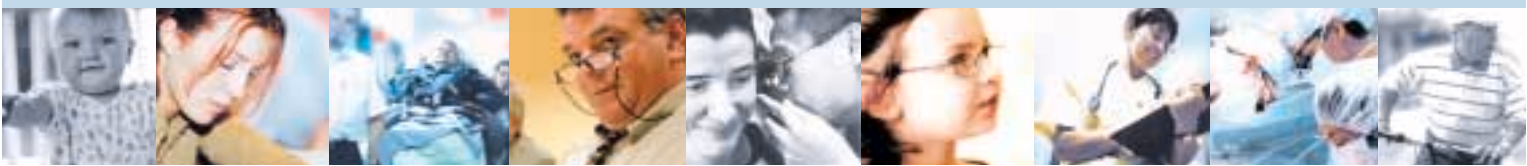


Plan de la santé et
des services sociaux

Pour faire les bons choix

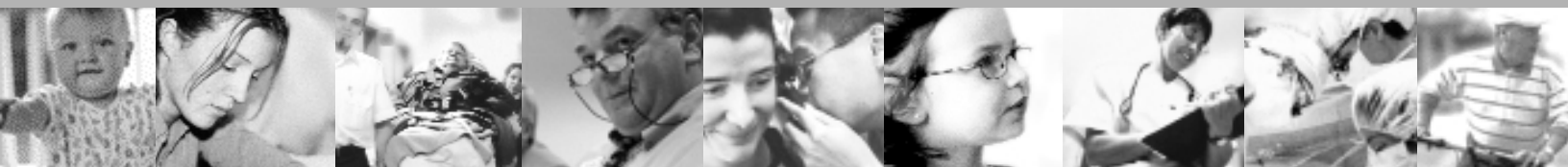


Document technique

Plan de la santé et des services sociaux



Pour faire les bons choix



Document technique

Pour obtenir un exemplaire 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, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-40125-5

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

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Liste des graphiques.....	v
Introduction.....	1
La vision	3
Les bénéfices souhaités pour la population.....	5
<u>Premier défi</u> : Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population y ait accès facilement et rapidement	7
1.1 Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne.....	8
1.1.1 Les services généraux destinés à l'ensemble de la population.....	13
1.1.2 Les services de proximité destinés aux personnes qui ont des problèmes complexes	14
1.2 Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement	18
1.2.1 La consolidation des services offerts dans la communauté.....	23
1.2.2 L'amélioration des services offerts aux personnes hébergées.....	24
1.3 Prendre le virage prévention	25
1.3.1 Des actions préventives visant l'ensemble de la population	29
1.3.2 Des actions préventives dans le réseau sociosanitaire.....	30
1.3.3 Des actions préventives, de concert avec les autres secteurs d'activités	31
1.4 Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés	31
1.4.1 La diminution des délais d'attente	37
1.4.2 Le fonctionnement optimal des services d'urgence	38
<u>Deuxième défi</u> : Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux	41
2.1 Des décisions près des citoyens et l'obligation de rendre des comptes à la population	42
2.1.1 Des décisions près des citoyens	42
2.1.2 La reddition de compte à la population.....	45
2.1.3 Des modes d'allocation des ressources plus équitables	47
2.2 Une main-d'œuvre plus disponible	50
2.2.1 Les médecins.....	50
2.2.2 Les infirmières et les autres professionnels.....	53
2.3 Des partenariats pour plus de flexibilité	58
2.4 Des technologies de l'information et des communications mieux utilisées.....	60

<u>Troisième défi :</u>	Assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant	63
3.1	Le financement nécessaire pour assurer l'avenir du système	64
3.2	À propos de... donner la possibilité à ceux qui en ont les moyens de payer pour leurs services.....	69
3.3	Pour faire les bons choix.....	70
3.3.1	Le déséquilibre fiscal	71
3.3.2	La nécessité d'un débat public	71
Conclusion		73
Annexe I	Mesures du plan et coûts prévus	77
Annexe II	Prévision de l'effectif professionnel du réseau de la santé et des services sociaux au 31 mars 2003 et de l'effectif projeté en fonction du plan pour la période 2003-2004 à 2007-2008	79
Annexe III	Simulation de différentes mesures permettant de combler les besoins additionnels d'infirmières pour la période 2003 à 2008.....	81

Liste des tableaux

Tableau 1	Quelques indicateurs de l'état de santé de la population	25
Tableau 2	Délais maximums visés pour les interventions spécialisées	37
Tableau 3	Résumé des mesures	65
Tableau 4	Pourcentage annuel d'augmentation des dépenses de santé et des services sociaux pour les cinq prochaines années.....	67
Tableau 5	Nombre de déclarations selon la tranche de revenu total, Québec 1999	69
Tableau 6	Coût de certaines interventions choisies (coûts hospitaliers excluant la RAMQ).....	70

Liste des graphiques

Figure 1	Évolution du nombre de personnes âgées par groupe d'âges, de 1971 à 2051, Québec	19
Figure 2	Nombre d'années requises pour passer de 12 % à 24 % de la population âgée de 65 ans ou plus	19
Figure 3	Nombre de semaines d'attente entre la référence par le médecin généraliste et le traitement, Québec et les autres provinces, 2001	33
Figure 4	Répartition des dépenses nettes effectuées en santé et en services sociaux, selon le programme-clientèle au Québec, 2000-2001	49
Figure 5	Répartition des montants consacrés à la mission santé et services sociaux selon les éléments de la structure budgétaire 2001-2002	63
Figure 6	Manque à gagner prévisible jusqu'en 2020	68

Introduction

Les citoyennes et les citoyens du Québec entretiennent, à juste titre, beaucoup d'attentes envers leur système de santé et de services sociaux. Ils veulent être traités et soutenus adéquatement. Ils demandent au système public d'intervenir rapidement lorsqu'un problème survient, que ce soit une maladie, une incapacité ou un problème de nature sociale. Ils souhaitent également que l'on investisse davantage dans la prévention et la promotion de la santé et du bien-être.

Pour répondre à ces attentes, le système de santé et de services sociaux doit relever trois grands défis :

-
- 1. Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population y ait accès facilement et rapidement.**
 - 2. Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux.**
 - 3. Assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant.**
-

Actuellement, le système public connaît certaines difficultés. Signalons d'emblée que ces problèmes ne sont pas particuliers à la société québécoise; la plupart des systèmes publics à travers le monde éprouvent des difficultés similaires.

Vitrine du système en quelque sorte, la situation des urgences illustre bien le genre de problèmes que nous connaissons. Or la solution ne se trouve pas uniquement à l'urgence. Elle réside en bonne partie dans le déploiement de services à l'extérieur de l'hôpital, dans la communauté ou à domicile. Elle réside également dans le champ des interventions sociales, tant générales que spécialisées. C'est d'ailleurs là une des forces du système québécois de considérer ensemble, dans l'organisation et la prestation de services, les questions de santé et les problématiques d'adaptation et d'intégration sociales.

Le système public subit des pressions importantes : le vieillissement de la population; l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments; l'évolution technologique. Ces pressions se traduisent par un rythme de croissance élevé des dépenses de santé.

Le *Plan de la santé et des services sociaux* propose une solution globale fondée sur une vision claire de l'évolution du système de santé et de services sociaux. Les mesures sont basées en grande partie sur les recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair, 2000) et sur les analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux. Enfin le plan intègre l'ensemble des orientations ministérielles rendues publiques ces dernières années, dont la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, les *Orientations sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, les *Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes*, etc.

La vision

Le *Plan de la santé et des services sociaux* vient réaffirmer les valeurs, largement partagées au sein de la collectivité, sur lesquelles est fondé le système de santé et de services sociaux. Il entend imprimer une nouvelle direction au système public afin qu'il prolonge ces valeurs, qu'il atteigne mieux ses buts, qu'il serve mieux la population et qu'il optimise les ressources collectives qui lui sont consacrées.

Le système de santé et de services sociaux contribue à la poursuite de deux grands objectifs sociaux :

Protéger tous les citoyens et les citoyennes, quelles que soient leurs conditions, contre les risques liés aux maladies et aux problèmes sociaux.

Améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire l'écart entre les groupes.

Le système public constitue ainsi un puissant instrument de solidarité.

Une responsabilité partagée

La santé et le bien-être sont une responsabilité partagée : entre les citoyennes et les citoyens, les professionnels qui œuvrent au sein du réseau, les médecins, les infirmières, tout le personnel des établissements, les organisations qui offrent les services, le Ministère, le gouvernement et les acteurs sociaux (municipalités, entreprises, groupes sociaux, etc.).

L'accès universel aux services

L'accès aux services est fondé uniquement sur les besoins, sans considération du revenu ou de la situation sociale de l'individu.

L'équité

Le système public permet d'atteindre une plus grande équité, et ce, au moins de deux manières. En premier lieu, comme il est financé par la fiscalité, chacun y participe selon ses moyens. En second lieu, il offre la garantie que chacun soit traité également. Il contribue ainsi à corriger les plus grandes disparités puisque – c'est un fait reconnu – tous les citoyens et les citoyennes ne sont pas égaux devant la santé et le bien-être.

Le caractère public

En acceptant de confier à l'État l'administration du système de santé et de services sociaux, les Québécoises et les Québécois se donnent un instrument où l'intérêt commun et les besoins des individus sont placés au premier plan. Ils s'assurent également, par un financement public, d'obtenir le maximum de services. Dans certains cas, la prestation de services peut être confiée à différents partenaires, sous contrôle public toutefois et dans le respect des politiques gouvernementales, le cas échéant.

L'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'un même système

Particularité du système québécois, cette caractéristique permet d'adopter une perspective plus globale dans la réponse aux besoins diversifiés de la population et, tout particulièrement, pour répondre aux besoins des personnes qui requièrent des services de longue durée, permettant ainsi d'organiser le soutien dans leur milieu de vie.

Des choix de société différents

En 2000, le Québec allouait 9,3 % de son PIB en dépenses totales de santé, soit 73 % en dépenses publiques et 27 % en dépenses privées. Par comparaison, les États-Unis consacraient, en 1999, 13 % de leur PIB en dépenses de santé, composées de 45 % de dépenses publiques et de 55 % de dépenses privées. De son côté, l'Allemagne consacrait en 2000, 10,6 % de son PIB à la santé dont 76 % en dépenses publiques.

Au Québec, toute la population est couverte par une assurance santé publique, universelle et financée par les impôts. Aux États-Unis, on estime, au total, à 14 % la proportion de la population américaine qui n'a aucune forme d'assurance santé. Plus de 70 % de la population américaine est couverte, avec des bénéfices variables, par des régimes privés, généralement établis en fonction du type d'emploi occupé. Environ 30 % des gens les moins favorisés économiquement, 12 % des enfants américains et 27 % des personnes de 18 à 24 ans ne sont pas assurés contre les risques associés à la maladie et aux accidents.

En Allemagne, le financement est caractérisé par l'existence de 420 fonds d'assurance quasi publics où l'affiliation se fait sur une base professionnelle, régionale ou industrielle. Ces régimes couvrent 88 % de la population, alors que près de 10 % de celle-ci adhère uniquement à l'assurance privée, l'État assumant les 2 % restants.

Source : ICIS, décembre 2000, MSSS, SDI. Health Insurance Coverage : 2000, US Census Bureau. European Observatory on Health Care Systems, April 2002.

Ces valeurs forment les premières assises de ce plan. Elles orientent l'organisation des services, la gestion et le financement du système public.

Les bénéfices souhaités pour la population

Nos actions des prochains mois et des prochaines années visent à offrir à la population des services efficaces, continus et de qualité. Elles visent aussi à préserver notre système public de santé et de services sociaux.

Voici les dix principaux résultats que nous voulons garantir à la population.

Des soins et des services pour tous, adaptés à leurs besoins et sans égard aux revenus.

L'accès pour tous à un médecin de famille.

Des services plus complets dans tous les CLSC du Québec.

Des services à domicile pour toutes les personnes en perte d'autonomie.

De nouvelles places d'hébergement et des services améliorés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

L'accès aux urgences 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Des délais d'attente plus courts à l'urgence.

Des délais d'attente plus courts pour les services spécialisés.

Des services de traitement, de réadaptation et de soutien à proximité.

Un virage prévention pour permettre à la population de faire les bons choix de santé.

Premier défi :

Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population y ait accès facilement et rapidement

Le système public québécois reste organisé, pour beaucoup, autour de l'hôpital et des services spécialisés. Il faut inverser la pyramide actuelle de l'offre de services afin d'intervenir plus précocement, de façon préventive, et de mieux répondre aux besoins des personnes dans leur milieu. Nous devons développer les services de première ligne et apporter des correctifs globaux aux difficultés d'accès, aux services auxquels les personnes ont le plus souvent recours, aux délais d'attente parfois trop longs et aux séjours en établissement pas nécessairement adaptés aux besoins de la personne. Les services que requièrent les personnes ayant des problèmes complexes doivent être mieux coordonnés.

La Commission Clair a tracé un excellent diagnostic du système de santé et de services sociaux québécois. Elle a formulé des recommandations sur l'organisation des services et a proposé des solutions innovatrices. Ces recommandations ont inspiré les mesures adoptées pour améliorer l'organisation des services.

Les priorités d'organisation des services

Trois principes orientent désormais les décisions en matière d'organisation de services :

- la première ligne est l'assise principale de l'accessibilité aux services. Elle se déploie à partir de points d'accès bien connus de la population et près de leur milieu de vie;
- les deuxième et troisième lignes sont responsables d'épisodes de services qui nécessitent une expertise de pointe puisqu'elles répondent à des problèmes plus complexes;
- l'accès aux services est gradué et hiérarchisé : la première ligne est responsable de l'accueil de la personne et de son cheminement au sein du système; l'accès aux services spécialisés et surspécialisés se fait généralement sur référence; les services de première ligne et les services spécialisés sont coordonnés pour éviter les ruptures de services.

Le développement de modèles d'intégration ou de « réseautage » de services constitue une approche privilégiée pour faciliter le cheminement de clientèles qui ont des problèmes complexes.

Sur cette base, quatre grandes priorités sont retenues. Ces priorités touchent directement une majorité de la population et, de plus, elles auront un effet d'entraînement important sur l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

-
- 1.1 Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne.**
 - 1.2 Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement.**
 - 1.3 Prendre le virage prévention.**
 - 1.4 Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés.**
-

1.1 Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne

Les services de première ligne doivent être en mesure de répondre à la majorité des besoins, dans le milieu de vie des personnes, de façon rapide et efficace. L'accent à mettre maintenant sur le soutien dans le milieu de vie renforce cette nécessité. Des services de santé et des services sociaux généraux et spécialisés doivent être accessibles pour l'ensemble de la population et pour des clientèles spécifiques ayant des besoins particuliers.

Où en sommes-nous?

La nécessité de se donner une première ligne plus efficace et qui intègre les services médicaux et psychosociaux fait consensus au Québec. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés il y a 30 ans pour remplir ce rôle. Le réseau des CLSC et les cliniques médicales ont cependant évolué, pour beaucoup, en parallèle. Aujourd'hui, malgré tous les efforts déployés, il faut constater que l'on se retrouve avec une gamme de services très variable d'un territoire à l'autre.

Étant donné la complexité du système, il n'est pas toujours facile pour les citoyennes et les citoyens de savoir à qui s'adresser en cas de problèmes, à connaître les services qui leur sont accessibles et à identifier les lieux où ils peuvent recevoir les services. L'accès aux services médicaux généraux, sauf à l'urgence, est parfois problématique, en particulier en fin de soirée, de nuit et les fins de semaine. Une partie importante de la population n'a pas de médecin de famille. Les heures d'ouverture des cliniques médicales sont limitées dans bon nombre de territoires. La création de groupes de médecine de famille (GMF)¹ doit contribuer à résoudre ce problème et, ainsi, à faciliter l'accès aux services de première ligne à l'ensemble de la population. Actuellement 20 GMF sont en phase de démarrage.

L'importance de la première ligne

Dans les systèmes publics de nombreux pays, les services de première ligne sont reconnus comme les pivots de toute l'organisation des services.

Cette tendance, vers une plus grande responsabilisation et vers un développement de réseaux plus près des clientèles, est particulièrement notable dans les pays nordiques, alors que les services de santé et les services sociaux de première ligne sont davantage intégrés et généralement sous la responsabilité des municipalités. Au Royaume-Uni, l'intégration des volets santé et social, en première ligne, vient d'être évoquée avec l'intention d'en assurer la réalisation au cours des prochaines années.

L'accessibilité aux services des CLSC n'est pas uniforme entre les territoires, tant en ce qui a trait à la plage horaire qu'à la nature des services offerts. Les services infirmiers d'intervention téléphonique Info-Santé sont disponibles 24 heures par jour, sept jours par semaine. Info-Santé a répondu à 2,4 millions d'appels en 2000-2001; 78 % de ces appels ont été traités dans un délai inférieur à quatre minutes. L'utilité de ce service n'est plus à démontrer. Le besoin d'une réponse

1. Le groupe de médecine de famille (GMF) origine du cabinet privé, du CLSC et des unités de médecine familiale (UMF). Il est constitué de médecins et d'infirmières de CLSC, qui collaborent avec les autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Une entente formelle de collaboration est établie avec les CLSC. Les GMF s'engagent à prendre en charge des citoyennes et des citoyens qui se seront inscrits volontairement.

comparable pour les problèmes de nature psychosociale, pouvant être fournie par une ligne Info-Social, est également manifeste.

