volet par lequel les familles vont pouvoir mieux veiller à la santé de leurs membres, consulter des experts en médecine et obtenir des informations concernant des traitements ou des médicaments.

9- Conclusion

Une Politique de la Santé se fera en tenant compte d'une Politique des familles, laquelle favorise la prise en charge des familles par elles-mêmes. Ainsi en s'entraidant, les familles pourront acquérir une certaine « autonomie » et une certaine force par rapport aux organismes officiels de santé.

REGROUPEMENT NAISSANCE-RENAISSANCE

Le Regroupement Naissance-Renaissance est un organisme provincial formé de près de quarante groupes communautaires autonomes établis dans l'ensemble du Québec. Le Regroupement, partenaire avec le mouvement des femmes et communautaire, est co-signataire des mémoires présentés par la Table des Regroupements provinciaux et celui de la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux. C'est pour défendre le droit à la santé (droit fondamental), le droit à l'humanisation de la naissance et le droit à des services en périnatalité que le Regroupement s'est fait entendre à cette Commission.

Supporter collectivement la période périnatale représente pour nous un système de santé et services sociaux organisé de façon à le rendre universel, accessible public et gratuit. Les avenues de solutions proposées par le Regroupement Naissance-Renaissance dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux s'inspirent des éléments d'histoire de notre système de santé et de services sociaux et du contexte actuel et s'appuient sur de grands principes qui sont ici soulevés.

La reconnaissance sociale et économique de la maternité et de l'apport des femmes, en terme de temps et d'énergie, pendant la période périnatale n'est pas acquise au Québec. Pourtant la mise en place de services et de mesures sociales et économiques dépend de cette reconnaissance.

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement représentent un processus physiologique naturel attaché au corps des femmes. Notre système de santé a cependant médicalisé la période périnatale. Or, l'approche médicale coûte cher, est déhumanisante, n'est pas toujours efficace et ne répond pas nécessairement aux besoins des femmes et des familles du Québec. Selon nous, reconnaître le processus naturel de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement et viser l'humanisation de la naissance et la période qui l'entoure entraîne, à plus long terme, une diminution des coûts sociaux et de santé.

Dans cet esprit, nous considérons essentiel de mettre l'accent sur la promotion et la prévention et de renforcer, uniformément tout en tenant compte des réalités régionales, les ressources des CLSC pour qu'ils assument leur rôle initial de 1^{re} ligne et de porte d'entrée du système de santé et de services sociaux au Québec.

Dans le contexte actuel, au lendemain de la légalisation de la pratique sage-femme au Québec (septembre 1999), le développement des services sages-femmes et l'intégration de cette nouvelle profession dans le réseau de la santé représente une des belles occasions d'actualiser le virage promotion-prévention dans le réseau de la santé. Nous



invitons le gouvernement à profiter de cette belle opportunité !

D'autre part, les organismes communautaires autonomes en périnatalité offrent des services alternatifs, un milieu de vie pour les femmes et les familles qui traversent la période périnatale. Ces organismes sont sous-financés et nous pressons le gouvernement d'agir, en écho aux revendications menées par le mouvement communautaire autonome avec lequel nous sommes solidaires !

Entre autres grands principes et nous appuyant sur une des quatre grandes convictions de la Politique de périnatalité du Québec, nous réaffirmons que « devenir et être parent fait appel à une solidarité et à une responsabilité collective ».

Fortes de ce principe, nous croyons inacceptable de faire payer des femmes pour des services requis par leur état puisqu'elles contribuent, durant la période périnatale, à la production sociale, à l'avenir de notre société !

Nous disons **NON** à une responsabilité individuelle, d'ordre privée, assumée par les femmes et les familles lorsqu'elles choisissent d'avoir des enfants !

Nous disons **OUI** à une responsabilité collective basée sur des choix sociaux et économiques, sur des valeurs et des mesures concrètes qui soutiennent les femmes et les familles durant la période périnatale !

Selon nous, un pas vers la privatisation et la tarification illustre un recul pour la reconnaissance et économique de l'engagement de la mère pendant la période périnatale.

