

PARTENAIRES
pour la
SANTÉ

Donner des soins
et des services sociaux
en tout temps partout au Québec



Redonner aux Québécois un système de santé et de services sociaux public efficace et performant

AU COURS des dernières années, notre système public de santé et de services sociaux a vécu dans un état de crise perpétuelle. L'engorgement des urgences est devenu chronique presque partout au Québec; les délais et les listes d'attente se sont allongés dans presque tous les domaines de soins ou de services, depuis l'examen diagnostic à la chirurgie, en passant par les services de réadaptation, les services à la jeunesse, l'admission dans un centre de soins prolongés, l'obtention de soins à domicile, l'aide aux parents vivant avec un enfant aux prises avec une maladie mentale... Dans toutes ses facettes, notre système de soins de santé et de services sociaux est devenu un système de gestion de l'attente.

C'est un système qui a été détourné de sa mission. C'est un système de compassion qui est devenu un système de compression. Inefficace, insensible, géré avec dureté. À peu près tous les groupes qui le constituent, qui s'y dévouent, ont eu droit à leur loi spéciale : les infirmières, les médecins omnipraticiens, les médecins spécialistes, les pharmaciens, les administrateurs.

La remise sur pied de notre système de santé et de services sociaux sera la priorité numéro 1 d'un gouvernement du Parti libéral du Québec. Les problèmes sont connus, les solutions aussi sont souvent connues. Encore faut-il avoir la détermination de les mettre en œuvre.

Le Parti libéral du Québec a jeté les bases de notre système public de santé et de services sociaux, il y a 40 ans. Les principes qui nous ont guidés à l'aube de la Révolution tranquille demeurent actuels : nous croyons à un système de santé public, accessible et universel. Toutefois, si ces principes demeurent vibrants d'actualité, s'ils demeurent porteurs de l'idéal d'une société juste et compatissante, la façon de les mettre en œuvre doit être profondément revue.

Les approches à la pièce ne suffiront pas. Pour remettre sur pied notre système public de santé, il faut une stratégie globale ayant pour origine et pour finalité l'intérêt du patient.

Nous allons réorganiser profondément le réseau; nous allons transformer les façons de faire, notamment en intégrant pleinement la participation des cliniques médicales privées au système public; nous allons redéfinir le processus décisionnel, nous allons permettre aux employés et aux professionnels de se réapproprier leur milieu de travail, nous allons aplanir les structures, défaire les silos, abattre des murs, réintroduire la souplesse et la créativité... Puis nous allons réinvestir.

Nous allons combattre l'attente sous toutes ses formes. Nous allons répondre aux besoins de tous les Québécois, à toute heure du jour ou de la nuit, dans toutes les régions du Québec. Ce sera notre mission.

JEAN CHAREST

Un concept et trois maîtres mots pour résoudre une situation complexe

Un constat

Les difficultés qui affectent notre système de santé et de services sociaux sont complexes. Elles résultent de la combinaison d'un ensemble de phénomènes qui ont agi sur plusieurs années tels le vieillissement de la population, le sous-financement, l'augmentation du prix des médicaments, l'évolution des technologies médicales, l'érosion des effectifs médicaux et infirmiers, la rigidité des conventions collectives de travail, la centralisation du pouvoir de décision, etc. Notre réseau a mal vieilli.

Cette situation complexe commande une nouvelle conceptualisation du réseau pour harnacher son fonctionnement à la réalité des années 2000. C'est ainsi que nous élargirons le nombre et le type de fournisseurs de services pour parler des « partenaires de la santé et des services sociaux ». La mise en place de cette nouvelle conceptualisation touchera toutes les facettes du réseau et tous les échelons selon trois maîtres mots : recentrer, réorganiser, réinvestir.

Un concept

Les partenaires de la santé et des services sociaux : Notre croyance en un système public et universel de santé est inébranlable. Notre réseau public ne peut plus évoluer en regardant comme un frère ennemi le réseau de cliniques privées. Nous les voyons comme des alliés; ils sont au service d'une même population et luttent contre une même souffrance. Les *partenaires de la santé et des services sociaux* seront des fournisseurs de services privés affiliés au réseau public, capables d'augmenter l'offre de services et d'offrir dans de meilleurs délais et à meilleur coût différents services, sans aucune contribution directe de l'utilisateur. C'est le privé au service du public.