Certaines personnes ont des besoins particuliers et plus intenses de services, soit parce qu'elles sont aux prises avec des incapacités et des problèmes chroniques ou soit qu'elles sont placées dans des situations familiales, sociales ou économiques difficiles : les jeunes et les familles en difficulté d'adaptation, les personnes âgées en perte d'autonomie², les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, les personnes présentant une déficience physique ou une déficience intellectuelle, les personnes alcooliques ou toxicomanes et les personnes qui ont des troubles envahissants du développement.

Pour ces clientèles, les services ne sont pas toujours coordonnés, ce qui ne facilite pas le cheminement des personnes. Sans un appui continu et intensif en première ligne, des ruptures de services peuvent se présenter, risquant ainsi d'occasionner une détérioration de leur état et des conséquences néfastes sur la situation de leurs proches-aidants.

Les organismes communautaires

Dans la société québécoise, les organismes communautaires jouent un rôle de première importance dans le maintien de la participation des personnes à la vie collective ainsi que dans le resserrement des liens au sein des communautés.

Les groupes communautaires sont actifs dans plusieurs secteurs, notamment dans les services d'aide, d'entraide et de soutien dans les milieux de vie, dans l'hébergement de personnes aux prises avec diverses problématiques, dans des activités visant à prévenir l'isolement et l'insécurité, dans des services individualisés aux personnes en perte d'autonomie et, enfin, dans l'amélioration et l'adaptation des services pour une plus grande intégration sociale des personnes.

À l'instar de la politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire, le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à faire une place de plus en plus importante aux organismes communautaires, dans le respect de leur autonomie, de leurs modes de fonctionnement et des liens qu'ils ont développés avec leur communauté.

Où voulons-nous aller?

Deux grands objectifs guident l'organisation des services de première ligne :

2. Les mesures s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie sont abordées au point 1.2.

Prévenir et traiter la majorité des problèmes de santé et des problèmes sociaux courants ou en réduire les conséquences.

Assurer la complémentarité et la continuité des interventions et faciliter l'accès aux services spécialisés de deuxième et de troisième lignes pour les personnes qui ont des besoins particuliers.

La première ligne doit offrir les services de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien aux personnes dans leur milieu. Il faut impérativement organiser des services dans la communauté, souples et en mesure de répondre en tout temps aux situations les plus diverses. Les services doivent être disponibles en quantité suffisante et bien coordonnés. Ils doivent, si nécessaire, donner un accès direct aux services spécialisés, offerts en établissement ou dans le milieu. Enfin, il faut rappeler que la première ligne est également responsable du cheminement de la personne au sein du système.

L'organisation des services offerts aux clientèles qui ont des besoins particuliers est encadrée par une politique ou par des orientations ministérielles qui prévoient une intervention adaptée aux besoins de chacune d'entre elles. Les services de première ligne doivent soutenir ces orientations.

L'organisation des services de première ligne

Dans chaque territoire de CLSC (quartier, arrondissement et MRC), l'organisation des services de première ligne s'appuie sur une infrastructure légère.

Les services seront accessibles à partir de trois points d'accès bien identifiés : Info-Santé et Info-Social, les CLSC et les GMF. Ces derniers seront liés entre eux et associés aux autres ressources du milieu qui interviennent dans le secteur. Ils offriront ensemble une gamme complète de services généraux. La même gamme de services se retrouvera dans tous les territoires.

Le CLSC et le ou les GMF auront la responsabilité, conjointement et solidairement, de desservir la population de leur territoire et d'assurer un accès 24/7. Ils devront garantir un accès simple et rapide aux services ou référer, si nécessaire, vers les services spécialisés. Dans tous les cas, ils verront à la coordination des services aux individus. Celle-ci s'exercera à deux niveaux : entre l'ensemble des services de première ligne d'une part, et entre les services de première ligne et les services spécialisés, d'autre part.

Les GMF et les CLSC seront associés au moyen d'ententes formelles qui préciseront l'engagement des deux parties, afin de garantir l'accès aux services.

Les services de première ligne constitueront également l'assise principale de la prise en charge de clientèles qui ont des besoins de services plus intenses. Pour chacune de ces clientèles, le continuum de services sera assuré par des mécanismes de coordination sous la responsabilité de la première ligne.

Les services d'urgence serviront de filet de sécurité pour la population, en tout temps, en complémentarité aux services de première ligne.

Les organismes communautaires pourront s'associer à la réalisation d'objectifs d'organisation de services dans le respect de leur autonomie.

Les objectifs de résultat

1.1.1 Les services généraux destinés à l'ensemble de la population

Pour améliorer l'accès aux services de première ligne destinés à l'ensemble de la population, trois types de moyens sont ciblés.

Les groupes de médecine de famille (GMF)

- **Mettre en place 300 GMF à l'échelle du Québec d'ici 2005 (100 au cours de la prochaine année), avec une responsabilité quant à la clientèle inscrite et à l'accès aux services 24 heures par jour et sept jours par semaine.**
- **Assurer l'accès aux services médicaux généraux et le suivi approprié aux clientèles inscrites.**

De concert avec la régie régionale, sur un territoire de CLSC, des services de garde sont disponibles en tout temps (24/7), à partir des modalités établies dans le territoire.

L'offre de services en CLSC

- **Uniformiser et consolider, d'ici trois ans, dans tous les territoires de CLSC du Québec, une offre de services généraux communs composée des éléments suivants :**
 - des services généraux de santé et psychosociaux courants accessibles 80 heures par semaine;
 - des services généraux de nutrition et de réadaptation³;
 - des services en santé mentale pour les personnes présentant des troubles transitoires ou situationnels;

3. Les services de réadaptation de première ligne visent à minimiser les conséquences des problèmes de santé, à développer les habiletés compensatrices et à utiliser le potentiel de la technologie dans le but de préserver l'autonomie des personnes. Ils s'appuient sur une infrastructure légère de ressources professionnelles et techniques disponibles près du lieu de résidence ou au domicile de la personne.

- des services préventifs (santé maternelle et infantile, services en milieu scolaire, services d'hygiène dentaire, immunisation, etc.);
- des services de prélèvements.

Info-Santé et Info-Social

- **Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services de renseignements et de référence d'Info-Santé et d'Info-Social, dans un délai maximal de 4 minutes.**
- **Implanter des services Info-Social et faire en sorte qu'ils soient pleinement opérationnels.**

1.1.2 Les services de proximité destinés aux personnes qui ont des problèmes complexes

En plus des services généraux offerts à l'ensemble de la population, des services de proximité, dont des services spécialisés dans le champ du « social », doivent être accessibles pour des clientèles qui ont des problèmes multiples et complexes. Il faut donc :

- **faciliter le soutien dans la communauté des clientèles ayant des besoins particuliers et intenses de services en assurant la disponibilité de mécanismes de coordination des services et des ressources adaptées.**

Les services suivants doivent être consolidés pour ces clientèles :

Pour toutes les personnes dont l'état le requiert

- Des gestionnaires de cas et des mesures de soutien.
- Des services à domicile, selon les besoins des diverses clientèles, soit :
 - des soins et des services d'aide à domicile;
 - des services de répit-dépannage et de soutien aux proches-aidants;

- des services de garde 24/7 pour des personnes qui ont des problèmes complexes (principalement les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes avec des problèmes de santé mentale);
- un suivi médical à domicile.

Les services de première ligne doivent consolider leur action dans des secteurs dont l'importance s'accroît et pour lesquels l'évolution des connaissances permet, dès à présent, d'offrir une réponse plus appropriée. Le développement de ces services doit être coordonné avec les services spécialisés, à partir des services de première ligne.

Dans la foulée des orientations ministérielles récentes et pour confirmer l'importance accordée au soutien dans la communauté et à l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités, certains services spécialisés qui doivent être disponibles à proximité sont pris en considération dans les mesures qui s'adressent aux clientèles suivantes.

Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Le maintien dans leur milieu de la clientèle adulte atteinte de troubles mentaux sévères et persistants demeure une priorité. Il faut donc rendre disponibles :

- des équipes de soutien intensif dans la communauté et une équipe d'intervention de crise pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et de troubles suicidaires.

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Sans les services et le soutien appropriés, coordonnés dans le milieu, les personnes atteintes de maladies chroniques connaîtront de multiples hospitalisations et des séjours à l'urgence qui pourraient être évités. L'intervention précoce, la prise en charge et le suivi sont requis pour améliorer la qualité de vie de ces personnes. Il faut déployer :

- une ou des équipes multidisciplinaires pour les personnes atteintes de diabète, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'un problème cardiovasculaire, d'un cancer et d'une autre maladie chronique.

Pour les personnes ayant une déficience physique

L'accès aux services généraux et spécialisés doit être facilité pour les différentes clientèles desservies (déficiences motrice, visuelle et auditive et déficience de la parole et du langage), et ce, dans toutes les régions du Québec. Ces services doivent être organisés en continuum, en « réseau de services intégrés ». En plus des services à domicile, il faut privilégier :

- des services de soutien et de réadaptation dans la communauté;
- des services spécialisés de réadaptation accessibles dans toutes les régions du Québec;
- une disponibilité d'aides techniques.

Pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle

Pour supporter le plein exercice de la citoyenneté des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ainsi que le soutien approprié à leur famille, il est impératif de poursuivre le développement :

- des services d'adaptation-réadaptation et d'intégration sociorésidentielle et professionnelle.

Pour les jeunes en difficulté

La majorité des ressources du secteur de la jeunesse, soit plus de 80 %, est utilisée pour les services spécialisés du centre jeunesse. Le nombre de signalements reçus à la Protection de la jeunesse augmente au fil des ans et le placement en situation d'urgence est encore trop fréquent. La problématique de la négligence est en croissance et commande des interventions précoces auprès des familles qui sont le plus à risque. Les CLSC et les centres jeunesse doivent agir en étroite collaboration pour réduire les difficultés d'adaptation sociale des jeunes et des familles, en offrant :

- dans chaque territoire de CLSC, la disponibilité d'une équipe constituée d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et d'intervenants d'autres secteurs d'activité, dont le milieu scolaire; cette équipe assure des services appropriés et continus aux enfants et aux jeunes aux prises avec des problèmes complexes, y compris les situations de crise;

- l'accès aux services d'évaluation et de prise en charge dans les délais établis.

Pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement

Au cours des dernières années, une meilleure compréhension des problèmes associés aux troubles envahissants du développement, dont l'autisme, a permis l'instauration de nouvelles approches en association avec les milieux de l'éducation. Pour améliorer la situation, on vise à :

- rendre accessibles, sur une base locale, des services généraux et spécialisés d'intervention et de soutien à l'intégration sociale des personnes afin de desservir :
 - les enfants de moins de cinq ans par des interventions de stimulation précoce;
 - les enfants en besoin de soutien en milieu scolaire;
 - les adultes pour qui des activités de jour et des activités de soutien à l'intégration sociale sont nécessaires.

Pour les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanies et pour les joueurs pathologiques

Les problèmes de consommation et de surconsommation d'alcool et de drogues, dont les drogues injectables, et les risques associés à l'abus de substances psychoactives sont en hausse depuis quelques années. De son côté, le jeu pathologique génère des besoins qui évoluent rapidement. En ces matières, il faut garantir :

- la disponibilité, dans chaque CLSC, d'un programme de dépistage et d'intervention brève;
- un nombre accru de programmes de réadaptation, en augmentant le nombre de places accréditées.

Pour les personnes nécessitant des soins de fin de vie

Le besoin en soins palliatifs adaptés se fait davantage sentir, de plus en plus de personnes désirant finir leurs jours à domicile. Des services sont nécessaires pour répondre à des besoins souvent complexes. Les personnes et leurs proches en situation de grande vulnérabilité doivent être continuellement soutenus et recevoir les soins requis par leur état au moment opportun, et ce, peu importe le milieu de vie. Dans ce secteur, il faut accroître :

- l'accès aux services de prise en charge pour les personnes nécessitant des soins de fin de vie, sur une base de 24/7, quel que soit le lieu de résidence ou d'hébergement.

En résumé, pour toutes ces clientèles, l'organisation des services et les pratiques devront soutenir l'utilisation accrue de nouvelles formules de logement adapté et la contribution d'autres secteurs. Le but est d'offrir le plus de moyens possible aux personnes ayant des incapacités de demeurer dans la communauté.

Les besoins financiers

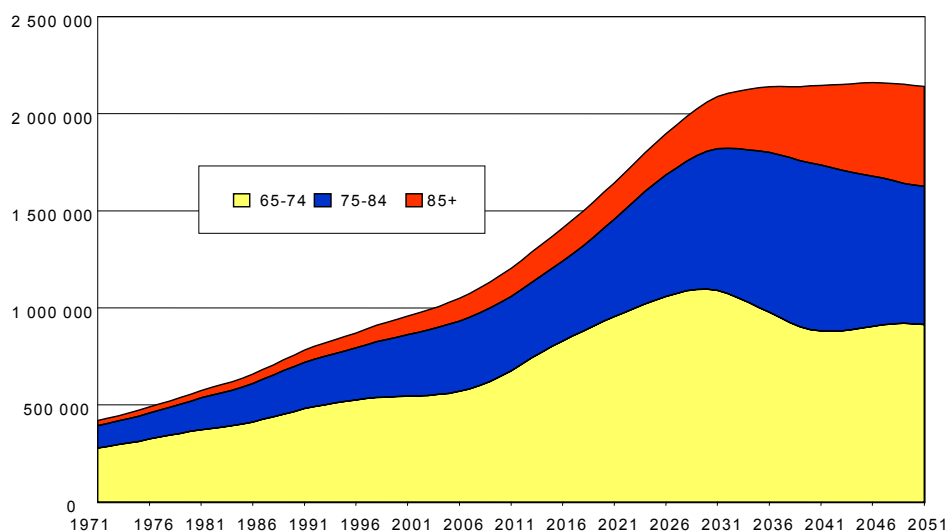
Des crédits additionnels de 842,5 millions de dollars (annexe I) sont nécessaires pour consolider les services de première ligne et les services de proximité destinés aux personnes qui ont des problèmes complexes.

1.2 Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement

Au Québec, l'espérance de vie des femmes à la naissance dépasse 81 ans et celle des hommes est de 75 ans. Cette longévité, parmi les plus élevées au monde, témoigne de l'amélioration des conditions de vie au cours du siècle qui vient de se terminer. En 2001, on estimait à 961 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représentait 13,0 % de la population. Il y a 40 ans, en 1961, on comptait 306 000 personnes âgées, soit 5,8 % de la population; leur nombre a donc été multiplié par plus de 3. Selon les plus récentes projections de l'Institut de la statistique du Québec⁴, la proportion des personnes âgées atteindra 28,9 % de la population en 2041, le nombre de personnes très âgées (85 ans et plus) connaîtra ainsi une hausse particulièrement importante (figure 1).

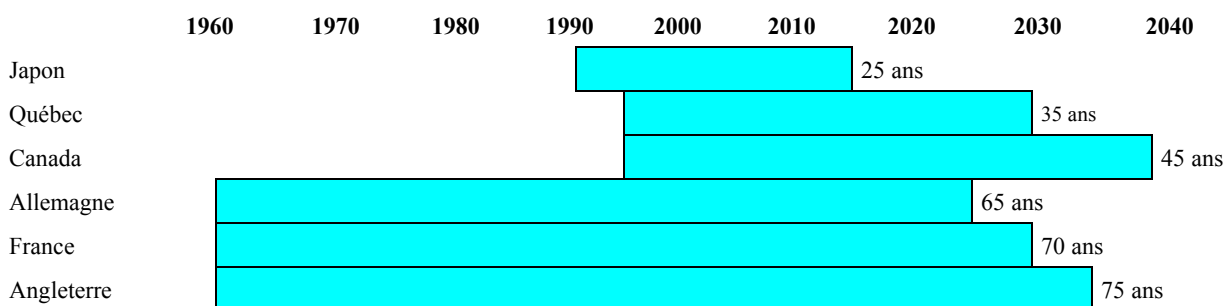
4. Pour une description sommaire des résultats des projections, consulter : N. Thibault et H. Gauthier, 1999b, « Perspectives de la population du Québec au XXI^e siècle : changement dans le paysage de la croissance », données sociodémographiques en bref, vol. 3, n° 2; N. Thibault, E. Létourneau et H. Gauthier, 2000, « Nouvelles perspectives démographiques régionales 1996-2041 : concentration dans les régions métropolitaines et vieillissement accentué », données sociodémographiques en bref, vol. 4, n° 2.

Figure 1 Évolution du nombre de personnes âgées par groupe d'âges, de 1971 à 2051, Québec



Le vieillissement démographique de la société québécoise sera le plus rapide de toutes les sociétés industrialisées, après le Japon (figure 2).

Figure 2 Nombre d'années requises pour passer de 12 % à 24 % de la population âgée de 65 ans ou plus



Le vieillissement de la population se fera deux fois plus rapidement ici que dans les pays européens.

Où en sommes-nous?

Les changements démographiques s'accompagnent d'une modification des besoins et d'une augmentation de la demande de services que l'on observe déjà depuis quelques années. Cette hausse est accentuée par l'accroissement important de la population très âgée. L'impact du vieillissement sur les dépenses publiques dans le secteur de la santé et des services sociaux touche à la fois les services de longue durée et de courte durée. Il est cependant essentiel de rappeler que la majeure partie des personnes âgées (plus de 70 %) sont en bonne santé.

Bien des analyses, menées tant au Ministère que par des groupes de chercheurs externes, ont souligné la difficulté, pour le réseau sociosanitaire, de répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées, particulièrement lorsqu'elles ont une incapacité importante : l'accès aux services est compliqué, surtout pour les personnes qui doivent avoir recours à plusieurs intervenants parce qu'elles sont aux prises avec des problèmes complexes; les services disponibles ne sont pas les mêmes d'un territoire de CLSC à l'autre; les services à domicile ne suffisent plus, alors que les personnes désirent plus que jamais demeurer chez elles.