En 1993, le gouvernement du Québec prenait position en adoptant la Politique de périnatalité. En 2000, cette dernière n'est cependant pas appliquées dans l'ensemble des régions du Québec. Afin d'aller de l'avant concrètement avec cette Politique, nous demandons la création d'un comité de mise à jour et de suivi de l'application de la politique où le Regroupement Naissance-Renaissance siègerait à titre de représentant officiel des femmes et des familles qui vivent la période périnatale.

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

POUR DIMINUER LES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ : RÉDUIRE L'INCIDENCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale est un organisme sans but lucratif qui vise la prise de conscience collective de la problématique des femmes et des enfants victimes de violence. Il regroupe actuellement 48 maisons d'aide et d'hébergement réparties dans 16 régions administratives du Québec.

PRÉSENTATION DE NOTRE AVIS

Le gouvernement du Québec convie la population du Québec à participer à une consultation sur le financement et l'organisation des services de santé et de services sociaux.

À la lecture des documents d'accompagnement de cette démarche, force nous est de constater qu'on nous demande d'emprunter un corridor étroit où seul le financement et les modes d'organisation du réseau de la santé sont mis en examen. Malgré son nom, la commission ne semble s'intéresser qu'au terminus que constituent les services de santé. En effet, le système de services sociaux est complètement absent de la démarche proposée.

La santé des femmes

Si la documentation gouvernementale produite dans le cadre de la présente consultation touche peu les déterminants de la santé, elle passe complètement sous silence la notion de violence conjugale, qui est un déterminant majeur pour les femmes.

La question de la discrimination et de la violence spécifique dont sont victimes les femmes, et souvent par ricochet leurs enfants, n'apparaît nulle part dans les considérations soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le silence du ministère de la Santé et des Services sociaux à ce sujet est d'autant plus surprenant que des études ont révélé que les femmes victimes de violence conjugale étaient en moins bonne santé que les autres. Elles consomment donc plus de soins de santé que l'ensemble des femmes et de la population en général. Et si on se réfère aux statistiques récentes, on peut constater qu'elles constituent une part importante de la population québécoise.



La violence faite aux femmes entraîne des coûts sociaux importants. Nous estimons donc que l'élimination, ou à tout le moins la diminution, de la violence conjugale permettrait à moyen terme de diminuer la consommation de services de santé tant par les femmes que par leurs enfants. Les solutions que nous proposons auront pour effet de diminuer la pression sur le système de santé et par voie de conséquence auront un impact sur les coûts du système.

Structure de l'Avis

Nous reproduisons ici une grande partie d'un avis déjà présenté au MSSS sous le titre *Réunir nos efforts pour diminuer l'incidence de la violence conjugale*¹.

En exposant les éléments d'une mobilisation à poursuivre par une stratégie d'intervention féministe, globale et intégrée qui cible des voies d'action prioritaires avec en bout de ligne une organisation qui tient compte de l'ensemble des besoins des femmes et d'un partenariat issu des besoins, notre avis propose justement une vision et une organisation des services en violence conjugale. Nous croyons qu'une telle voie permettrait d'agir directement sur un déterminant majeur de la santé des femmes et des enfants, d'améliorer la qualité d'action du système et de réduire ses coûts.

UNE MOBILISATION À POURSUIVRE

Depuis vingt-cinq ans, divers services ont tenté de répondre aux besoins des femmes victimes de violence conjugale, des politiques gouvernementales ont été mises en place. Mais en raison d'un manque de volonté clairement affirmée, d'investissements insuffisants et d'orientations claires permettant d'assurer la cohérence des actions, il nous a été impossible d'endiguer ce fléau social.

L'actualisation de la politique *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale* constitue un moment privilégié pour mobiliser tous les acteurs concernés, y compris ceux du système judiciaire, dans une stratégie d'intervention concertée.

Les actions à prioriser

Au niveau des priorités, notons d'une part la prévention en matière de violence faite aux femmes et d'autre part, la formation continue des intervenants évoluant au sein des diverses ressources impliquées à l'intérieur de cette problématique.

1 REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISNS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICITMES DE VIOENCE CONJUGALE ET LA FÉDÉRATION DE RESSOURCES D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES ET EN DIFFICULTÉ DU QUÉBEC, *Réunir nos efforts pour diminuer l'incidence de la violence conjugale*, Montréal, 2000, 71 p.