Trois maîtres mots

Recentrer : Nous allons recentrer le réseau de la santé et des services sociaux sur la personne qui reçoit ces soins ou ces services. Toutes les décisions et toutes les actions devront viser une meilleure réponse aux besoins de la population.

Réorganiser : La satisfaction des besoins exprimés comme premier critère de décision sera à la source d'une révision profonde des façons de faire. Le réseau sera assoupli, décentralisé; il devra s'ouvrir à la collaboration avec le secteur privé et accroître son efficacité.

Réinvestir : Les difficultés du réseau de la santé et des services sociaux nécessitent un réinvestissement. Le Parti libéral du Québec réinvestira; il réinvestira dans un réseau recentré sur la personne et réorganisé afin d’offrir un maximum de rendement sur chaque dollar-santé.

Un mot honni

Attente : En matière de santé et de services sociaux, « attente » signifie « souffrance » ou « détresse ». Nous combattons l’attente sous toutes ses formes.

Table des matières

Redonner aux Québécois un système de santé et de services sociaux public efficace et performant	3
--	----------

Un concept et trois maîtres mots pour résoudre une situation complexe	5
--	----------

CHAPITRE 1

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour réduire les listes d'attente et améliorer l'accès aux services de santé	11
---	-----------

Des médecins et des infirmières accessibles en tout temps	12
---	----

Les soins à domicile : un choix plus économique et surtout plus humain	30
--	----

Investir dans les soins de longue durée	35
---	----

Accès aux services de santé mentale	40
---	----

Informar les Québécois sur les services disponibles	48
---	----

Recentrer le travail de chaque personne sur les services aux patients	50
---	----

Préserver l'urgence pour les urgences	53
---	----

CHAPITRE 2

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour réduire les listes d'attente et améliorer l'accès aux services sociaux	57
--	-----------

Renforcer les services de protection de la jeunesse	58
---	----

Lutter collectivement contre le suicide	68
---	----

Donner accès à des services de réadaptation	71
---	----

Développer les soins palliatifs	77
---------------------------------------	----

Problématiques particulières	82
------------------------------------	----

CHAPITRE 3

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour le mieux-être de la population	95
--	-----------

Remettre la santé publique à l'agenda	96
---	----

La prévention	101
---------------------	-----

CHAPITRE 4

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour renforcer les droits des citoyens et améliorer le processus décisionnel	105
Une charte des droits et des responsabilités du patient	106
Améliorer le processus décisionnel et l'imputabilité	109

CHAPITRE 5

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour moderniser le réseau de la santé et des services sociaux	113
Ressources	114
Immobilisation	119

CHAPITRE 6

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Dans un réseau plus souple qui renoue avec la créativité	123
Rapprocher le pouvoir décisionnel des citoyens et de ceux qui les soignent	124
Abolir les régies régionales	124

CHAPITRE 7

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour solidifier les assises du réseau	135
Maintenir l'universalité par un financement public	137
Stabiliser le régime d'assurance médicaments	143
Estimation financière des priorités d'action pour la santé et les services sociaux	149

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour réduire les listes d'attente et améliorer l'accès aux services de santé

L'attente, l'ennemi public numéro 1

La difficulté d'accéder à des soins et des services ainsi que l'engorgement de nos urgences sont les manifestations les plus évidentes et les plus douloureuses des problèmes d'organisation que connaît notre système de santé. L'attente, lorsqu'elle devient déraisonnable, est un odieux ticket modérateur.

DES DÉLAIS indus risquent d'accroître les coûts des traitements des personnes en attente de soins dont l'état se sera aggravé en plus d'alourdir, pour la personne et ses proches, les conséquences économiques et psychologiques de la maladie ou de la souffrance. Sur le plan du fonctionnement, par ailleurs, notre système en est un de vases communicants. Celles et ceux qui attendent trop longtemps pour voir un médecin, pour une chirurgie, pour des soins à domicile ou pour une place dans un centre d'hébergement se retrouvent tôt ou tard à l'urgence. La notion d'accès aux services de santé est donc indissociable de la lutte contre l'attente.