Les milieux d'hébergement doivent également s'ajuster à l'évolution des besoins. Les personnes recourent à leurs services de plus en plus tard, seulement lorsqu'elles sont aux prises avec des incapacités sévères, souvent des troubles cognitifs, alors qu'elles ne peuvent plus habiter chez elles. Ces situations conduisent à un trop grand recours à l'urgence et à l'institutionnalisation, à l'hospitalisation prolongée en milieu de courte durée ainsi qu'à la surmédication. Elles handicapent la qualité de la vie des personnes en plus de générer des coûts importants pour la collectivité.

Mis en place au début des années 70 alors que la population était plus jeune, le système a d'importants ajustements à effectuer pour mieux répondre aux besoins d'une partie de la population ayant des problèmes multiples, complexes et chroniques.

Où voulons-nous aller?

Le vieillissement démographique représente un enjeu pour l'ensemble de la collectivité, mais il est particulièrement significatif dans le secteur de la santé et des services sociaux.

L'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées provoquera un accroissement des besoins en soins de longue durée de 3 % par an pour au moins encore trois décennies. Par conséquent, les besoins s'élèveront de 18 % dans les cinq prochaines années et de 50 % dans les 15 prochaines. Si la tendance actuelle se maintient, dans 25 ans, ils auront doublé. Pour faire face à cet accroissement rapide, nous devons revoir en profondeur l'organisation des soins de longue durée, le secteur qui devra absorber les plus fortes pressions démographiques. De plus, les services en milieu d'hébergement doivent être rehaussés pour offrir une réponse optimale aux besoins.

La comparaison avec des pays qui ont déjà atteint le degré de vieillissement que connaîtra le Québec dans les deux prochaines décennies, notamment la Suède, nous apprend que des modes différents d'organisation des services peuvent permettre une meilleure utilisation des ressources, à moindre coût. L'intervention précoce et le développement d'une gamme de services adaptés à la diversité des besoins des personnes âgées doivent se substituer graduellement aux façons de faire traditionnelles. Des ressources plus substantielles doivent être ajoutées pour soutenir les mesures préventives, le traitement et la réadaptation et pour optimiser notre offre de services afin de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre chez elles si elles le désirent, et ce, en toute sécurité.

L'impact du vieillissement démographique

Les études de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) permettent de constater que tous les pays membres sont confrontés à la nécessité de prévoir un accroissement important des besoins en matière de services de longue durée. Les solutions qu'ils adoptent varient selon que les pays disposent d'un système de santé et de services sociaux financé par les impôts ou d'un système fondé sur l'assurance sociale. De plus, les choix diffèrent selon que les pays ont déjà inclus ou non des services de type longue durée à leur régime. Lorsque ce type de services est inclus, les pays en cause, dans un contexte de diminution des dépenses publiques, se sont « efforcés d'augmenter l'efficacité de la prise en charge collective » :

- en ciblant mieux les services (Royaume-Uni et Pays Bas),
- en confiant la responsabilité de l'ensemble des services à un gestionnaire unique (Royaume-Uni, Finlande et Suède),
- en développant la gestion de cas (Royaume-Uni et Pays Bas).

Des expériences prometteuses sont actuellement en cours au Québec et méritent d'être étendues à l'ensemble du territoire. Ces expériences explorent différents modèles de « réseautage » de services. L'implantation graduelle de « réseaux de services intégrés » dans l'ensemble du Québec permettra de mieux coordonner les services. On désigne par le vocable « réseau de services intégrés » l'ensemble des services organisés en continuum et destinés à une clientèle spécifique d'un territoire local. Ce mode de fonctionnement permet d'intégrer les pratiques cliniques et d'assurer la continuité des services. Trois grands leviers permettent de soutenir le fonctionnement en réseau de services intégrés : une responsabilité de clientèle donnée à une organisation (pour l'ensemble des services que cette clientèle reçoit); la désignation de

gestionnaires de cas, qui agissent comme mandataires des personnes qui reçoivent des services; le financement global des services selon une allocation budgétaire par programme-clientèle.

L'organisation des services aux personnes âgées

Les *Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*⁵ ont préconisé l'implantation des réseaux de services intégrés. Dans cette perspective, les investissements serviront à :

Consolider les services offerts dans la communauté pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Rehausser la quantité et la qualité des services offerts aux personnes hébergées.

Cette orientation implique l'ajout de ressources financières, en priorité pour les services à domicile. Il faudra également accroître la formation et augmenter les ressources humaines pour l'ensemble des services. L'ajout de ressources en milieu d'hébergement sera consacré, en priorité, à rehausser la qualité des soins et des services et à compléter le déploiement des ressources là où elles sont insuffisantes.

L'instauration graduelle d'un nouveau mode d'allocation budgétaire – budget global par programme-clientèle – favorisera le réseautage des services et permettra d'optimiser la capacité des intervenants à choisir les ressources les plus appropriées pour répondre aux besoins.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001.

Les objectifs de résultat

1.2.1 La consolidation des services offerts dans la communauté

- **Rehausser l'offre globale de services à domicile et offrir la même gamme dans tous les territoires de CLSC.**

Ce rehaussement devra permettre de :

- desservir les personnes à domicile et en ressources privées qui n'ont pas été rejointes⁶;
- offrir une réponse plus complète aux besoins des personnes âgées à domicile et de leurs proches;
- assurer la coordination des services grâce à l'introduction de la gestion de cas⁷.

- **Mettre sur pied les services de soutien destinés aux proches-aidants.**

Ce développement doit reposer sur divers moyens : allocation directe, services communautaires, services publics, etc. Il doit permettre notamment d'augmenter de 40 % le nombre de places réservées à l'hébergement temporaire pour offrir du répit aux familles.

- **Accroître les services de gériatrie et de psychogériatrie (implantation d'équipes multidisciplinaires ou de téléconsultation) pour les rendre accessibles dans l'ensemble des régions du Québec.**
- **Rehausser et adapter l'accès à des ressources d'hébergement non institutionnel.**
- **Doter chaque région de services spécialisés de réadaptation adaptés aux caractéristiques particulières des personnes âgées.**

6. Cette augmentation de la clientèle a été estimée à environ 8 % des personnes âgées, soit près de 80 000 personnes de plus.

7. On évalue que, d'ici cinq ans, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui requièrent ce type de coordination des services, soit environ 100 000, pourraient être rejointes.

1.2.2 L'amélioration des services offerts aux personnes hébergées

L'hébergement s'inscrit à l'intérieur d'une gamme de services et peut prendre différentes formes selon les particularités des territoires. Le taux d'hébergement variera selon les régions, en fonction des choix d'organisation de services et des caractéristiques du milieu. L'intensité de l'offre de services à domicile devra être ajustée au taux d'hébergement à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire globale. L'ajout de ressources devra permettre :

- **de rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées en CHSLD (soins infirmiers et d'assistance, services professionnels en nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie et ergothérapie, etc.) et de mieux répondre aux besoins en matière de fournitures médicales;**
- **d'améliorer l'accès aux services d'hébergement en créant de nouvelles places dans les endroits où les besoins ne sont pas comblés;**

Pour ces régions, il s'agit d'une occasion pour développer de nouvelles formes d'hébergement.

- **de s'assurer que les personnes en perte d'autonomie sévère, qui sont en résidence privée d'hébergement, reçoivent les services dont elles ont besoin.**

Les besoins financiers

Pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, les investissements requis sont de 456,7 millions de dollars (annexe I). Les deux tiers de cette somme, soit plus de 400 millions de dollars, seraient investis dans les services offerts dans la communauté, en particulier dans les services offerts à domicile.

1.3 Prendre le virage prévention

Le Québec a réalisé des gains importants en matière de santé au cours des dernières décennies. Ces gains se traduisent aujourd'hui par une plus grande longévité et une meilleure espérance de vie sans incapacité. Toutefois, des progrès importants peuvent encore être réalisés comme l'indique le tableau 1.

Tableau 1 Quelques indicateurs de l'état de santé de la population

Indicateurs	Québec	Canada
État de santé		
Pourcentage de la population de douze ans et plus qui se perçoit en très bonne ou en excellente santé (2000)	61,2	61,4
Espérance de vie à la naissance (1999)	78,5	79,0
Espérance de vie à 65 ans (1999)	18,2	18,5
Espérance de vie sans limitation d'activités (1996)	70,2	68,6
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) (pour 100 000 habitants, de 0 à 74 ans) (1996)	6084,4	5696,6
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes de poids à la naissance de 500 grammes et plus) (1999)	4,0	4,4
Pourcentage de naissances de faible poids (de 500 grammes à moins de 2 500 grammes) (1999)	5,7	5,5
Habitudes de vie		
Pourcentage de la population de douze ans et plus qui fume régulièrement ou occasionnellement (2000)	29,5	25,9
Pourcentage de la population de douze ans et plus qui pratique une activité physique durant les loisirs (2000)	38,7	42,6

Source : Statistique Canada

Où en sommes-nous?

Une nouvelle conscience, individuelle et sociale, de la santé a émergé; les gens souhaitent maîtriser mieux les facteurs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Ils veulent vivre dans un environnement de qualité et travailler dans des conditions saines. Ils sont plus informés et préoccupés par la qualité de leur alimentation et de leur condition physique et par l'adoption de comportements sains et sécuritaires; des habitudes nocives comme le tabagisme sont moins répandues qu'hier. Il faut toutefois rappeler que l'environnement social et économique des individus et des familles influe sur leurs comportements, leurs habitudes et leurs conditions de vie.

La société québécoise, comme toutes les sociétés développées, investit en prévention : pour la protection de la santé, la surveillance des aliments, la sécurité sur les routes, dans les villes et au travail, la qualité de l'eau et de l'environnement, etc. Ces investissements contribuent à améliorer la qualité de la vie des individus.

Des interventions sont également réalisées par le système de santé et de services sociaux, particulièrement les services de santé publique, pour prévenir, promouvoir et protéger la santé. Cependant, elles ne sont pas toujours assez intensives, n'abordent souvent que quelques dimensions d'un problème ou ne sont pas encore accessibles dans tous les territoires. Globalement, l'effort actuel en prévention, au sein du système de santé et de services sociaux, demeure proportionnellement restreint.

Les efforts des prochaines années doivent porter sur une meilleure prise en charge par les citoyennes et les citoyens de leur santé, le développement de l'action multisectorielle, la mobilisation de tous les secteurs d'activité et la mise en place d'un ensemble d'interventions pour agir efficacement sur les grands problèmes et les tendances observées.

La prévention, par l'entremise du programme de santé publique, représente actuellement 2,3 % des dépenses du système de santé et de services sociaux, soit l'équivalent de 265 millions de dollars. Il faut investir davantage, car la prévention peut rapporter.

L'impact de la prévention a été évalué. Un dollar investi dans les activités intensives de prévention, au cours des premières années de vie, auprès d'une clientèle ciblée, fait épargner jusqu'à 7,00 \$ en coûts sociaux directs et indirects. Chaque baisse de 1 %, due à la prévention, des quelque 2 millions de journées d'hospitalisation pour les personnes atteintes de cancer et de maladies cardiovasculaires et respiratoires, observées en 1999-2000, aurait entraîné une économie de 10 millions de dollars.

La politique de la santé et du bien-être

Dans la foulée du mouvement *Santé pour tous* lancé par l'Organisation mondiale de la santé, *La politique de la santé et du bien-être* de 1992 formulait 19 objectifs visant à réduire les principaux problèmes et à améliorer la santé et le bien-être de la population.

Dix ans plus tard, nous constatons que plusieurs objectifs ont été atteints. C'est le cas notamment pour les cancers du poumon et du sein, pour les traumatismes routiers, pour le sida et les maladies transmises sexuellement, pour la santé mentale et pour le maintien de l'intégration sociale des personnes handicapées.

Dans certains cas, les objectifs n'ont pas été atteints mais des gains appréciables ont été réalisés. Il s'agit des maladies cardiovasculaires, des maladies infectieuses, de la santé dentaire et de l'intégration des personnes âgées.

La situation est par contre inquiétante du côté de certaines problématiques sociales : les abus sexuels et la violence familiale; les troubles de comportement et la délinquance; la consommation d'alcool et de médicaments; les naissances prématurées et le suicide.

Où voulons-nous aller?

Prévenir la maladie et les problèmes sociaux et permettre ainsi à chacun de grandir et de vieillir en santé est une responsabilité partagée entre les individus, les professionnels des services de santé et des services sociaux, le gouvernement et l'ensemble des acteurs sociaux.

Pour être efficace, une intervention de prévention doit inclure plusieurs stratégies complémentaires dans les milieux de vie, auprès des personnes, dans le réseau de la santé et des services sociaux et sur les politiques publiques. Elle doit être appliquée avec intensité, durer assez longtemps pour atteindre les résultats attendus et être accessible dans l'ensemble des territoires locaux et régionaux.

Un défi collectif, des responsabilités partagées

La santé est un bien individuel et collectif précieux, qui n'est malheureusement pas toujours renouvelable. Elle est influencée par les décisions individuelles et par l'action de tous les intervenants. Par conséquent, elle doit être valorisée et protégée.

La responsabilité de chaque individu est d'être proactif au regard de sa santé et de son bien-être. Pour ce faire, chacun doit être éveillé aux bénéfices, doit développer le goût de s'occuper de sa santé et doit prendre les moyens nécessaires pour la préserver. L'individu doit être soutenu dans cette démarche. Il doit disposer de toute l'information nécessaire sur son bilan de santé et sur les moyens les plus efficaces pour préserver ses acquis.

Le Ministère s'engage à informer la population sur son état de santé, à élaborer un ensemble organisé d'activités préventives à l'intérieur du *Programme national de santé publique* et à assurer un rôle-conseil auprès des autorités gouvernementales quant à l'impact des politiques publiques sur la santé et le bien-être, comme il est prévu à la Loi sur la santé publique.

La responsabilité du réseau et des professionnels de la santé et des services sociaux est d'intégrer un souci constant de prévention dans leur pratique, en lien avec les équipes de santé publique. Ils doivent faire le point sur les facteurs qui influent sur la santé physique, mentale et sociale avec les personnes qui les consultent et sur les moyens qu'ils peuvent prendre pour améliorer ou prendre en charge leur santé. Ils sont aussi interpellés par le développement d'une préoccupation

collective pour identifier et signaler des problèmes qui sont communs à plusieurs de leurs patients, contribuant ainsi à agir sur les facteurs à l'origine de ces problèmes.

L'amélioration de la santé et du bien-être de la population est une responsabilité collective. Tous les acteurs sociaux, dont les ministères et organismes, les écoles, les entreprises et les municipalités, doivent y contribuer. À cet effet, de nouvelles pistes de soutien doivent être explorées pour aider au financement d'initiatives, qui seront mises en place par les collectivités, les entreprises et les individus.

Les problèmes de santé et les problèmes sociaux évitables qui portent sérieusement atteinte à la santé et au bien-être de la population entraînent aussi une consommation élevée de services. Ils commandent des actions qui visent à :

Accroître dans toute la population l'accès à l'activité physique, une saine alimentation, l'abandon du tabagisme, l'adoption de pratiques sécuritaires et responsables, notamment sur le plan sexuel, et à diminuer les comportements de dépendance.

Réduire la morbidité, les incapacités et la mortalité précoce associées aux maladies cardiovasculaires et respiratoires, aux cancers et au diabète.

Réduire le nombre de tentatives de suicide et les suicides.

Dépister et diminuer les abus, la négligence et la violence.

Protéger contre les dangers associés à l'environnement, dont ceux liés à la qualité de l'eau, et les risques liés à des infections évitables par la vaccination, dont la méningite, la coqueluche, la varicelle, les otites et la pneumonie.

Certains groupes de la population sont particulièrement susceptibles d'éprouver des problèmes de santé. Leur situation commande des actions plus ciblées visant particulièrement à :

Réduire la négligence et les difficultés d'adaptation et de développement chez les enfants qui vivent dans des conditions d'extrême pauvreté ou dans une famille où les parents présentent des difficultés graves d'adaptation.

Réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque.

Diminuer les traumatismes à domicile, notamment les chutes chez les aînés.

Pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs, des mesures spécifiques fondées sur des évidences scientifiques doivent progressivement être implantées, notamment par :

Les objectifs de résultats

1.3.1 Des actions préventives visant l'ensemble de la population

➤ **Informar la population sur les moyens à prendre pour rester en santé.**

Des moyens de communication grand public seront développés pour informer la population et susciter son implication de façon à éviter l'apparition de problèmes et à réagir rapidement dès la manifestation de symptômes. D'autres outils visent à guider les citoyens afin qu'ils utilisent les services offerts de la façon la plus efficace possible. La population doit également être informée sur son état de santé et sur les facteurs qui contribuent aux principaux problèmes de santé et problèmes sociaux.

1.3.2 Des actions préventives dans le réseau sociosanitaire

Le *Programme national de santé publique* viendra préciser l'ensemble des mesures préventives et de promotion de la santé à mettre en place pour améliorer la santé et le bien-être de la population, dans chacune des régions et dans chacun des territoires de CLSC du Québec.

➤ **Offrir plus de services préventifs dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.**

- Déployer dans tous les territoires de CLSC des interventions préventives auprès des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants, adaptées en fonction de leurs besoins, complétant ainsi les services périnataux déjà en place.

Ces services concernent notamment l'alimentation de la mère et du nourrisson, la consommation de drogues ou de médicaments, le tabagisme et le soutien social et éducatif.