Enfin, il faut que le Québec se dote d'une organisation de services qui tienne compte de l'ensemble des besoins des femmes victimes de violence conjugale. On doit aussi favoriser, sans toutefois l'imposer, la mise en place ou le renforcement du partenariat entre les différentes ressources susceptibles de répondre aux besoins de ces femmes.

Les besoins des femmes victimes de violence conjugale

Ces besoins vont de l'intervention en situation de crise, au besoin de support, d'accompagnement jusqu'à des services à moyen et à long terme essentiels à une véritable reprise en charge. En effet, une démarche de restauration de l'estime de soi entraîne nécessairement l'implication d'intervenants sociaux dans les différentes étapes du processus.

Que ce soit dans le cadre de l'hébergement ou en termes de services externes (information, accompagnement, consultation, suivi, etc.), des services adaptés doivent être disponibles aux femmes qui en font la demande. Le développement et la consolidation de tels services contribueraient sans aucun doute à diminuer la violence faite aux femmes.

Les maisons d'aide et d'hébergement : une réponse adéquate et peu coûteuse

À l'heure actuelle, les réponses apportées aux besoins de cette clientèle sont déficientes. Toutefois, les maisons d'aide et d'hébergement pourraient jouer un rôle plus grand si elles disposaient des ressources humaines et financières nécessaires.

En effet, la consolidation financière des maisons d'hébergement et le financement de nouveaux services au sein de ces mêmes organisations semblent être particulièrement pertinents dans le contexte économique actuel mais aussi en lien avec la politique interministérielle de 1995. L'injection d'argent neuf doit ici être vu comme un investissement pour économiser à plus long terme.



SYNDICAT NATIONAL DE L'AUTOMOBILE, DE L'AÉROSPATIALE, DU TRANSPORT ET DES AUTRES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU CANADA (TCA - QUÉBEC)

D'ici 2005, un réseau public de santé et de services sociaux d'envergure mondiale

Nous sommes convaincus qu'il est souhaitable et possible de reconfigurer notre système québécois de services de santé et de services sociaux pour en faire un système d'envergure mondiale d'ici cinq ans. Nous sommes également convaincus que la population québécoise est prête à en assumer le coût, à condition de bénéficier pleinement d'un réseau public et intégré de services de haute qualité, accessible à tous en temps utile, financé et géré démocratiquement et de façon transparente.

Nous insistons au départ sur un principe de base : **le système québécois doit demeurer public, universel, accessible, intégral, transférable et gratuit (sans contribution directe de l'utilisateur au point de service)**. Sa reconfiguration doit être **axée sur la personne**, qui est « la raison d'être des services », plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

Nous faisons nôtre la définition de la santé de l'**Organisation mondiale de la santé** : à savoir que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ».

Le système québécois doit reposer sur une **vision globale de la santé et du bien-être** qui englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, chômage, pauvreté, environnement), et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie.

L'organisation des services

Dans le domaine de l'organisation des services, nous croyons que la reconfiguration du réseau québécois, déjà entreprise par Jean Rochon, doit franchir des étapes nouvelles et majeures au cours des cinq prochaines années.

- 1- À l'exemple des pays qui ont le mieux adapté leur système aux impératifs médicaux et sociaux modernes, tout en augmentant la qualité des services et en mieux contrôlant les coûts, il faut, tel que proposé par le Conseil médical du Québec dans son Avis 95-03 (1995), instaurer une nouvelle dynamique organisationnelle basée sur la hiérarchisation des services. Un système de santé et de services sociaux efficace possède les caractéristiques suivantes :**

- des services de base complets, organisés par territoire naturel (quartier ou territoire de MRC). C'est-à-dire, des services médicaux généraux réellement intégrés, des soins infirmiers, des services psychosociaux, des services de réadaptation courants, des soins et services à domicile, des services d'hébergement et de soins de longue durée, Info-Santé, les activités de promotion et de prévention ;
- en support aux services de base, des services spécialisés à la fine pointe du développement ; dont les intervenantes et intervenants sont à la fois consultants, thérapeutes spécialisés et agents de support professionnel auprès des intervenants de première ligne ;
- des services et des professionnels organisés en un réseau au sein duquel la patiente ou le patient est assuré de recevoir le bon services, au bon moment, de la bonne personne ;
- une organisation performante, qui permet d'offrir le maximum de services à la population, de la meilleure qualité possible, en fonction de l'argent investi par la collectivité.

« C'est ce genre de système de services, le plus près possible des besoins de la population, que le Québec doit édifier pour relever les défis du 21^e siècle. »

(Source : « Organisation des services : état de situation et perspectives » publié par le MSSS dans le cadre des consultations de la Commission Clair.

2- Cette organisation implique nécessairement des changements dans le rôle, les responsabilités et de la mode de rémunération des médecins, dans l'établissement de nouvelles bases budgétaires pour les catégories d'établissements et dans la décentralisation et la démocratisation du réseau.

- La hiérarchisation des services médicaux implique une réorientation majeure du rôle et des responsabilités des médecins. Ils deviennent des professionnels haut de gamme, au service de la population et rémunérés par l'État. Cela favorise la rémunération forfaitaire (salaire) en fonction de toutes les tâches assumées dans un horaire régulier, ainsi qu'un taux horaire majoré en raison de la disponibilité et des services rendus en dehors de l'horaire ;
- Les médecins généralistes doivent être tenus collectivement à assurer un réseau intégré d'accès aux services médicaux ainsi qu'un réseau intégré de garde à la population de leur territoire de CLSC sur une base 24/7/365 ; à pratiquer en CLSC pendant les sept premières années de pratique ; avoir accès prioritaire en Faculté de médecine s'ils s'engagent à pratiquer en région intermédiaire et éloignée pendant sept ans.
- Les bases historiques du budget des établissements doivent être rapidement remplacés par : pour les CLSC, un budget équitable per capita, basé sur la population desservie, majoré en fonction de sa composition démographique et

socio-économique et sa dispersion géographique ; pour les CHSLD, basé sur le niveau de 100% de réponse aux besoins des résidentes et résidents et par un nombre uniforme et équitable de lits par population ; pour les deuxième et troisième lignes, sur le nombre, la diversité et la complexité des services rendus, ainsi que leur qualité et accessibilité ;

- La gestion du réseau doit être décentralisée et démocratisée. Le gouvernement devrait se réserver la détermination des objectifs et du cadre budgétaire, ainsi que l'évaluation des établissements. La gestion, la planification, l'organisation et la prestation des services devraient être confiées à chaque établissement, dans une approche interdisciplinaire qui inclut tous les acteurs du réseau, y compris les médecins. Dans les centres hospitaliers le directeur général devrait être un médecin élu par les médecins ; les médecins chef de département et de service, responsables de la gestion non seulement des activités médicales, mais également du personnel, de l'équipement et du budget et ce, avec la participation des autres professionnels et du personnel.
- Des conseils régionaux, composés de représentants élus de la population et des intervenants de chaque établissement, devraient être responsables des arbitrages budgétaires dans le cadre d'un réseau intégré de services.

Pour le réseau : personnel et équipement

3- Le réseau a un besoin criant de personnel et d'équipement à la fine pointe pour pouvoir offrir à la population, en tout temps et en tout lieu, les services de qualité scientifique, humaine et sociale, avec continuité et de façon personnalisée, dont elle a droit. Cette exigence requiert, en plus d'une organisation et une gestion flexible et rapide, des investissements importants en ressources humaines et matérielles.

- Nous insistons sur l'importance, après 28 ans de tergiversations, de mandater et de financer de façon optimale et équitable les CLSC et les CHSLD, afin qu'ils puissent enfin se doter du personnel nécessaire pour jouer pleinement leur rôle incontournable de fournisseurs de services de première ligne, 24/7/365. C'est au niveau local, près de gens, que peuvent être réglés 80 % des problèmes de santé et des problèmes sociaux.
- Nous insistons sur les besoins criants en personnel et en équipement, tant pour les centres hospitaliers. Et, aussi urgent, pour les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et pour les centres de réadaptation.
- Nous proposons la mise en place, dans toutes les municipalités du Québec, d'une équipe de « premiers répondants ». Nous proposons également la création d'une flotte d'hélicoptères d'urgences médicales.
- Nous sommes opposés à tout recours additionnel au secteur privé. De plus, nous revendiquons l'établissement d'un meilleur contrôle sur ce qui existe actuellement, qui va jusqu'à d'interdire toute nouvelle clinique privée ou « mégaclinique ». Nous proposons, cependant, une formule de participation

financière du secteur privé dans l'acquisition d'équipement pour le réseau public : elle s'appelle « Corvée santé ».