- Intervenir de façon préventive pour contrer les risques à la santé comme le suicide, l'alcoolisme, les toxicomanies et le VIH.
- Concevoir des outils utiles aux praticiens médicaux et sociaux œuvrant en première ligne, en donnant priorité aux pratiques cliniques préventives associées au développement des enfants et à la prévention des maladies chroniques ainsi que des moyens de dépistage appropriés.
- Mettre en place des actions qui visent l'identification des personnes à risque, l'intervention précoce et la référence vers les ressources appropriées, notamment en ce qui touche la violence envers les femmes.

La population doit être protégée contre certaines infections évitables par la vaccination. À cet effet, il faut :

- **mettre en place le programme d'immunisation notamment contre la varicelle, la méningite et la pneumonie.**

1.3.3 Des actions préventives, de concert avec les autres secteurs d'activités

- **Établir des partenariats avec les autres acteurs sociaux et économiques, et soutenir les actions intersectorielles qui facilitent l'accès à des milieux et à des activités favorables à la santé et au bien-être et à l'adoption de saines habitudes de vie.**

Des liens plus étroits seront consolidés avec le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, le monde du travail, le milieu communautaire, les villes et les autres milieux de vie dans la promotion et la mise en place de mesures préventives concrètes qui permettront de réduire les problèmes. Les efforts en vue de promouvoir la prévention doivent se répercuter dans l'ensemble des politiques sociales du gouvernement du Québec. Pour ce faire, le Ministère compte s'associer à d'autres partenaires pour favoriser l'implantation de mesures préventives qui auront un impact sur la santé et le mieux-être des Québécoises et des Québécois.

Les besoins financiers

De façon à soutenir les responsabilités partagées et à concrétiser l'engagement national en prévention, des crédits additionnels de 241 millions de dollars sont requis (annexe I).

1.4 Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés

Les services spécialisés et surspécialisés s'adressent aux personnes aux prises avec des problèmes complexes, parce que leur situation nécessite une expertise professionnelle spécialisée et des plateaux techniques d'investigation et de traitement.

Partout dans le monde, l'accès à ce type de services est une préoccupation majeure. Si l'évolution des connaissances, le développement technologique (nouveaux médicaments et nouveaux appareils) et les changements dans les modes de pratique offrent de plus en plus de possibilités du côté du diagnostic et du traitement, le vieillissement de la population et l'augmentation graduelle de diverses maladies viennent ajouter des pressions supplémentaires sur les ressources disponibles.

Où en sommes-nous?

D'emblée, il est essentiel de poser un constat général : les personnes qui nécessitent des services médicaux, de façon urgente, reçoivent des soins sans délai. D'importantes sommes ont été consenties depuis quelques années, par vagues successives, pour contrer l'engorgement des urgences et l'allongement des listes d'attente de façon à faire face à l'évolution de la demande. Malgré ces ajouts budgétaires, les listes d'attente s'allongent dans certains secteurs. Plusieurs facteurs l'expliquent.

Ainsi, en lien avec le vieillissement de la population, on constate une augmentation graduelle de la fréquence de certaines maladies. De plus, l'évolution technologique et le développement scientifique offrent de nouvelles possibilités de traitement. On traite des personnes de plus en plus âgées avec de moins en moins de risques, ce qui leur permet d'accroître leur longévité et leur qualité de vie.

L'accès aux services (plateaux techniques, diagnostics et thérapeutiques) en milieu hospitalier commandent des mesures particulières pour l'organisation des services spécialisés dans des secteurs bien ciblés.

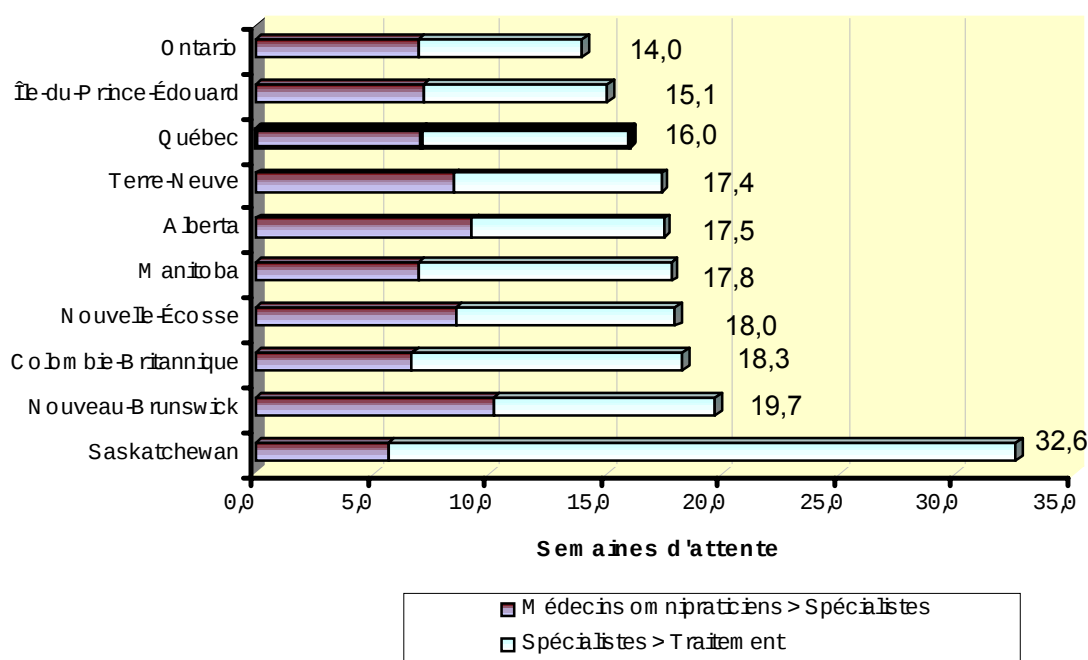
Une situation comparable

Selon les données les plus récentes de l'Institut Fraser (2001) concernant les délais d'attente pour plusieurs types de chirurgie, le Québec se classe généralement bien parmi les provinces canadiennes. Il se situe au 3^e rang (après l'Ontario et le Manitoba) en ce qui concerne le temps d'attente entre la prise de rendez-vous du médecin généraliste et le rendez-vous avec le médecin spécialiste. Le Québec est en 4^e position (après l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta) pour le délai entre la consultation avec le médecin spécialiste et le traitement.

Au Québec, les délais diffèrent beaucoup d'une spécialité à l'autre. À titre d'exemple, le temps d'attente entre la consultation du spécialiste et le traitement varie de 1,1 semaine pour l'oncologie médicale à 16,1 semaines pour la chirurgie orthopédique. Les délais pour la chirurgie cardiaque non élective et l'oncologie médicale sont inférieurs aux délais considérés raisonnables. Par contre, les données en ophtalmologie, en chirurgie orthopédique et en chirurgie cardiaque élective nous indiquent les secteurs les plus problématiques.

Quant au nombre de personnes en attente de traitement, le Québec se retrouve, en 2001, dans la moyenne des provinces canadiennes.

Figure 3 Nombre de semaines d'attente entre la référence par le médecin généraliste et le traitement, Québec et les autres provinces, 2001



Source : Institut Fraser, rapport préliminaire (2002).

Il se fait environ 8 000 chirurgies cardiaques par année au Québec. L'augmentation de la demande est de l'ordre de 200 chirurgies supplémentaires annuellement. Par ailleurs, il existe actuellement une forte progression de la demande d'examen de cathétérisme diagnostique. Ces examens permettent de mieux orienter le patient, soit vers une angioplastie, une chirurgie cardiaque ou un traitement pharmacologique. Ainsi, il y a près de 1 400 examens supplémentaires à réaliser chaque année où, dans 40 % des cas, une angioplastie sera requise.

Certaines problématiques, associées plus particulièrement au vieillissement de la population, se distinguent par l'ampleur de la liste d'attente pour une chirurgie ou pour une chirurgie d'un jour et par la rapidité avec laquelle les besoins augmentent. C'est le cas pour l'ophtalmologie (cataracte) et l'orthopédie (remplacement de la hanche et du genou).

L'augmentation du nombre de personnes âgées est le principal facteur explicatif de la hausse des cas de cancer⁸. On prévoit, en 2002, 35 600 nouveaux cas de cancer, nombre qui s'accroît de 800 d'une année à l'autre. À ce nombre s'ajoutent les personnes traitées antérieurement et qui nécessitent à nouveau des traitements.

Le nombre de personnes atteintes d'insuffisance rénale est également en progression. Le défi de l'organisation des services consiste à agir, en amont du problème, pour éliminer le plus possible l'obligation d'intervenir plus tard au moyen de la dialyse. La réponse aux besoins des personnes devant bénéficier d'une intervention en dialyse ne tolère aucun délai d'attente. Elle doit se déployer le plus près possible de leur lieu de résidence.

Bien souvent, les situations d'attente au niveau des services spécialisés contribuent à accroître l'achalandage des services d'urgence qui servent de filet de sécurité pour la population⁹. L'engorgement résulte de deux facteurs principaux : l'achalandage et la non-disponibilité de lits ou de services dans le centre hospitalier. Une partie des cas traités à l'urgence auraient pu être dirigés ailleurs, en première ligne, pour recevoir des traitements mineurs.

Où voulons-nous aller?

Le développement des services spécialisés et surspécialisés, dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité pour la population, repose sur trois pôles principaux : des critères d'accès bien définis, une hiérarchisation des services et le recentrage du rôle de l'urgence.

Une définition claire des critères d'accès aux services

L'accès aux services spécialisés et surspécialisés et le déploiement des ressources nécessaires se définissent à partir de quatre critères :

-
8. Le Québec dispose d'un modèle d'organisation de services particulièrement prometteur dans ce domaine. Le *plan de lutte au cancer* nécessite des investissements ciblés là où le potentiel de rendement est le plus grand : prévenir et dépister précocement; accroître l'accessibilité aux services de soutien dans la communauté; rendre possible la guérison en optimisant le recours aux meilleures technologies diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation, en temps opportun.
 9. La mission de l'unité d'urgence adoptée lors du premier forum sur la situation dans les urgences qui s'est tenu en octobre 1999, se définit de la façon suivante : l'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.

Les services spécialisés et surspécialisés sont accessibles sur référence dans les meilleurs délais.

Des épisodes de soins sont concentrés et offerts en continuité avec les autres services accessibles dans la communauté.

Les services spécialisés sont disponibles dans chaque région.

Les services surspécialisés sont concentrés dans certaines régions et des corridors de services doivent être établis pour garantir l'accès à la population des autres régions.

La hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers

Les services médicaux généraux sont, au Québec, dispensés sur une base locale. Ils constituent l'assise de l'accès aux soins et aux services de santé et deviennent ainsi le premier point de contact de la population avec le système.

Des services plus spécialisés sont également disponibles sur une base régionale. Ceux-ci sont généralement accessibles sur référence.

Enfin, quelques services très spécialisés, comme la chirurgie cardiaque, sont rendus disponibles uniquement dans certaines régions désignées. L'accessibilité est toutefois assurée à l'ensemble des citoyens et des citoyennes du Québec, quel que soit leur lieu de résidence. Cette concentration permet de maintenir une expertise de pointe et garantit la qualité des interventions.

Le recentrage du rôle de l'urgence

Toutes les modifications que nous avons proposées précédemment (groupes de médecine de famille, soins à domicile, prévention, réduction des délais pour recevoir des soins spécialisés, etc.) auront un impact positif et immédiat sur les délais d'attente à l'urgence.

L'urgence seconde les activités des services de première ligne. Elle demeure encore aujourd'hui, pour un certain nombre de cas, un guichet d'accès pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités dans un autre lieu, avec des moyens plus appropriés. L'activité de l'urgence en première ligne doit être ciblée sur les situations qui le requièrent, compte tenu des expertises et des plateaux techniques dont elle dispose. Sa mission doit être bien intégrée à celle du centre hospitalier qui doit rendre les lits et les services diagnostiques disponibles pour limiter la congestion. L'organisation même des salles d'urgence doit être revue pour faciliter l'organisation du travail, le recrutement, l'organisation physique et l'accès aux plateaux techniques d'investigation.

La réorganisation des services d'urgence s'articule autour de trois axes principaux :

L'amélioration du fonctionnement de l'urgence.

Le renforcement des liens avec les services spécialisés et surspécialisés, visant une gestion coordonnée des épisodes de soins.

Le renforcement et l'intégration des services entre l'urgence, le centre hospitalier, les CLSC, les CHSLD ainsi que les GMF ou les cabinets privés, de façon à assurer la prise en charge, la continuité et le suivi des personnes.

Plusieurs comités d'experts de la communauté médicale québécoise ont récemment convenu de stratégies visant à gérer les listes d'attente à l'aide de critères objectifs. Les travaux ont porté sur les services de cardiologie tertiaire, de chirurgie de la cataracte, de chirurgie orthopédique

(prothèses du genou et de la hanche), d'oncologie chirurgicale ainsi que de la radio-oncologie. Pour ces interventions spécialisées, des délais maximaux ont été établis.

Tableau 2 Délais maximums visés pour les interventions spécialisées

Interventions	Délais maximums visés
Hémodynamie (tests sur la circulation sanguine au niveau du cœur)	1 mois
Chirurgie oncologique (traitement des cancers par la chirurgie)	1 mois
Chirurgie cardiaque	3 mois
Électrophysiologie (diagnostic et traitement des troubles du rythme cardiaque)	3 mois
Radio-oncologie (traitement des cancers par radiothérapie)	3 mois
Orthopédie (remplacement de la hanche et du genou)	3 mois
Chirurgie pour les cataractes	6 mois

Les objectifs de résultat

1.4.1 La diminution des délais d'attente

De façon plus précise, pour favoriser l'accès aux services spécialisés et surspécialisés, les objectifs à poursuivre sont :

- de garder l'accès au traitement spécialisé des cas urgents en priorité, qu'ils fassent partie ou non d'une liste d'attente;
- de maintenir et d'accroître la capacité d'intervention des services spécialisés et surspécialisés en fonction des délais d'accès suivants :
 - à l'intérieur d'un mois en hémodynamie et en chirurgie oncologique,

- à l'intérieur de trois mois en chirurgie cardiaque, en électrophysiologie, en radio-oncologie et en orthopédie (remplacement de la hanche et du genou),
- à l'intérieur de six mois pour la chirurgie de la cataracte (ophtalmologie);
- **de développer des services de pré dialyse et de rapprocher les services de dialyse du lieu de résidence des personnes;**
- **de garantir l'accès aux services spécialisés et surspécialisés disponibles seulement dans quelques régions à toute la population du Québec, et ce, sans coût direct lié aux déplacements des personnes qui en ont besoin;**
- **d'assurer l'accès aux plateaux techniques, diagnostiques et thérapeutiques, et ce, en tout temps;**
- **de déployer la télésanté pour faciliter l'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans les régions éloignées de même que pour permettre le suivi à distance des usagers en convalescence à leur domicile;**
- **d'élaborer des critères de priorité des cas, pour une meilleure gestion des listes d'attente, ce qui implique :**
 - de convenir de standards uniformes caractérisant les conditions des personnes nécessitant des soins spécialisés,
 - d'assurer une coordination afin de garantir la fiabilité des données sur les listes d'attente,
 - de déployer les systèmes d'information nécessaires à une collecte de données de qualité.

1.4.2 Le fonctionnement optimal des services d'urgence

Les actions prévues pour assurer un fonctionnement optimal des services d'urgence, en lien avec le *Plan d'action national sur les urgences*, visent à :

- **mettre en œuvre un plan d'action pour chaque établissement, sous la responsabilité de la régie régionale, de façon à ce que le séjour moyen sur civière à l'urgence n'excède pas 12 heures et qu'il n'y ait pas de séjour sur civière de plus de 48 heures;**

- **accompagner et soutenir les établissements qui éprouvent des difficultés à régler leurs problèmes de congestion;**
- **revoir les modes d'organisation du travail à l'urgence;**
- **implanter un système d'information de gestion;**
- **améliorer l'organisation fonctionnelle par des réaménagements dans certaines urgences.**

Chaque régie régionale a la responsabilité d'établir un plan de contingence en vue de répondre à une menace de rupture de services ou d'engorgement excessif dans l'une des urgences de sa région. Chaque établissement devra appliquer le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, en plus de miser sur l'engagement des médecins et des gestionnaires à faire de l'urgence la priorité de l'hôpital.

Il est par ailleurs essentiel de rappeler que les mesures préconisées pour les services de première ligne et pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes atteintes de problèmes multiples et complexes vont contribuer à améliorer l'accès aux services d'urgence. Des places devront être disponibles en milieu d'hébergement afin de libérer les lits de courte durée occupés par les personnes ayant besoin de soins de longue durée et d'accueillir les patients référés par l'urgence.

Enfin, le système de santé doit également pouvoir compter sur des services préhospitaliers d'urgence qui prennent assise sur une chaîne complète d'interventions pour agir avant que la personne arrive à l'urgence. La mise en place des mesures spécifiques à ce secteur d'activités devra être soutenue au cours des prochaines années et visera à :

- **compléter la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence (centrales de coordination santé, équipes de premiers répondants, etc.).**

Les besoins financiers

L'ensemble des mesures consacrées à l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés représente, en crédits additionnels requis, un montant de 234 millions de dollars (annexe I).

Deuxième défi :

Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux

Chacune des instances du réseau, ceux et celles qui offrent des services ou les groupes qui les représentent, sont interpellés par les défis auxquels le système de santé et de services sociaux est confronté. Les modes de gestion doivent être adaptés de façon à ce que le réseau devienne plus efficace.