Le financement du réseau

4- Nous exprimons notre ferme conviction que la population québécoise est prête à payer le coût d'un réseau d'envergure mondiale, universel, accessible et de haute qualité. Il s'agit d'abord de s'assurer des contributions adéquates, garanties et indexées de la part du gouvernement fédéral, encore mieux des points d'impôts ou, garantie absolue, l'indépendance du Québec. Il s'agit ensuite de verser au réseau en priorité des réductions d'impôts déjà annoncées par le gouvernement du Québec. (Nous ne sommes pas contre les réductions d'impôts, sur les revenus inférieurs et moyens, mais seulement après la relance des services dont bénéficie la majorité de la population, et non seulement les riches).

- Pour ce qui est de la couverture du régime de la santé et des services sociaux, nous appuyons la proposition du Conseil médical du Québec dans son Avis 95-03 (1995) quant à la définition des services médicalement requis. La définition représente un élargissement de la couverture existante, y compris les médicaments, et nous sommes d'emblée d'accord. Il faudrait appliquer les mêmes principes à la couverture des services sociaux : tout ce qui est « socialement requis ».
- Nous sommes en faveur d'un financement spécifique du système et de la création d'un fonds socio-sanitaire spécifique, tel qu'évoque dans le texte de M. Denis Bédard, publié dans le cadre de la consultation de la Commission Clair. Nous croyons que ce serait une mesure importante de transparence et de démocratisation, avec le potentiel d'impliquer la population dans les décisions à l'égard du financement du réseau, ainsi que de responsabiliser tant les intervenants du réseau que la population. De plus, nous recommandons l'instauration du principe du « payeur unique ».
- Nous sommes opposés à toute contribution directe de l'utilisateur, à toute franchise ou coassurance. Ce sont des pratiques qui n'atteignent pas les objectifs pour lesquels elles sont destinées, qui réduisent l'accessibilité, dont l'équité, du système et qui occasionnent des augmentations des coûts en d'administration et en dépenses globales pour les services.
- Nous sommes intraitables dans notre opposition à toute velléité d'ouverture sur un système à deux vitesses. Nous croyons à un système où les services sont accessibles à tous, selon leurs besoins et non sur leur capacité de payer. Nous sommes en faveur d'un système solidaire, où tous contribuent selon leurs moyens, et par lequel les riches soutiennent les pauvres et les bien portants, les malades.

Il ne reste qu'à agir !



TASCHEREAU, CLAUDETTE

Bsc. infirmière en santé communautaire.

Bacc Service Social

Actualisation d'un nouveau modèle d'intervention en CLSC.

ATTENDU QUE :

- Depuis 1972, les CHSCD et CHSLD, les CSS, la DPJ, les hôpitaux psychiatriques et autres institutions de seconde et de troisième ligne déversent leur personnel dans les CLSC, avec leur formation et leur mode de pratique en soins curatifs et en intervention psychosociale individuelle,
- On calque le financement des CLSC sur le modèle des CSS, donc, par programmes : Famille/Enfance, Jeunesse, Adulte, Personnes âgées,
- Ce mode de financement, bien que rationnel en CSS, cadre mal avec la mission confiée aux CLSC. Les objectifs Santé / Bien-être requièrent des *services axés sur des problématiques*, sur l'approche globale, la prévention, la promotion de la santé bio-psycho- sociale, et le maintien en milieu de vie.

NOUS RENCONTRONS LES PROBLÈMES SUIVANTS :

Problèmes d'organisation de services :

- **Contradiction entre les buts poursuivis par l'État et la pratique**, presque exclusivement curative et individuelle des intervenants, axée sur le traitement des symptômes et non sur les causes.
- **Discontinuité de soins et services entre la 1^{re} et la 2^e lignes.**
- **Absence d'intégration des trois types de prévention** (primaire, secondaire et tertiaire) dans nos interventions nursing concernant les objectifs santé / bien- être.
- **Absence d'intégration des méthodes d'intervention sociale**, individuelle, de groupe et communautaire, face à ces mêmes objectifs, par un même intervenant.
- **Inadéquation entre les formations complémentaires et la pratique** de certains professionnels, qui n'ont ni temps ni budget pour appliquer les principes théoriques d'intervention. Par exemple, en Santé communautaire, ou en « empowerment » des populations, ils sont trop débordés par une pratique obligatoire et souvent inadéquate de 2^e ligne.
- **Trop de paperasses.**

Problèmes de santé et sociaux :

- **Un individualisme hypertrophié**, vs le sens de la communauté et disparition des liens familiaux.

- **Le manque de plus en plus sévère de communication** (entraînant divorces suicides, violence, toxicomanie, déviances, maladies psychosomatiques etc.).
- **Des ghettos générationnels** (comme dans la structure des CLSC).
- **La marginalisation** de toute personne non performante et non rentable monétairement.
- **Le manque de responsabilisation personnelle et sociale** face à l'état : Des droits et non des devoirs de prise en charge de nos problèmes, par exemple: «Je mange mal, je fume, je ne fais pas d'exercices, alors, soignez-moi».

NOUS PROPOSONS QUE LES DIFFÉRENTS PARTENAIRES ASSURENT LES RÔLES SUIVANTS : (DES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES)

La personne : De prise en charge comme malade, ou comme cliente, par le service de soins à domicile ou par les travailleurs sociaux, la personne passe ensuite à sa propre responsabilisation face à l'intégration des enseignements reçus et au changement de ses propres habitudes de vie en s'intégrant au groupe concerné par sa problématique.

Le groupe : Le groupe est animé par le responsable du dossier et formé par des personnes-ressources choisies par ses membres. Le groupe est centré sur la réhabilitation à la vie normale, (prévention tertiaire), et sur la prévention primaire du problème dans sa propre communauté.

La communauté : Informée par les groupes déjà existants, la communauté y réfère ses membres. De plus, des organismes à but lucratif ou non, peuvent compléter l'action des groupes animés par le CLSC.

UN VÉRITABLE CONTINUUM DES SERVICES INTÉGRÉS ET COORDONNÉS :

Les CLSC: l'information sera transmise à la responsable du dossier, spécifique au client référé.

Le support, par les responsables de dossier, (intervenants - pivots), à la prise en charge personnelle et sociale de la clientèle ciblée, sera ainsi assuré ou du moins offert. La pratique des intervenants comprendra, outre leur approche curative et préventive, non seulement l'enseignement, mais aussi les méthodes d'« empowerment ». L'implication de la communauté et de la clientèle dans la solution d'un problème provoquera une dynamique d'échange et de partage qui fera en sorte que cette clientèle ne sera plus marginalisée mais deviendra partie prenante et importante de la société. Ces habiletés ont déjà été enseignées aux infirmières lors de leur certificat en Santé Communautaire et aux travailleurs sociaux lors de leurs études en Service Social.

L'Obtention de la collaboration de tous les intervenants de programmes, du réseau, des médecins et de la population, afin de créer les liens inter institutionnels et inter-générationnels requis.



Les Hôpitaux et autres institutions de 2^e et 3^e lignes : Référence automatique des clients atteints par l'une des problématiques ciblées par la santé publique aux CLSC sans généralement (sauf exception) d'étude approfondie par une équipe de liaison spécialisée. Les références peuvent être acheminées de la même façon que le sont les mères et les bébés, après l'accouchement : par fax, simplement. Les intervenants directs auprès du client, de tout le réseau, communiqueront entre eux, par la suite .

Les Régies Régionales : Organisation de formations et de rencontres inter - CLSC pour les responsables de dossiers (Intervenants-pivots),selon les problématiques spécifiques visées par les objectifs Santé - Bien-être. Ceci afin de mieux définir ensemble un cadre de pratique cohérent.