Le système public, dans son ensemble, est bien géré. Des efforts importants ont été fournis pour accroître la performance à tous les niveaux de gestion comme en témoigne la diminution de la part relative occupée par les activités de soutien et d'administration au profit des activités cliniques. Par ailleurs, l'engagement de garantir à la population des services de santé et des services sociaux accessibles, de qualité et mieux intégrés comporte des implications majeures pour les conseils d'administration et les gestionnaires.

Pour consolider le changement dans le réseau de la santé et des services sociaux, les différentes instances doivent disposer de la marge de manœuvre nécessaire pour faire les choix les mieux adaptés à la réalité de leur région ou de leur territoire et pour organiser les services en fonction des besoins de la population qu'elles desservent. En contrepartie, ces organisations devront rendre compte des résultats obtenus dans leur région ou pour leur établissement.

La gestion doit être soutenue par différents leviers. Ainsi, on peut s'attendre à des gains d'efficacité et d'efficience en accordant une place plus importante à différents partenaires externes au réseau public, en révisant le mode d'allocation des ressources et en s'assurant d'une utilisation optimale des technologies de l'information et des communications comme outils d'aide à la décision.

La disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée constitue une autre des clés de réussite pour améliorer l'organisation des services. La compétence de même que l'implication des médecins, des infirmières et des travailleuses et travailleurs du réseau ne sont plus à démontrer. Il faut toutefois trouver des solutions aux problèmes actuels de disponibilité. L'organisation du travail doit être adaptée aux nouvelles pratiques et permettre de responsabiliser davantage les intervenants et leurs organisations par rapport à la clientèle desservie.

2.1 Des décisions près des citoyens et l'obligation de rendre des comptes à la population

Le Québec a misé sur la régionalisation de la gestion de son système de santé et de services sociaux, et ce, depuis plus de 25 ans. Tout en reconnaissant l'importance de maintenir cette direction, l'expérience a fait ressortir des difficultés dans le partage des responsabilités et dans l'exercice de l'imputabilité. Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en juin 2001 sont venues clarifier la ligne d'autorité, affirmer les responsabilités des régies régionales et rendre l'exercice de l'imputabilité plus transparent envers le gouvernement et envers la population. Les conditions nécessaires à l'amélioration de la gestion s'installent donc progressivement.

2.1.1 Des décisions près des citoyens

- **Réaffirmer l'importance de la régionalisation.**
- **Accentuer la capacité de décision des régies régionales et des établissements.**

Le gouvernement reconnaît l'importance de déconcentrer davantage la gestion afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la population des différents milieux.

Les responsabilités des régies régionales seront renforcées pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle d'organisation et de coordination des services et d'allocation des ressources entre les établissements de leur région.

Les régies régionales et les établissements doivent pouvoir bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre dans les choix budgétaires et dans les modes d'organisation des services, dans le respect des orientations nationales et des budgets qui leur sont alloués.

La régionalisation

Pour plusieurs experts, la principale logique qui encourage à soutenir la régionalisation est de permettre d'attribuer à chaque palier décisionnel les responsabilités qu'il est le plus à même de remplir. La régionalisation permet, entre autres, une meilleure prise en compte des réalités locales, de l'intégration des services et de la participation des citoyennes et des citoyens.

Toutes les provinces canadiennes, à l'exception de l'Ontario, ont régionalisé leur système de santé. Certaines études font ressortir que la régionalisation favorise l'intégration et la coordination des services. On y constate, dans certains cas, une plus grande efficience.

Ces études nous révèlent également, comme on l'a constaté au Québec, la nécessité de clarifier les rôles des différents paliers de gestion, de transférer plus de responsabilité en matière d'allocation des ressources et de donner plus d'imputabilité aux dirigeants.

En choisissant ces avenues, on vient situer les centres de décision plus près des citoyennes et des citoyens.

Par ailleurs, la cohésion des décisions et des actions de l'ensemble du réseau passe, de prime abord, par un partage clair des responsabilités entre les trois paliers de gestion, soit le Ministère, les régies régionales et les établissements, de façon à éviter les incohérences et les duplications de rôles.

Les responsabilités ministérielles

Le Ministère va concentrer principalement ses activités sur ses fonctions de planification, de financement, d'allocation des ressources, de coordination nationale et d'évaluation des résultats. Il affirme sa volonté d'un leadership plus soutenu dans la nouvelle dynamique de gestion du système.

Pour atteindre un maximum de cohérence dans l'exercice de ses responsabilités, le Ministère fait connaître ses attentes à l'intérieur d'un plan national pluriannuel, utilisé comme référence pour l'organisation des services. Il y énonce les cibles prioritaires vers lesquelles doivent converger les actions du réseau de la santé et des services sociaux et pour lesquelles le Ministère devra rendre des comptes à la population. La mise en œuvre du plan national fera l'objet d'un suivi, de concert avec les régies régionales et les établissements, de sorte qu'il sera possible d'y apporter les adaptations nécessaires au fil des années.

Pour garantir la meilleure offre de services possible et comparable dans toutes les régions du Québec, une responsabilité majeure du Ministère consiste à pourvoir les régions des ressources nécessaires à la réalisation de leur mandat. L'allocation des ressources aux régies régionales se fait dans le respect d'un principe d'équité interrégionale.

Le Ministère a également la responsabilité de désigner les services nationaux et suprarégionaux qui doivent être accessibles à toute la population du Québec, quelle que soit la région d'origine des personnes. Pour ce faire, il prend en considération les recommandations des régies régionales et s'assure de la coordination de ces services.

Les responsabilités régionales

Le président-directeur général et le conseil d'administration de la régie régionale sont responsables et imputables de l'accessibilité et de l'organisation des services dans leur région. Conformément à leurs propres responsabilités de planification, de coordination des services, d'allocation des ressources et d'évaluation des résultats, les régies régionales ont à mettre en œuvre les orientations et les objectifs nationaux. Elles doivent élaborer un plan stratégique pluriannuel qui détermine les priorités régionales, en conformité avec celles de la planification nationale. Les régies régionales sont ainsi responsables de l'atteinte des objectifs nationaux dans leur région et doivent faire connaître leurs propres engagements auprès de la population. Elles doivent allouer les ressources aux établissements et aux organismes de leur territoire en conformité avec ces orientations, tout en tenant compte des besoins de la population des différents territoires.

Par ailleurs, une fois les services nationaux désignés par le ministre, le président-directeur général de la régie régionale qui fait l'objet d'une désignation est responsable de la gestion et de l'utilisation des ressources et doit en rendre compte. Il devient ainsi imputable de l'accessibilité aux services nationaux, peu importe le lieu de résidence de la clientèle. Il doit également s'assurer des ententes de complémentarité nécessaires avec les régies régionales d'où proviennent les personnes qui ont des besoins particuliers de service. Un financement spécifique est prévu, en complément à l'enveloppe régionale, pour les dépenses associées à ces services.

Le cycle de gestion par résultats

Les nouveaux rapports entre les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, qui sont en phase d'implantation, introduisent un cycle de gestion par résultats.

Les régies régionales produiront une planification stratégique pluriannuelle à partir des orientations nationales. De leur côté, les établissements définiront leur offre de services conformément à la planification régionale.

Sur la base des plans stratégiques, des contrats de performance seront conclus entre le ministre et la régie régionale, puis entre la régie régionale et les établissements.

Des rapports annuels de gestion rendront compte des résultats obtenus entre les différents paliers et permettront de réviser annuellement le contenu des contrats de performance. Les exercices de planification et de reddition de comptes aux niveaux national, régional et au niveau des établissements s'imbriquent les uns dans les autres et s'influencent mutuellement.

Des responsabilités pour les établissements

Le gouvernement réaffirme également la responsabilité première des établissements au regard de la prestation des services pour la population et les clientèles qu'ils desservent. Le conseil d'administration et le directeur général en sont imputables.

L'établissement voit sa capacité de décision accrue pour utiliser les ressources qui lui sont allouées en fonction des objectifs qu'il a conclus par contrat de services avec la régie régionale. À cet égard, l'administration de l'établissement identifie et décide des moyens à mettre en place pour rendre les services disponibles et doit en rendre compte.

Dans une région, des liens très étroits doivent être établis entre les établissements et les autres ressources d'un territoire. C'est la mise en synergie de leur contribution respective qui peut garantir une plus grande efficacité ainsi qu'une plus grande efficience des services. À cet égard, la planification de services de chaque établissement est complémentaire à celle de ses partenaires.

2.1.2 La reddition de compte à la population

Une plus grande responsabilisation des différents acteurs, au regard de l'accès aux services pour les différentes clientèles ciblées, impose l'exercice d'une imputabilité accrue auprès du gouvernement et de la population. La reddition de comptes doit se faire sur la base de résultats préalablement convenus entre le Ministère, les régies régionales et les établissements, en vertu d'ententes formelles. Des outils pour optimiser l'offre de services et la performance seront utilisés.

- **Poursuivre la démarche visant à octroyer des bulletins de santé aux établissements, qui permettent à la population d'apprécier leur performance.**

Jusqu'à tout récemment la population a été peu sollicitée pour donner son appréciation sur les services rendus par les établissements du réseau public des services de santé et des services sociaux. Cette information est essentielle pour améliorer l'organisation des services et pour permettre aux établissements de se fixer des objectifs conséquents.

À l'automne 2002, des bulletins de santé ont été remis aux centres hospitaliers, de façon à permettre à la population d'apprécier leur performance quant à l'accessibilité aux services, à la

situation financière et à la satisfaction de la clientèle. Cette démarche sera étendue aux autres catégories d'établissements.

La population de l'ensemble du Québec est sollicitée, par sondage, pour donner son appréciation sur les services rendus par différents établissements du réseau public. L'information à la base des bulletins de santé sera utile pour apporter des améliorations à l'organisation des services de l'établissement. Ces améliorations souhaitées deviennent des cibles qui seront introduites dans le contrat de performance conclu avec la régie régionale, cibles sur lesquelles l'administration devra rendre des comptes. Enfin, les outils de mesure et les indicateurs de performance qui ont permis de constituer les bulletins seront graduellement améliorés.

➤ **Conclure des contrats de performance qui constituent les engagements des régies régionales et des établissements au regard des objectifs prioritaires.**

L'engagement des organisations se concrétisera par des contrats de performance, conclus entre le ministre et la régie régionale de même qu'entre la régie régionale et les établissements de sa région. Par ces contrats, les régies régionales et les établissements signifieront de quelle façon ils vont assurer l'atteinte des objectifs en matière d'organisation des services, de satisfaction de la clientèle, d'investissements prioritaires, de gestion des ressources humaines et de maintien de l'équilibre budgétaire.

➤ **Concrétiser la reddition de comptes par la production de rapports annuels de gestion.**

Annuellement, chaque régie régionale et chaque établissement doivent rendre compte des résultats obtenus, en fonction des objectifs préalablement établis, dans un rapport annuel de gestion qui constitue un document public.

La définition de cibles précises et mesurables oblige, par ailleurs, le Ministère à rendre disponibles des outils de gestion et des systèmes d'information de gestion qui facilitent la mise en œuvre des priorités, ce qui permettra d'apprécier les résultats au moment opportun.

➤ **Structurer la formation destinée aux gestionnaires du réseau et du Ministère en vue de soutenir les changements visés pour l'organisation des services et pour la gestion du système de santé et de services sociaux.**

Il est indispensable que tous les gestionnaires du réseau disposent des outils et de toutes les habiletés requises afin d'assurer pleinement leurs responsabilités envers l'accès aux services

pour la population. Ils sont appelés à initier et à faire des changements d'envergure dans les pratiques et dans les modes d'organisation des services. À ce titre, ils doivent disposer de la formation nécessaire pour les soutenir dans la réalisation de leurs défis, notamment pour faciliter le réseautage des services et assurer la gestion par résultats.

2.1.3 Des modes d'allocation des ressources plus équitables

L'allocation des ressources est un levier, prépondérant aux paliers central et régional, pour faire évoluer l'organisation des services et ainsi permettre une plus grande efficacité au sein des organisations. En vue de renforcer la gestion d'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les ressources financières doivent être disponibles et réparties de façon à donner la marge de manœuvre aux organisations afin d'adapter les services en tenant compte des besoins de la population, des priorités nationales et des objectifs régionaux. On pourra ainsi faciliter la responsabilisation des gestionnaires et l'atteinte de plus de performance. Un changement d'approche fondamental s'impose sur le plan de l'allocation des ressources.

Ainsi, l'allocation des ressources aux régies régionales et aux établissements devrait s'inscrire davantage dans :

- une logique de souplesse et d'adaptation aux besoins plutôt qu'une reconduction historique;

Bien que certains ajustements aient été apportés afin d'améliorer le processus d'allocation des ressources au cours des dernières années, il n'en demeure pas moins que celui-ci repose toujours et essentiellement sur une reconduction des bases fixées au milieu des années 70. Il s'est développé avec le temps un problème important d'équité, tant interrégionale qu'intrarégionale. L'allocation des ressources doit tenir compte davantage des besoins de la population, de la lourdeur des clientèles desservies, des différents niveaux de services et de l'efficacité des établissements.

- une logique de programme plutôt qu'une logique d'établissement;

Le mode actuel d'allocation des ressources présente l'inconvénient d'être basé sur une logique d'établissement plutôt que sur celle de programme, ce qui a pour effet de maintenir des « silos » qui ne facilitent pas les liens entre les organisations. Non seulement faut-il favoriser l'efficacité de chacun des établissements pris

individuellement, mais il faut désormais mieux soutenir la mise en place de nouvelles organisations de services plus intégrés.

- une logique de gestion par résultats plutôt qu'une logique de gestion de crise.

Le mode actuel de budgétisation des établissements occulte la possibilité de mettre en place une véritable reddition de comptes axée sur des objectifs de performance et de résultats à atteindre. Ce contexte favorise une gestion plus encline à désamorcer les crises et à corriger les symptômes apparents. Il faut donc privilégier une approche qui cible les problèmes et leurs causes, qui définit les priorités d'action et qui permet de mettre en œuvre des pratiques optimales.

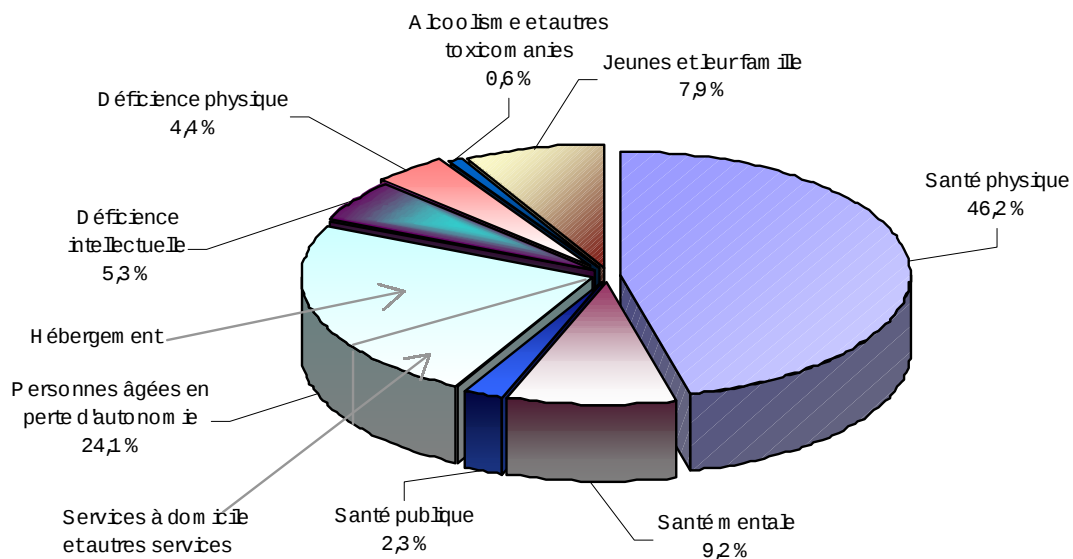
Une démarche de révision a été entreprise en s'appuyant, entre autres, sur les travaux du comité Bédard. Elle conduit à :

- **poursuivre la révision du mode d'allocation des ressources en se basant sur une logique qui prend en compte l'adaptation aux besoins de la population, les programmes-clientèles¹⁰ et la gestion par résultats, tout en visant l'équité et l'efficience.**

Cette révision nous amène à établir que les ressources doivent dorénavant être réparties plus équitablement entre les régions et à l'intérieur de celles-ci, selon une approche qui tient compte des besoins et des caractéristiques de la population à desservir. Cette répartition sera déployée par programme-clientèle, soit sur la base des activités liées aux services offerts aux différentes clientèles. Pour chaque programme-clientèle, une enveloppe budgétaire est déterminée et les résultats attendus sont ciblés. L'allocation des ressources devra également tenir compte de la mobilité interrégionale, c'est-à-dire des personnes qui se déplacent pour obtenir des services dans une autre région. Il convient également de rappeler que lors de l'octroi des enveloppes régionales 2002-2003, il y a eu engagement à l'effet d'instaurer, d'ici trois ans, un financement équitable entre les régions.

10. Un programme-clientèle est défini comme un ensemble organisé de services et d'activités destinés à une clientèle particulière ou à une population, visant des objectifs spécifiques, et pour lesquels sont consentis des ressources humaines, matérielles et financières. Les différents programmes-clientèles auxquels on fait référence ici sont les suivants : santé publique, santé physique, personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, enfance jeunesse famille, santé mentale, alcoolisme et toxicomanies.

Figure 4 Répartition des dépenses nettes effectuées en santé et en services sociaux, selon le programme-clientèle au Québec, 2000-2001



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, SDI, août 2002.