Le Ministère SSS : Redéfinir le cadre de pratique. .Alléger et redéfinir les structures. Établir des mécanismes de référence automatique des clientèles venant des hôpitaux et des cliniques privées, aux CLSC, indépendamment du besoin de soins nursing sous prescription. On peut rajouter cet item dans la formule d'autorisation du patient à transmettre les renseignements à son sujet à d'autres professionnels de la santé. Subventionner et supporter la recherche et la démarche d'intégration des trois types de prévention dans les CLSC, selon les étapes mentionnées dans le texte.

À la question « comment comptez-vous appuyer de façon active les solutions que vous privilégiez et qui vous engage», je réponds que ma participation consisterait à réaliser ce projet pilote d'une durée de 3 ans afin d'instaurer cette pratique dans 4 CLSC, chacun choisissant deux problématiques : l'une social, l'autre, santé.

CONCLUSION

Ce projet contribue à corriger la trajectoire de fond mentionnée à l'item 3 des pages 6, 7 et 8 du document de votre commission, concernant l'organisation des services.

Chaque intervenant dans les CLSC, se devra d'intégrer dans sa pratique, les trois formes de prévention et les trois types de méthodes d'action sociale en fonction d'une clientèle ciblée par les objectifs Santé / Bien-Être. Chacun d'eux pourra communiquer avec les intervenants institutionnels directement concernés par le client. Les intervenants responsables de dossiers (intervenants-pivots), seront les premiers diffuseurs de ce mode de pratique. Il est temps de normaliser ce modèle dans un système cohérent, efficient et efficace. Une baisse majeure des coûts reliés au système de santé s'ensuivra, car nous ferons de la population des agents multiplicateurs de ces programmes de santé bio-psycho-sociale. Cette transition continue du curatif au préventif, de l'état de prise en charge du malade vers son autonomie et sa responsabilisation sociale, contribuera à engendrer une société plus saine, forte et équilibrée.

La logistique hospitalière : ou comment réaliser des économies tout en améliorant la qualité des soins

Au cours des 10 dernières années, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux ont dû, à maintes reprises, faire face à des défis de taille au niveau du financement des établissements du réseau. Ces défis ont pu être relevés grâce, entre autres, à la fermeture d'hôpitaux de courte durée, à la réduction de la durée des séjours, à la fermeture de lits, à la mise en place d'une meilleure adéquation centre / pathologie et par une réduction importante de l'effectif réalisée, en partie, par un programme de mise à la retraite anticipée. Ces efforts ont permis un ralentissement important de la croissance des dépenses. Toutefois, malgré l'atteinte d'importantes réductions de coûts, nombreux sont les établissements de santé qui font face à un déficit budgétaire et qui éprouvent de la difficulté à répondre aux besoins de la population qu'ils desservent.

Malgré tout ce qui a été dit autour de la question financière, plusieurs s'entendent sur le fait que le problème du système de santé et des services sociaux n'en est pas strictement un de financement, mais également d'organisation. Nos recherches nous ont convaincus que d'importantes améliorations pouvant être apportées à certaines tâches de support administratif auraient pour effet d'améliorer le contexte financier des établissements et d'augmenter leur capacité clinique.

Nous nous sommes attardés plus particulièrement aux activités de logistique hospitalière. Il s'agit ici d'un domaine dans lequel nous avons réalisé, depuis plusieurs années, de nombreuses recherches et travaux tant sur le plan local qu'à l'échelle internationale. Plutôt méconnu, ce secteur d'activités, présente un potentiel d'améliorations et d'économies souvent sous-évalué, particulièrement au Québec; il a pourtant des incidences importantes sur l'équilibre budgétaire et l'offre de soins d'un centre hospitalier. En effet, tel que présenté dans notre mémoire et corroboré par différentes études, il appert que les activités logistiques d'un centre hospitalier représentent approximativement 40 % de ses dépenses totales ainsi que 10 % du temps du personnel infirmier.

Malgré les plans d'assainissement et de modernisation des secteurs administratifs annoncés ces dernières années, force nous est de constater que peu fut réalisé en logistique hospitalière par rapport au potentiel d'amélioration. Après une décennie de compressions et coupures importantes, nous entrons maintenant dans une phase de réinvestissement. Ces nouveaux fonds représenteront-ils une motivation ou un frein à l'amélioration des processus de travail ?