Chaque régie régionale dispose d'une enveloppe financière globale qu'elle doit attribuer à chacun des programmes-clientèles. C'est sur la base de ces programmes qu'elle rendra compte des résultats, en fonction des objectifs établis. Elle a ainsi la responsabilité d'allouer les ressources aux établissements et aux organismes de son territoire avec un souci d'équité intrarégionale.

Afin de poursuivre le développement du modèle d'allocation des ressources, une table de concertation permanente, composée des représentants de tous les types d'établissement, a été mandatée.

2.2 Une main-d'œuvre plus disponible

Les gains réalisés ces dernières années en matière de réponses aux besoins de la population sont, en grande partie, dus à la transformation des pratiques de ceux et de celles qui ont su mettre à profit l'évolution des connaissances et le développement technologique, tout en maintenant un engagement soutenu envers les personnes qui avaient besoin de leur aide. Les perspectives visées pour les prochaines années laissent cependant entrevoir deux problématiques de fond : l'impact anticipé de la rareté de la main-d'œuvre et le besoin de réviser l'organisation du travail afin d'adapter les pratiques et de responsabiliser davantage les intervenants et leurs organisations par rapport à la clientèle desservie.

2.2.1 Les médecins

Le médecin est un acteur de premier plan dans le système de santé. Compte tenu des besoins croissants de la population, l'accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés constitue certes l'un des défis majeurs pour assurer l'avenir du système de santé et de services sociaux. Pour soutenir adéquatement l'organisation de services proposée et l'engagement des médecins à partir des priorités énoncées, des améliorations doivent être apportées aux modalités actuelles d'organisation et de gestion des effectifs médicaux.

On reconnaît qu'il existe, au Québec, un besoin additionnel de médecins, conjugué à un problème de répartition interrégionale et, souvent, de répartition à l'intérieur même d'une région. Les causes de cette situation sont multiples. Le nombre de médecins, à lui seul, ne suffit pas à l'expliquer, puisque le Québec se compare avantageusement aux provinces canadiennes en ce qui concerne le ratio médecin/population. D'autres facteurs sont à considérer, notamment la féminisation de l'effectif médical, l'importance accordée à la qualité de la vie sur la productivité et les nouveaux modes de pratique. Tout en tenant compte de ces différents facteurs, la volonté de donner priorité à l'ouverture des services d'urgence en tout temps, de déployer des GMF sur tout le territoire et de réduire les délais d'accès aux services diagnostiques et aux traitements conduit à la nécessité de revoir, de façon importante, la planification des effectifs médicaux.

La disponibilité des médecins

Pour être en mesure d'assurer une réponse médicale aux besoins croissants de la population, il faut planifier l'ajout de nouveaux médecins. Les admissions en médecine seront donc augmentées. Elles étaient de 406 en 1998 et de 611 en 2002; elles passeront à 666 en 2003. De plus, le recrutement des médecins à l'étranger est nécessaire pour combler, en priorité, les besoins dans les régions éloignées. Actuellement, 266 médecins venus de l'étranger détiennent un permis restrictif actif, ce qui représente moins de 1,5 % de l'effectif médical total. Les efforts pour augmenter le nombre des médecins constituent une priorité.

En tenant compte de l'arrivée de nouveaux médecins et de l'attrition, on constate un gain net d'environ 200 médecins par année actuellement. À ce gain, il faut ajouter ceux escomptés, dès 2003, découlant de la modification des pratiques, d'une plus grande accessibilité aux plateaux techniques pour les médecins spécialistes et des changements qui seront apportés dans l'organisation des services, comme la mise en place des GMF.

La répartition des médecins entre les régions, à l'intérieur des régions, dans les établissements et selon les priorités

La répartition des médecins doit être améliorée de façon à ce que l'accès aux services soit équitable d'une région à l'autre, à l'intérieur des régions de même qu'à l'intérieur des établissements. Les médecins doivent être disponibles là où les besoins sont les plus urgents, selon les priorités qui sont reconnues dans la région où ils travaillent et même ailleurs. Une meilleure organisation des services contribuera non seulement à une utilisation optimale de ces compétences, mais également à rendre la pratique plus intéressante.

Trois grands ordres de moyens composent la stratégie générale visant à améliorer l'accès aux services médicaux partout au Québec. Ces mesures respectent l'autonomie et la responsabilité professionnelle des médecins.

- **Mieux répartir les médecins en élaborant ou en ajustant les plans régionaux de l'effectif médical, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.**

De façon à assurer une répartition plus adéquate et équitable des médecins dans toutes les régions et dans les établissements où ils ne sont pas assez nombreux, il est nécessaire de procéder

à l'élaboration des plans régionaux de l'effectif médical (PREM) pour les omnipraticiens et d'ajuster les PREM pour les médecins spécialistes. Cette révision implique également de revoir les mesures incitatives favorisant la répartition interrégionale des médecins ainsi que celles qui visent à améliorer le recrutement et la rétention des médecins dans les régions éloignées. Parmi ces mesures, celle d'accorder une priorité aux stages en région offerts aux étudiants en médecine et aux résidents apparaît essentielle, de façon à sensibiliser un plus grand nombre de médecins à la pratique dans les régions éloignées.

➤ **Étendre la participation des médecins à des activités médicales particulières (AMP).**

On espère obtenir une prestation de travail additionnelle suffisante pour combler les besoins les plus pressants, soit dans les services d'urgence, les hôpitaux et les centres d'hébergement, pour les grossesses et les accouchements de même que pour le suivi des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes atteintes d'une maladie chronique. L'obligation de participer à des AMP devrait s'étendre à tous les médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes qui ne sont pas déjà concernés.

➤ **Concevoir une vision régionale de l'offre des services médicaux, tant généraux que spécialisés.**

Il est enfin primordial de concevoir une vision régionale de l'offre de services médicaux tant généraux que spécialisés (ententes de services, jumelages interétablissements, etc.) conçue selon les caractéristiques de l'organisation des services propre à chacune des régions, en tenant compte des besoins de la population. La régie régionale devra coordonner l'organisation des services médicaux et assurer, lorsque requis, la conclusion d'ententes de services entre certains établissements pour combler le manque de médecins dans sa région.

Les changements attendus pour l'organisation des services impliquent une responsabilité accrue des différents acteurs à tous les paliers. C'est dans cet esprit qu'une participation accrue des médecins est attendue dans l'organisation des services d'un établissement et d'une région. Chaque milieu doit mettre en place les conditions et les mécanismes visant à faciliter cette participation.

De plus, les régies régionales pourront établir, au besoin, des ententes de services pour jumeler entre eux des établissements de leur région ainsi qu'avec ceux des régions disposant de plus de médecins pour assurer les services.

2.2.2 Les infirmières et les autres professionnels

L'implication et le professionnalisme des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux sont reconnus et doivent être soutenus, qu'il s'agisse des infirmières, du personnel à vocation sociale (psychologue, éducateurs, etc.) ou des autres professions. Les principaux défis pour la gestion des ressources humaines résident dans l'adaptation et la valorisation de ces compétences professionnelles pour être en mesure de répondre à l'évolution des besoins et dans la recherche de solutions pour améliorer leur disponibilité.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'organisation ainsi que les conditions de travail en vigueur ont été établies à une époque d'abondance de la main-d'œuvre, sans la variété de réponses aux besoins dont nous disposons aujourd'hui. De plus, les départs à la retraite, conjugués à la faible évolution démographique de la main-d'œuvre active, obligent à considérer d'autres options que le seul ajout de nouveaux diplômés pour combler les besoins. Par ailleurs, l'organisation du travail et des activités cliniques reste encore fragmentée. La réglementation actuelle comporte des rigidités et fait en sorte que la responsabilité professionnelle est souvent diffuse ou pourrait être mieux partagée entre les différents intervenants. Enfin, des phénomènes comme celui de l'absentéisme sont devenus trop importants, ce qui est lourd de conséquences pour les individus et pour l'organisation du travail.

Les perspectives actuelles et celles à venir commandent des actions immédiates pour atténuer les effets inévitables du manque de ressources professionnelles dans plusieurs secteurs des services de santé et des services sociaux. La disponibilité, la répartition, l'adaptation et l'utilisation adéquate de la main-d'œuvre professionnelle représentent des conditions de base pour assurer à la population les meilleurs services possible.

En somme, les objectifs pour les prochaines années en matière de main-d'œuvre professionnelle nécessitent une stratégie globale en substitution aux mesures à la pièce.

La disponibilité des infirmières et des autres professionnels

À la faveur des différentes mesures prévues à ce plan, le réseau de la santé et des services sociaux pourra compter, au 31 mars 2003, sur un effectif légèrement supérieur à 241 500 personnes. L'effectif professionnel additionnel requis pour la période 2003-2004 à 2007-2008 totalise environ 32 800 personnes dont 8 450 infirmières. Si le taux d'encadrement

demeure à son niveau actuel, le réseau aura besoin de 1 370 nouveaux cadres, dont près de 400 seront issus des soins infirmiers (annexe II).

- **Mettre en œuvre des plans d'action relatifs à chaque secteur professionnel pour assurer la disponibilité de la main-d'œuvre requise.**
- **Faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes choisisse de faire carrière dans le domaine de la santé et des services sociaux.**

Le besoin additionnel nécessite non seulement l'embauche de nouvelles personnes, mais également une planification serrée de façon à ce que les développements prévus ne viennent pas créer ou accentuer la rareté de la main-d'œuvre déjà existante dans certains secteurs d'activité ou dans certaines régions.

Compte tenu du très fort potentiel d'emplois que représente tout le domaine de la santé et des services sociaux, la mise en œuvre d'activités de promotion auprès des jeunes, l'augmentation des admissions dans les programmes de formation et l'implantation d'une agence de recrutement par immigration¹¹ deviennent des moyens pour appuyer les efforts à consacrer pour accroître la disponibilité de la main-d'œuvre.

L'organisation du travail et différentes mesures adaptées aux particularités des régions et des établissements devront également être prévues afin d'attirer et de retenir les professionnels dans les milieux où on a le plus besoin d'eux.

Enfin, il y a lieu de revoir et de mettre en place des structures d'organisation permettant un meilleur soutien et un meilleur encadrement à un personnel plus jeune, comportant une plus forte proportion de personnes dont la formation initiale est plus courte.

La relève de la main-d'œuvre infirmière

La situation en ce qui a trait à la main-d'œuvre infirmière illustre bien le défi majeur auquel nous aurons à faire face au cours des prochaines années en matière de disponibilité des ressources humaines. L'effectif additionnel de 8 850 infirmières et cadres, issus des soins infirmiers, qui est requis par le *Plan de la santé et des services sociaux* vient s'ajouter à une pénurie actuelle

11. La mise en place d'une telle agence pourrait permettre de recruter annuellement, par immigration, environ 250 infirmières.

estimée à 1 800. Au-delà du recrutement, les solutions supposent donc une façon différente de concevoir la pratique infirmière et une organisation du travail adaptée à l'évolution des besoins.

La situation critique que vit le Québec n'est pas unique. Par exemple, on qualifie de « crise mondiale » le besoin en soins infirmiers. Aux États-Unis, on dénombre 168 000 postes vacants dans les hôpitaux; la situation est problématique dans tous les pays industrialisés comme l'Angleterre, la France, l'Allemagne et le Japon.

Différentes mesures doivent être mises en place pour combler le besoin pressenti. Elles font référence à la venue de nouveaux diplômés, à l'organisation du travail, au recrutement et au partage des responsabilités avec d'autres catégories d'employés. Une simulation de l'impact des mesures envisagées est présentée à l'annexe III.

Ces mesures qui n'ont pas pour effet de résorber le manque actuel de main-d'œuvre infirmière impliquent l'accélération des modifications souhaitées à l'organisation du travail, afin de permettre la réalisation du plan, sans accroître la rareté actuelle. L'écart qui demeure peut toutefois être comblé en faisant davantage appel à d'autres catégories de personnel. De plus, l'augmentation des heures supplémentaires peut encore être envisagée, mais de façon temporaire et en dernier recours.

La configuration des services proposée suppose une façon différente de concevoir la pratique infirmière et une organisation du travail adaptée à l'évolution des besoins dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il faut également tenir compte d'un autre facteur, soit l'attrait occasionné par la pratique en première ligne qui peut créer des problèmes de recrutement à certains établissements.

Deux changements sont particulièrement névralgiques pour accroître la disponibilité de la main-d'œuvre infirmière :

- **modifier la structure de poste pour augmenter la proportion d'employés réguliers et rendre plus attrayants les postes permanents d'infirmières;**

L'habitude prise, particulièrement en centres hospitaliers, de mettre en place des équipes minimales, obligeant à faire appel à des employés occasionnels à temps partiel pour tout remplacement ou surplus de travail temporaire, doit être abandonnée. Des coûts additionnels en découlent. La taille des équipes doit être suffisante pour qu'elles aient la marge nécessaire pour assumer elle-même la quasi-totalité des absences de courte durée et les surcroûts

temporaires de travail. Des mesures particulières doivent être développées pour inciter les infirmières à occuper les postes permanents, ce qui permettrait de stabiliser les équipes de travail et de conserver l'expertise acquise au fil du temps.

- **assurer le maintien de l'équilibre dans la répartition de la main-d'œuvre infirmière sur une base régionale.**

Les mouvements de main-d'œuvre qu'impliquent les nouveaux développements devront faire l'objet d'une planification régionale qui établit les règles qui doivent être respectées pour maintenir l'équilibre souhaité. Des moyens peuvent être envisagés de façon immédiate : la mise en place de mécanismes de recrutement régionaux et des quotas de recrutement par établissement; l'obligation d'ententes interétablissements sur les mouvements de main-d'œuvre préalablement à l'octroi des budgets de développement; voire, à la limite, la constitution de plans de l'effectif en soins infirmiers par établissement et par région.

La révision de l'organisation du travail

Les pénuries de main-d'œuvre, l'amélioration du climat de travail et les nouveaux modèles d'organisation de services posent la nécessité d'une sérieuse révision de l'organisation du travail et d'une adaptation conséquente des conventions collectives.

- **Baser l'organisation du travail sur l'utilisation optimale des compétences.**

La révision de l'organisation du travail vise non seulement à réduire l'impact des pénuries de main-d'œuvre, mais elle contribue également à accroître la satisfaction au travail et la mobilisation des personnes. De manière à soutenir la nouvelle organisation des services, il faudra investir davantage dans les programmes visant le maintien et le développement des compétences et l'intégration au travail des employés. L'organisation de services qui se consolide, basée sur une plus grande disponibilité de services dans la communauté et sur le développement de services intégrés, commande des expertises particulières et des modes de pratique transformés. Il faut optimiser le développement d'environnements de travail favorables au plein exercice de l'expertise professionnelle et d'une pratique en interdisciplinarité.

Il faut également mettre en place des modèles d'organisation des services permettant le recours à une plus forte proportion de personnes dont la formation initiale est plus courte et favorisant la

révision de la distribution des tâches dans l'équipe de travail, la révision de la structure de poste et l'accroissement des postes à temps plein.

➤ **Favoriser un nouveau partage des responsabilités.**

Dans le contexte des récentes modifications apportées à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2001), d'autres avenues, basées sur un nouveau partage des responsabilités entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, sont à explorer pour maximiser la disponibilité des compétences au bon moment. De plus, l'introduction de nouvelles classes d'employés, telles les sages-femmes et les infirmières praticiennes¹², sera évaluée.

➤ **Soutenir, par la formation, l'évolution des pratiques et les changements visés pour l'organisation des services.**

La formation constitue un outil de premier ordre pour soutenir l'évolution des pratiques et les changements visés pour l'organisation des services, notamment pour appuyer le développement de réseaux de services intégrés. Tant les intervenants que les gestionnaires doivent pouvoir bénéficier de formation adaptée aux exigences de l'organisation des services ou de la gestion.

➤ **Adapter les conventions collectives pour garantir plus de souplesse et de flexibilité dans la gestion des ressources humaines.**

Pour rejoindre les impératifs de la nouvelle organisation des services, nous avons besoin de beaucoup plus de souplesse dans la gestion des ressources humaines, de manière à accroître la disponibilité du personnel pour dispenser les services requis, tant dans les établissements que dans la communauté, 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Cette flexibilité doit se refléter dans la négociation des conventions collectives. Une plus grande responsabilisation au niveau local est visée, tant pour les acteurs syndicaux que pour les acteurs patronaux, pour tout ce qui concerne les mouvements internes de personnel et la gestion des congés, par exemple.

Au niveau de l'entente générale, il faudra revoir les dispositions concernant la dotation des postes et la mobilité du personnel. Une certaine ouverture est particulièrement importante pour

12. L'infirmière praticienne exerce en première ligne dans les CLSC, les cabinets de médecins, les centres de santé et les dispensaires. En collaboration avec des omnipraticiens et en toute autonomie, elle soigne, diagnostique et traite les patients qui présentent des problèmes de santé courants. Elle assure aussi le suivi du plan thérapeutique médical de certaines clientèles atteintes de maladies chroniques et stables. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, juin 2002.

les infirmières pour qui il faut désormais prévoir un plan de carrière, retarder les départs à la retraite, favoriser le retour des retraitées et affecter celles qui le désirent à des activités de mentorat et de formation. Il y a lieu également d'accroître l'attrait pour des emplois dans le réseau et de réduire l'absentéisme. Pour ce faire, il nous faudra faciliter l'intégration au travail des nouveaux employés, permettre une véritable conciliation travail-famille et maintenir le programme de gestion de la présence au travail.