Nous avons présenté une série d'exemples d'approches novatrices résultant de nos recherches internationales ainsi que certains résultats de projets d'amélioration en logistique hospitalière au Québec. Ces exemples identifient non seulement des économies allant jusqu'à 49 % des coûts observés mais également des impacts positifs au niveau de la capacité d'offrir des soins de qualité en soulageant le personnel infirmier de certaines tâches administratives. Notre objectif a été de mettre en exergue les gains d'efficacité réalisables par une plus grande maîtrise des activités logistiques des centres hospitaliers. Des gains qui seraient plus que des impacts économiques.

Ces exemples concrets représentent des cas où la logistique hospitalière a été mise à plus grande contribution. Les pratiques citées se présentent bien plus comme un menu offrant de nombreux exemples qu'une recette unique et universelle. La spécificité des établissements de santé fait en sorte que les bénéfices varient substantiellement d'une région à l'autre, voire d'un centre hospitalier à l'autre. C'est davantage l'objectif poursuivi par ces pratiques qui devrait être retenu, soit la mise en place d'une chaîne logistique facilitant l'accomplissement de la mission première de l'établissement de santé à travers une utilisation optimale des ressources.

Nous sommes d'avis que malgré certaines contraintes propres au secteur québécois de la santé, telles la politique d'achat ou la nature des conventions collectives, l'essentiel des meilleures pratiques logistiques présentées est tout à fait applicable à notre réseau de santé. De plus, les grands défis logistiques auxquels font face les établissements de santé ne sont pas différents au Québec qu'au Canada, aux États-Unis ou que dans plusieurs pays européens. Reste à trouver comment amorcer ces changements.

Les projecteurs de la commission se sont tournés vers des solutions ayant un impact sur l'organisation des services à la population et les modes de financement. Notre discours porte sur une meilleure utilisation des ressources existantes, nos recommandations peuvent donc sembler être quelque peu en marge de l'objectif que la commission s'est donné. Toutefois, ce que nous proposons n'est pas à contresens des orientations de la commission. En effet, nous avons démontré dans notre mémoire qu'une plus grande maîtrise de la logistique hospitalière permettrait, dans un premier temps, de libérer du temps clinique, ayant ainsi un impact direct sur l'organisation des services à la population et, dans un deuxième temps, de réduire les coûts opérationnels, diminuant ainsi les besoins de financement additionnel.

Nous sommes d'avis que la mise en place d'une démarche logistique au sein du réseau doit préférablement passer par la reconnaissance politique du secteur de la logistique hospitalière et de son potentiel d'amélioration et ce, de façon à dégager une marge de manœuvre initiale suffisante à son déploiement. C'est principalement pour cette raison que nous avons jugé utile de présenter le présent mémoire à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Ce mémoire est le fruit d'un travail collectif du groupe de recherche CHAÎNE de l'École des Hautes Études Commerciales et de TRIAX conseil inc.

CHAÎNE est un groupe de recherche de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal (HEC). Il a été fondé à l'automne 1997 par des professeurs du Service de l'enseignement de la gestion des opérations et de la production. En tant que groupe de recherche, il oriente ses activités autour des deux objectifs suivants :

Acquérir et développer des connaissances de pointe entourant les enjeux de la gestion de la chaîne logistique tels que : approvisionnement, externalisation, gestion des stocks, planification et contrôle de la production, distribution, logistique à rebours, etc. ;

Diffuser les connaissances auprès de divers publics sensibilisés aux enjeux de la chaîne d'approvisionnement.

Fondée en février 2000, TRIAX conseil inc. est une entreprise de services conseils spécialisée dans l'amélioration de la chaîne logistique et de la gestion des ressources pour le secteur de la santé. Son équipe regroupe l'expérience de professionnels de recherche et de conseillers expérimentés qui se sont investis dans le secteur de la santé depuis plusieurs années.

TRIX conseil vise l'optimisation de l'utilisation des ressources, ses interventions prennent en considération trois axes : les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources informationnelles liées aux processus.