Les multiples accréditations représentent un irritant majeur au niveau de la gestion des établissements et constituent, dans les faits, une rigidité qui n'a plus sa raison d'être. À la suite des fusions d'établissements notamment, on retrouve plusieurs unités d'accréditation pour représenter les mêmes groupes d'employés dans un établissement. Cette situation, dont il faut évaluer tous les effets, influe sérieusement sur l'efficacité de fonctionnement dans l'utilisation du personnel, en particulier pour la gestion des postes, la mobilité de la main-d'œuvre et la prise des congés.

Une flexibilité accrue dans la gestion des ressources humaines devrait amener des gains substantiels, mais difficilement quantifiables. Ces gains sont nécessaires pour compenser certains coûts additionnels, eux aussi difficilement quantifiables, liés à la rareté de la main-d'œuvre.

2.3 Des partenariats pour plus de flexibilité

Il faut aller plus loin dans la gestion globale du système et dépasser les seules mesures qui concernent la gouverne du réseau. La gestion publique doit être plus flexible et, conséquemment, plus efficiente en misant sur une action concertée avec différents partenaires du milieu socioéconomique. En continuité avec les expériences déjà entreprises, le recours à des partenariats avec les secteurs privé et communautaire peut également être accentué.

➤ **Impliquer les acteurs socioéconomiques à la recherche de solutions pour améliorer la gestion.**

De grands acteurs socioéconomiques sont parties prenantes pour l'avenir de notre système. Les syndicats, les corporations médicales, les associations d'établissements, les ordres professionnels et plusieurs autres ont des rôles déterminants à jouer dans l'avenir. Ils sont appelés à travailler solidairement et conjointement avec le gouvernement à la recherche de solutions pour que la gestion des ressources humaines, organisationnelles et financières soit plus souple, plus flexible et plus efficiente.

➤ **Améliorer la prestation des services en faisant appel au partenariat, et ce, dans la continuité des expériences entreprises.**

Il faut bien distinguer le financement de la prestation de services. Sous ce deuxième aspect, le système de santé et de services sociaux du Québec est – et a toujours été – un système mixte, en ce sens que la prestation des services y est assurée par le secteur privé dans certains domaines comme l'hébergement ou les services de soutien.

On observe que le recours à différentes formes de partenariat public-privé dans la prestation des services se dégage comme l'une des principales constantes des réformes entreprises au cours des dernières années dans les pays ayant un système public.

Tout en maintenant l'accès universel aux services, il existe des domaines où la prestation des services de santé et des services sociaux peut, au cours des prochaines années, être améliorée en faisant appel à un partenariat plus étroit entre le public et le privé. Deux domaines sont particulièrement visés :

- le logement et l'hébergement des personnes ayant des incapacités;

Les besoins d'hébergement et de logement adapté pour les personnes ayant des incapacités seront en forte croissance au cours des prochaines décennies. Il faut prévoir d'autres formules que l'hébergement traditionnel tel que nous le connaissons. Ce secteur offre un vaste terrain pour développer les partenariats entre les organismes publics ainsi que les partenariat public-privé.

- le développement de cliniques affiliées.

Plusieurs interventions diagnostiques ou thérapeutiques peuvent maintenant se faire hors de l'hôpital, parce qu'elles ne nécessitent plus de plateaux techniques complexes ni des services d'hôtellerie particuliers. Des cabinets de spécialistes pourraient ainsi s'affilier à un centre hospitalier, en vertu d'une entente qui définit les obligations des parties. La liste des ressources à traiter en priorité serait établie en fonction de l'urgence de leur cas.

Cette mesure permettrait d'améliorer l'accès aux services et de réduire les listes d'attente. Le financement demeure public de sorte que le client n'a pas à déboursier pour le service.

Par ailleurs, dans ce type de collaboration, le secteur public demeure toujours garant de la qualité et de la sécurité des services offerts et il met en place les mécanismes nécessaires pour assurer leur contrôle.

D'autres formes de partenariat doivent se poursuivre, notamment avec le milieu communautaire autonome, et ce, sur une base volontaire conformément à la politique gouvernementale.

2.4 Des technologies de l'information et des communications mieux utilisées

La pertinence et la circulation de l'information jouent un rôle crucial dans le processus de décision. Le développement rapide des technologies de l'information et de la communication offre des possibilités multiples pour améliorer la circulation de l'information clinique et administrative. Comme toute organisation moderne, le système doit tirer profit des technologies de l'information et des communications pour améliorer sa gestion et sa performance.

Ces dernières années, les technologies ont permis de décupler les possibilités de traitement et de circulation de l'information. Premièrement, les technologies sont essentielles à deux égards. Elles permettent d'améliorer la circulation de l'information clinique et de soutenir la coordination des interventions. Ainsi, l'utilisation d'outils performants va contribuer grandement à donner une nouvelle dimension à l'accessibilité, grâce entre autres à la télésanté, à associer directement le transfert de connaissances à la décision clinique par des outils informatisés d'aide à la décision ou, encore, à obtenir de l'information clinique pertinente beaucoup plus rapidement, voire en temps réel, réduisant ainsi le temps d'attente pour des résultats diagnostiques. Deuxièmement, leur apport est essentiel pour améliorer l'information de gestion en vue de faire des choix éclairés en matière d'organisation des services. Les gestionnaires ont besoin de données valides, au moment opportun, de manière à optimiser la concordance entre les exigences cliniques et les exigences administratives.

En fait, les possibilités offertes par les technologies sont à ce point nombreuses que nous commençons à peine à les exploiter. Il faut cependant demeurer vigilant pour que les coûts qui y sont associés soient à la mesure des possibilités offertes. De même, une certaine prudence reste de mise dans un secteur où l'on traite ce qui est le plus précieux pour la plupart des personnes : leur santé dans ses dimensions physique, psychologique et sociale. La principale obligation sera de trouver un juste équilibre entre le respect de la confidentialité et les gains d'efficacité que permettra le développement des technologies de l'information et des communications.

Les principaux outils requis

La mise en œuvre d'orientations ministérielles¹³ devra permettre de déployer cinq projets structurants destinés à soutenir les priorités d'organisation des services de santé et des services sociaux :

- les systèmes d'information clinique pour les services de première ligne et les services de proximité destinés aux personnes qui ont des problèmes complexes;

L'objectif est de soutenir en priorité le développement en réseau et les pratiques dans les GMF, les urgences et les services ambulatoires de même qu'en appui aux services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux jeunes et aux personnes aux prises avec une déficience physique ou intellectuelle.

- les outils communs prioritaires pour soutenir la continuité des services;

Il s'agit de développements informatiques normalisés et complémentaires aux systèmes d'information clinique, qui facilitent la communication de l'information entre les systèmes, comme l'informatisation des processus d'accueil et d'évaluation de la clientèle, du plan d'intervention, de la demande de services de même que du processus de gestion de l'accès aux ressources et aux services.

- les systèmes d'information de gestion en appui aux mécanismes de gouverne, de reddition de comptes et de gestion de la performance;

Ils permettront un meilleur suivi administratif, une meilleure planification des services et une allocation des ressources mieux adaptée, en optimisant la capacité de mettre en lien les différentes données émanant du réseau.

- un portail-santé, comme outil d'accès à l'information et d'intégration des connaissances pour la population;

La population veut être mieux informée et être en mesure de faire des choix éclairés à l'égard de sa santé. Ce portail permettra également aux intervenants du réseau d'avoir à leur disposition un bureau de travail électronique accessible partout et en tout temps.

13. L'élaboration d'orientations ministérielles et d'un plan de développement en matière de technologies de l'information et des communications viendront encadrer l'évolution des infrastructures technologiques et permettront de tirer un meilleur profit des actions déjà entreprises, comme l'optimisation du Réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS), l'informatisation des laboratoires, la numérisation de la radiologie et l'informatisation des pharmacies.

- le projet de carte santé.

Le projet initial sera revu pour appuyer la continuité des interventions cliniques, en facilitant la circulation de l'information de façon sécuritaire.

Les priorités en matière de technologies de l'information et des communications seront établies au palier national, en associant les principaux partenaires du réseau. Il est essentiel d'assurer plus de cohérence et de coordination dans la mise en place des systèmes d'intérêt commun. Il faut limiter les développements isolés qui dupliquent les ressources et qui sont peu rentables dans une perspective d'ensemble. Des gains d'efficacité et d'efficience pourront alors être escomptés, basés sur des systèmes valides, performants et sécuritaires, disponibles à moindre coût.

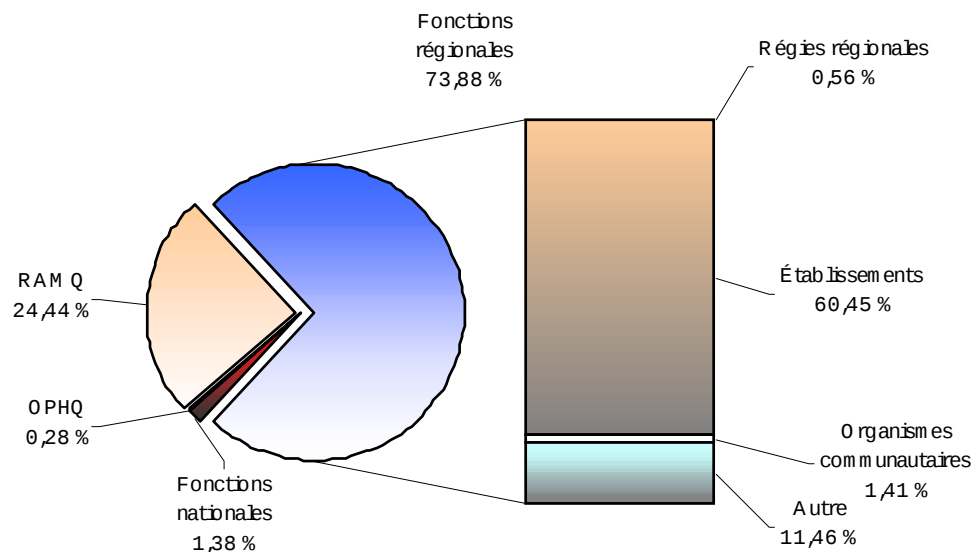
Troisième défi :

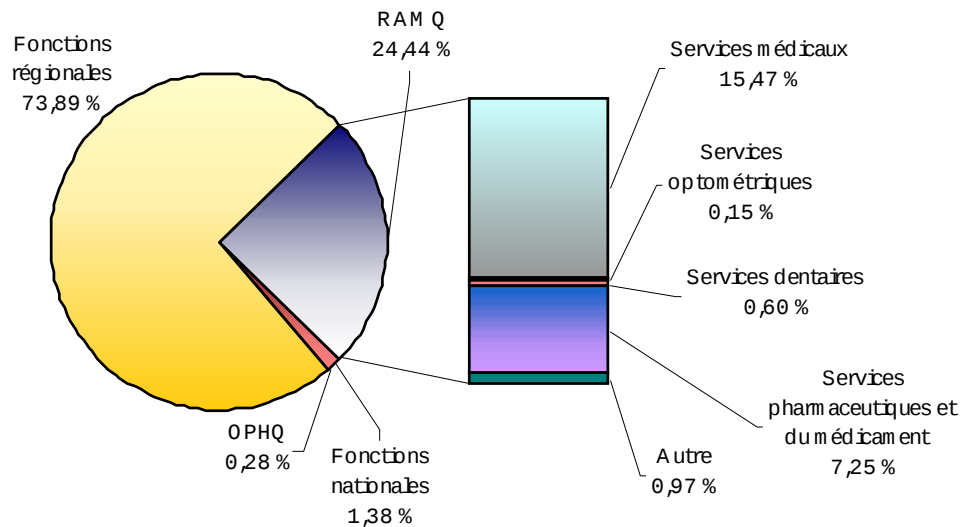
Assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant

Le gouvernement du Québec alloue 17,5 milliards de dollars à la mission santé et services sociaux (2002-2003), ce qui représente 7,4 % du produit intérieur brut (PIB) québécois. En fait, ces dépenses correspondent à 35 % du budget de l'État et à environ 40 % des dépenses de programmes du gouvernement. La figure 5 indique de quelle façon ces sommes sont réparties.

Malgré l'importance de cet effort, le financement du système de santé et de services sociaux éprouve des difficultés majeures qui exigent des choix. Il faut impérativement disposer d'un financement stable pour mettre en œuvre et consolider les changements à apporter à l'organisation des services.

Figure 5 Répartition des montants consacrés à la mission santé et services sociaux selon les éléments de la structure budgétaire 2001-2002





3.1 Le financement nécessaire pour assurer l'avenir du système

Réaliser des changements tels que nous le proposons implique des investissements considérables. À la suite d'une analyse rigoureuse de l'ensemble des programmes du Ministère en tenant compte des besoins de la population et des impacts du vieillissement de celle-ci, nous arrivons à la conclusion qu'une mise à niveau de 1,8 milliard de dollars est nécessaire. Cette analyse a été confirmée et validée par une équipe de recherche de l'Université Laval¹⁴.

Nous arrivons à la conclusion qu'une mise à niveau de près de 1,8 milliard de dollars est nécessaire. Cette somme serait consacrée en priorité aux services sociaux et de santé à proximité du milieu de vie des gens, tel que le démontre le tableau 3.

14. L'équipe était dirigée par M. Maurice Gosselin, professeur-titulaire à l'École de comptabilité de la Faculté des sciences de l'administration.

Tableau 3 Résumé des mesures

Mesures	Besoins
	(M\$)
Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne	842,5
Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement	456,7
Prendre le virage prévention	241,0
Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés	234,0*
Total	1 774,2

* Incluant 162 millions non récurrents

Toutefois, les besoins additionnels ne se limitent pas à ces mesures. En effet, année après année, le système de santé et de services sociaux doit absorber une croissance normale des dépenses, notamment les augmentations de salaire, les coûts énergétiques et l'entretien des bâtiments. Toute organisation doit faire face à cette augmentation des dépenses lui permettant d'offrir les mêmes services que l'année précédente.

Cependant, le réseau de la santé et des services sociaux est confronté à une situation exceptionnelle, à une croissance des dépenses supérieure à celle des autres secteurs. Trois facteurs, sur lesquels nous avons peu de contrôle, affectent les systèmes de santé partout dans le monde. Il s'agit :

- du vieillissement de la population;
- de l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments;
- de l'évolution technologique.

Le premier facteur, le vieillissement de la population, fait qu'il y a de plus en plus de personnes âgées au Québec et que ces personnes ont tendance à avoir besoin de plus de soins et de services que des personnes plus jeunes.

La population du Québec comptait 300 000 personnes de plus de 65 ans au début des années 60 : elle en compte aujourd'hui un million. Dans une génération, il y aura deux millions de personnes

âgées qui auront davantage besoin de soins et de services. Nous devons donc adapter le financement de nos services à cette nouvelle réalité.

Les médicaments sont de plus en plus utilisés pour prévenir et combattre plus efficacement les maladies. Ils peuvent être des substituts efficaces à des interventions médicales. Ainsi, ils évitent ou réduisent dans bien des cas le recours à l'hospitalisation. Cependant, l'augmentation du prix et l'utilisation accrue des médicaments expliquent la croissance annuelle de plus de 10 % de ces dépenses.

Nous avons récemment mis de l'avant des mesures afin de ralentir la progression des coûts des médicaments. Par exemple, nous évaluerons si l'efficacité d'un médicament justifie son coût, et les activités de formation ciblant les professionnels de la santé favoriseront l'utilisation des médicaments à bon escient. Ces mesures auront des effets tangibles pour limiter la croissance des coûts des médicaments, et ce, dans le meilleur intérêt de la population.

Finalement, les professionnels de la santé utilisent de plus en plus de nouveaux moyens technologiques pour soigner les gens, parce que ces moyens sont souvent plus efficaces et qu'ils occasionnent moins d'inconvénients pour les patients. Cependant, ils coûtent beaucoup plus cher à utiliser que les moyens traditionnels.

Ces facteurs vont continuer de faire augmenter les coûts du système, même après que nous aurons investi 1,8 milliard de dollars pour changer l'organisation de nos services et faire la mise à niveau nécessaire pour offrir tous les services prioritaires. Pour couvrir l'augmentation de l'ensemble des dépenses en santé et en services sociaux au cours des prochaines années, notre budget devra augmenter à chaque année de 5,2 %. Nous pourrons ainsi répondre aux besoins additionnels de la population vieillissante, couvrir l'augmentation de la consommation et des coûts des médicaments, payer les coûts liés à l'évolution technologique et payer les hausses régulières des dépenses (tableau 4).

Tableau 4 Pourcentage annuel d'augmentation des dépenses de santé et des services sociaux pour les cinq prochaines années

Objet	Croissance moyenne		
	(%)		
Coûts communs à tous les secteurs au Québec			
Augmentation des salaires,	1,7	}	2,6
Indexation des autres dépenses	0,9		
Coûts spécifiques au secteur de la santé et des services sociaux			
Vieillissement de la population	0,6	}	2,6
Médicaments	1,6		
Évolution technologique	0,4		
Total			5,2

Si nous n'investissons pas le 1,8 milliard de dollars pour faire les changements maintenant et que le budget de la santé et des services sociaux n'est pas augmenté tous les ans de 5,2 %, nous continuerons d'avoir des services ne répondant pas à tous nos besoins.

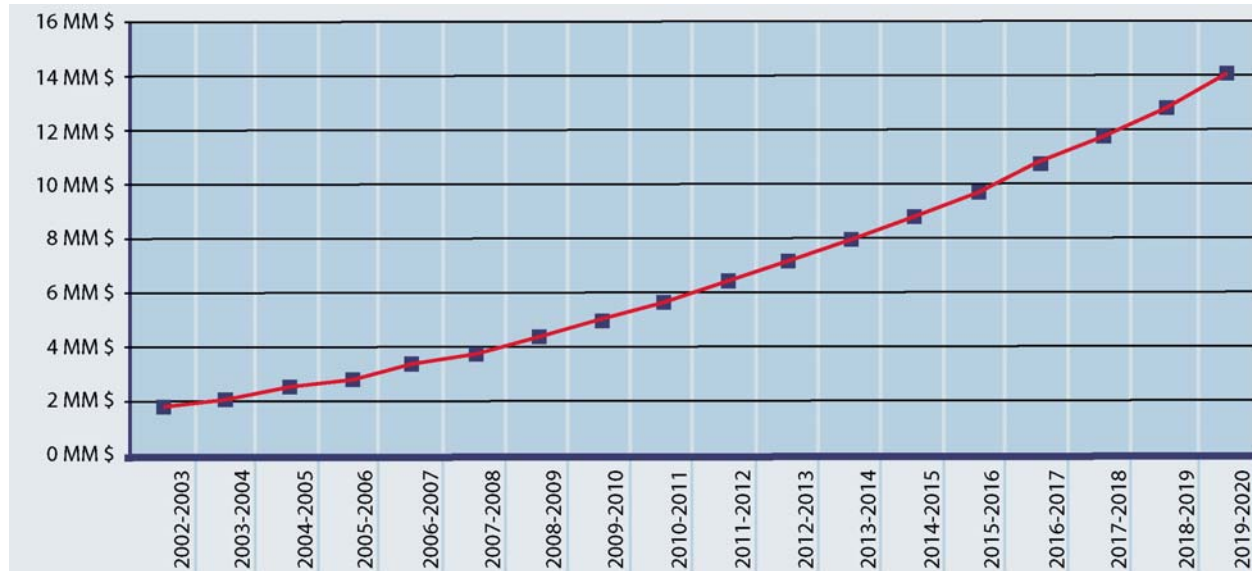
L'augmentation annuelle des dépenses de santé et de services sociaux, que nous avons évaluée à 5,2 %, se compare à celle retenue par la Commission Clair, qui était de 5,1 %. Le Conference Board du Canada évalue, pour sa part, que le rythme annuel d'augmentation des dépenses de santé des provinces et des territoires, d'ici 2020, sera de 5,2 % annuellement.

Par ailleurs, tout indique que nos dépenses pour la santé et les services sociaux vont continuer d'augmenter plus rapidement que nos revenus. Sur la base des données publiées par le Conference Board du Canada, dans le cadre des travaux réalisés pour la Commission Séguin, on observe une croissance moyenne des revenus du gouvernement du Québec de 3,7 % par année au cours des cinq prochaines années.

L'écart de 1,5 % entre les dépenses estimées (5,2 %) et les revenus projetés (3,7 %) pourrait donc représenter un manque de financement par année de plus de 300 millions de dollars. Cet écart annuel, combiné au besoin de 1,8 milliard nécessaire pour réaliser les changements

proposés, entraînerait un manque à gagner global de 3,7 milliards de dollars en 2007 et de 14 milliards de dollars en 2020 (figure 6).

Figure 6 Manque à gagner prévisible jusqu'en 2020



On constate que le manque à gagner augmente et s'accumule rapidement année après année. Son poids financier et son impact sur les services seront majeurs si la situation n'est pas corrigée. Ce sont les jeunes d'aujourd'hui qui, demain, en paieront le prix. C'est une question d'équité entre les générations.

Plusieurs provinces et pays prévoient réinvestir massivement dans leur système public de santé. C'est le cas, entre autres, de l'Angleterre, qui prévoit augmenter ses dépenses en santé de plus de 7 % par année pour les cinq prochaines années.

Aux États-Unis, la situation est encore plus critique. Le régime public Medicaid (pour personnes démunies) connaîtra une augmentation annuelle de 8,5 % par année jusqu'en 2011. Ce taux d'augmentation est nettement plus important que celui de 5,2 % que nous prévoyons pour le Québec.

Quant aux régimes américains d'assurance privée de type employeur-employé, ils ont enregistré des hausses de coût encore plus importantes. Pour les employeurs, les primes ont augmenté de 11 % entre 2000 et 2001, et on estime qu'elles augmenteront de 15 % en 2003.

3.2 À propos de... donner la possibilité à ceux qui en ont les moyens de payer pour leurs services

Au Québec, la proportion de personnes à haut revenu n'atteint pas celle que l'on remarque aux États-Unis ou dans certains pays européens. Le tableau 5 montre que seulement 1,6 % des Québécois déclarent un revenu annuel de 100 000 \$ ou plus.

Tableau 5 Nombre de déclarations selon la tranche de revenu total, Québec 1999

Tranche de revenu total	Nombre de déclarations	Pourcentage des déclarations
	(en milliers)	(%)
Moins de 20 000 \$	2 844	52,3
De 20 000 à 29 999 \$	895	16,5
De 30 000 à 49 999 \$	1 062	19,5
De 50 000 \$ à 99 999 \$	547	10,1
100 000 \$ et plus	87	1,6
Total	5 435	100,0

Source : Statistiques fiscales des particuliers, Année d'imposition 1999, édition 2002

Lorsqu'il est suggéré de laisser « aux riches » le droit de payer pour avoir des services de santé, il faut regarder tous les impacts qu'aurait une telle mesure et évaluer les économies que cela rapporterait réellement au gouvernement.

Par exemple, si cette mesure s'appliquait pour les chirurgies cardiaques (16 400 \$¹⁵), les chirurgies de la hanche (11 000 \$¹⁶), du genou (10 600 \$¹⁷) et des cataractes (1 100 \$¹⁸), là où il y a principalement des délais d'attente, et que toutes les personnes ayant un revenu supérieur à 45 000 \$ avaient défrayé elles-mêmes ces coûts, le tableau 6 montre que cette mesure aurait rapporté 42,2 millions de dollars en 2002.

15. Ces coûts n'incluent pas le suivi médical, la rémunération des médecins, la réadaptation et, si nécessaire, les services à domicile après la chirurgie.

16. *Id.*

17. *Id.*

18. *Id.*

Tableau 6 Coût de certaines interventions choisies (coûts hospitaliers excluant la RAMQ)

Spécialité	Nombre de patients	Coût par patient	Coût total	Proportion des coûts selon le niveau de revenu imposable		
	2001-2002	2002-2003	2002-2003	45 000 \$ et plus (15 %)	50 000 \$ et plus (12 %)	100 000 \$ et plus (2 %)
	(n)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
Chirurgie cardiaque	8 645	16 400	141 778 000	21 266 700	17 013 360	2 835 560
Orthopédie – hanche	3 725	11 000	40 975 000	6 146 250	4 917 000	819 500
Orthopédie – genou	3 462	10 600	36 697 200	5 504 580	4 403 664	733 944
Cataractes	56 043	1 100	61 647 300	9 247 095	7 397 676	1 232 946
Total	71 875	39 100	281 097 500	42 164 625	33 731 700	5 621 950

D'abord, même si elles acceptaient de faire d'énormes sacrifices, il est loin d'être certain que toutes les personnes ayant des revenus supérieurs à 45 000 \$ auraient la capacité ou même la volonté de déboursier de telles sommes. De plus, 42,2 millions de dollars, c'est bien peu par rapport au montant de 1,8 milliard de dollars que nous devrions investir pour effectuer les changements qui s'imposent dans le réseau de la santé. Cela ne représenterait que 2,3 % de nos besoins.

De plus, un régime qui permettrait aux personnes riches de passer devant les personnes moins fortunées sur une liste d'attente est inéquitable et contraire aux valeurs de la société québécoise. Finalement, cette mesure ne servirait qu'à déplacer le problème. Si les délais d'attente sont parfois longs, c'est que le financement est insuffisant et la main-d'œuvre rare. Déployer un système de soins privés parallèle n'aurait certainement pas pour effet de faire apparaître, comme par magie, plus de médecins, plus d'infirmières ou plus d'argent.

3.3 Pour faire les bons choix

Nous refusons d'accepter que la capacité de payer des personnes soit une barrière au maintien de leur santé et de leur mieux-être. Nous réaffirmons notre volonté de préserver le caractère public du système québécois de santé et de services sociaux. Nos choix, tant en matière d'organisation de services que de financement, reposent sur un système public.

Nous continuons d'affirmer la primauté et l'égalité de la personne, nous refusons l'exclusion et faisons le pari de la solidarité. Nous devons, collectivement, prendre les moyens pour nous donner un système qui corresponde à nos valeurs et qui dispose des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population.

3.3.1 Le déséquilibre fiscal

Le Québec et les provinces n'ont pas assez de revenus pour assumer tous les services liés à leurs différentes responsabilités, comme la santé. À l'inverse, considérant ses responsabilités, le gouvernement fédéral a plus d'argent que nécessaire pour couvrir ses dépenses. C'est ce que l'on appelle le déséquilibre fiscal.

Rappelons qu'au moment de la création du système public de santé et de services sociaux, le gouvernement fédéral s'était engagé à payer la moitié des coûts du système et le Québec payait l'autre moitié. À l'heure actuelle, le fédéral ne paye plus que 14 % des coûts, ce qui veut dire que le Québec doit ajouter de plus en plus d'argent pour combler la différence.

Selon le rapport de la *Commission sur le déséquilibre fiscal (Commission Séguin)*, la part du surplus que le gouvernement fédéral devrait verser annuellement au Québec pour corriger le déséquilibre fiscal est d'au moins 2 milliards de dollars, à court terme, et de 3 milliards de dollars, à moyen terme. Il est donc essentiel de poursuivre les démarches afin que le gouvernement fédéral nous rende la part qui nous revient des impôts que nous lui versons.

Nous croyons que c'est l'une des solutions au problème du financement du système de santé et de services sociaux et nous allons intensifier les démarches afin de récupérer ces sommes pour assurer l'avenir de notre système.

3.3.2 La nécessité d'un débat public

Les conclusions du rapport de la *Commission Clair* identifiaient des orientations et des pistes de solutions qui ont fait un large consensus. Avec ce plan, nous les traduisons en actions concrètes dont nous avons soigneusement évalué les coûts et la faisabilité.

Il faut maintenant identifier ensemble les moyens d'assurer un financement suffisant, stable et respectant les engagements de solidarité entre les individus, les groupes et les générations, qui caractérisent le Québec depuis plus de trente ans.

Le débat sur le financement du système de santé et de services sociaux doit être large et public. Nous avons donc le devoir de vous informer pour que vous puissiez participer activement aux décisions entourant ces choix collectifs. La société québécoise est à un moment critique et déterminant pour l'avenir de son système public de santé et de services sociaux. **Nous devons faire les bons choix.**

Conclusion

Les problèmes du système de santé et de services sociaux occupent l'avant-scène depuis plusieurs années. Il faut corriger la trajectoire, maintenant. Le moment est venu de faire des choix.

Le Plan de la santé et des services sociaux a été préparé dans ce but. Il propose des solutions éprouvées pour régler les grands problèmes que connaît le système public depuis trop longtemps. Ces solutions ne sont pas simples à appliquer; tenir un discours simpliste ou adopter des solutions réductrices ne mèneraient nulle part. Il faut plutôt reconnaître la complexité, et la gérer.

Le plan ne remet pas en cause les fondements du système de santé et de services sociaux. Les valeurs sur lesquelles cet important édifice social a été érigé restent tout à fait pertinentes aujourd'hui. Il faut les consolider, les conforter.

Les défis à relever sont connus et bien circonscrits. D'abord, il faut modifier graduellement notre organisation de services, inverser la pyramide actuelle qui nous amène à diriger toujours davantage de ressources vers les services spécialisés. Ce modèle coûte très cher et suscite beaucoup de mécontentement parce qu'il répond mal aux besoins d'aujourd'hui. Le plan formule donc quatre priorités d'organisation de services.

Par ailleurs, il prévoit une série de mesures pour modifier la façon de gérer dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il faut sortir de la gestion de crise, réactive, et ce, à tous les paliers du système de santé et de services sociaux. La gestion doit désormais emprunter des voies éprouvées : imputabilité, gestion par résultats, engagement, mobilisation.

Le troisième défi est d'ordre financier. Le plan établit précisément les besoins pour mettre à niveau les services et pour suivre l'évolution des besoins au cours des prochaines années. Nous sommes collectivement conviés à décider de la hauteur des investissements que nous voulons consentir aux services de santé et aux services sociaux.

Le Plan de la santé et des services sociaux repose sur un parti pris : celui de la solidarité. Les services de santé et les services sociaux sont importants pour tous les Québécois et les Québécoises, quelle que soit leur situation socioéconomique. Il faut trouver des solutions durables. En d'autres mots, il faut faire les bons choix maintenant, pour assurer l'avenir.

ANNEXES

Annexe I Mesures du plan et coûts prévus

Priorité : Services de première ligne et services de proximité destinés aux personnes qui ont des problèmes complexes

Mesures		Besoins
		(M\$)
1.	Implanter 300 groupes de médecine de famille (GMF)..	160,0
2.	Compléter l'offre de services généraux dans tous les CLSC..	177,0
3.	Consolider Info-Santé et développer Info-Social.	15,0
4.	Compléter le programme de soutien et de réadaptation aux personnes ayant une déficience physique.	63,0
5.	Compléter le programme de soutien et de réadaptation dans la communauté pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et leur famille.	40,0
6.	Assurer la présence d'une équipe de suivi pour les personnes atteintes d'une maladie chronique.	150,0
7.	Assurer la présence d'une équipe de suivi pour les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes suicidaires.	42,0
8.	Doter chaque CLSC d'une équipe pour aider les jeunes aux prises avec des difficultés complexes, dont les situations de crise.	88,0
9.	Soutenir des services en réadaptation pour les jeunes en difficulté.	27,5
10.	Développer le programme de services généraux et spécialisés pour les personnes atteintes de troubles envahissants du développement, dont l'autisme.	40,0
11.	Augmenter le nombre de places accréditées de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanies.	10,0
12.	Compléter le programme de soins palliatifs en accroissant l'accès aux services de prise en charge 24/7.	30,0
TOTAL		842,5

Priorité : Services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie

Mesures		Besoins
		(M\$)
1.	Accroître les services de soutien à domicile et disposer des mêmes services dans tous les CSLC.	133,5
2.	Compléter les services dans la communauté intervenants pivots centres et hôpitaux de jour soutien aux proches-aidants hébergement non institutionnel.	171,0
3.	Rehausser la qualité des services d'hébergement et créer 2 200 places d'hébergement.	152,2
TOTAL		456,7

Priorité : Prévention

Mesures		Besoins
		(M\$)
1.	Informar la population sur les moyens à prendre pour rester en santé.	73,0
2.	Offrir plus de services préventifs dans le réseau.	118,0
3.	Soutenir les autres secteurs d'activité pour prendre collectivement le virage prévention.	50,0
TOTAL		241,0

Priorité : Services médicaux et hospitaliers spécialisés

Mesures		Besoins
		(M\$)
1.	Réduire les délais d'attente aux services dans des délais raisonnables (montant non récurrent).	162,0
2.	Améliorer l'accessibilité aux services spécialisés dans certaines régions en défrayant les frais de déplacement et d'hébergement.	9,0
3.	Réaliser le plan d'action national sur les urgences.	25,0
4.	Compléter les services préhospitaliers d'urgence (centres de communication santé, premiers répondants...).	38,0
TOTAL		234,0
GRAND TOTAL		1 774,2

Annexe II Prévission de l'effectif professionnel du réseau de la santé et des services sociaux au 31 mars 2003 et de l'effectif projeté en fonction du plan pour la période 2003-2004 à 2007-2008

	Effectif en poste au 31 mars 2003*	Ajout d'effectif 2003-2004 à 2007-2008	Total au 31 mars 2008
	(n)	(n)	(n)
Cadres	9 830	1 371**	11 201
Professionnels	23 676	7 855	31 531
Infirmières, y compris les infirmières bachelières	55 212	8 449***	63 661
Autres titres d'emploi en soins infirmiers	53 858	10 682	64 540
Techniciens	34 510	4 507	39 017
Total	177 086	32 864	209 950

* L'évaluation est basée sur les effectifs en poste au 31 mars 2001, majoré de 1,6 % chaque année.

** 397 cadres issus des soins infirmiers et 974 cadres issus des effectifs professionnels et techniques.

*** Si l'on ajoute 397 cadres issus des soins infirmiers aux effectifs infirmiers, le nombre requis est de 8 846.

Annexe III Simulation de différentes mesures permettant de combler les besoins additionnels d'infirmières* pour la période 2003 à 2008

Différentes mesures	Besoins additionnels d'infirmières
	(n)
Excédent des nouveaux diplômés sur les départs attendus.	1 440
Augmenter de 58 % à 65 % le taux de réussite au collégial.	540
Augmenter de 90 % à 95 % le taux de réussite à l'examen de l'Ordre des infirmières	660
Réaliser des gains de 16 % au chapitre du ratio invalidité, tel que prévu au plan d'action national en gestion de présence au travail.	700
Augmenter la proportion de temps complet régulier (TCR) de 49 % à 60 % en cinq ans.	1 480
Augmenter les heures travaillées par les temps partiels réguliers de 83 % d'un TCR à 90 % et augmenter les heures travaillées par les temps partiels occasionnels de 70 % d'un TCR à 75 %.	1 670
Incitatif pour reporter de trois ans la retraite pour 20 % des infirmières admissibles.	760
Recruter annuellement 250 infirmières immigrantes pendant cinq ans.	1 150
Remplacer des postes d'infirmières par des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires ou autres.	450
Total	8 850

* Infirmières, infirmières bachelières et cadres.