En matière d'attente, un seul objectif doit être visé : l'élimination des listes d'attente. Il faut chasser cette idée qu'il est normal d'attendre lorsqu'on a mal ou lorsqu'on est en situation de vulnérabilité. Chaque personne soignante, chaque intervenant social, chaque fournisseur de services, chaque administrateur devra participer à la lutte contre l'attente.

Des médecins et des infirmières accessibles en tout temps

Les progrès de la médecine et les nouvelles technologies médicales ont transformé la manière de soigner. Des opérations que l'on faisait hier à cœur ouvert, à grands risques et à grands frais, se font aujourd'hui par cathéters en quelques minutes. Chirurgie d'un jour, médecine ambulatoire, réduction des séjours d'hospitalisation... La médecine a profondément changé. Mais l'organisation de notre réseau de services de santé n'a pas suivi. Ce réseau répond mal à la demande croissante et il fait face à des défis majeurs. Nous avons des solutions pour les relever.

Consolider la première ligne

Aujourd'hui, les cliniques médicales reçoivent 80 % des consultations médicales courantes. Dans une moins grande proportion, les CLSC offrent également des services médicaux, mais sont reconnus pour leurs programmes de prévention, de promotion de la santé, pour leur prestation de services psychosociaux et de programmes spécifiques à des clientèles vulnérables comme les soins et services à domicile. Cette réalité est toutefois différente en région, où les CLSC sont appelés à offrir davantage de services médicaux en l'absence de cliniques privées.

La présence de ces deux fournisseurs de services médicaux de première ligne ne suffit pas en soi puisque, trop souvent, la population est confrontée à la non-disponibilité ou à l'inaccessibilité d'un médecin. Que ce soit en raison des horaires inadéquats, de l'insuffisance de médecins dans la localité, ou tout simplement parce que l'état de la personne exige un suivi pour lequel les ressources humaines, techniques ou financières sont insuffisantes, les Québécois, et particulièrement les jeunes familles, sont bien souvent confrontés à une insuffisance de services médicaux de base. Et l'attente s'installe.

Pour parvenir à organiser correctement cette première ligne, il faut avant tout optimiser nos ressources. Il est temps de renforcer ces services de première ligne par une meilleure coordination des différents fournisseurs de services afin d'améliorer la réponse du réseau et de lutter contre l'attente. Il faut cesser de voir les cliniques médicales et les CLSC comme deux réseaux en confrontation. Ce sont deux fournisseurs d'un même réseau qui doivent être parfaitement complémentaires.

Au Québec, il n'existe ni lien fonctionnel ni lien de responsabilité entre les cabinets de médecins, les CLSC et les autres dispensateurs de services (deuxième et troisième ligne). La continuité des soins fait défaut. L'absence de passerelles donnant accès aux plateaux d'évaluation diagnostique contribue à cette fragmentation des services.

Il n'existe qu'une façon de contourner cette fragmentation : la salle d'urgence. Faut-il alors s'étonner que le patient la privilégie?

Il faut réorganiser. Se donner une organisation des années 2000. Il faut une définition complémentaire, efficace et non redondante des diverses interventions qui jalonnent le processus de consultation, d'évaluation et de soins. Il faut passer d'un cumul d'interventions isolées à une continuité de services.

Le patient ne doit plus errer, billet en main, d'une salle d'attente à l'autre. Il faut que le premier médecin consulté, où qu'il soit, ait accès à toutes les ressources disponibles pour faire progresser son patient dans son cheminement thérapeutique, sans dédoublement ni répétition.

Cela ne peut se faire que par une coordination des services offerts par les cliniques médicales, les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers. Cette coordination permettra qu'un patient qui consulte un médecin dans une clinique puisse accéder directement au plateau diagnostique d'un hôpital, sans passer par le tri de l'urgence et sans avoir à déballer son histoire à un autre médecin.

C'est la consolidation de la première ligne, qui permettra aussi d'assurer un meilleur suivi des clientèles vulnérables.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec assurera une pleine coordination des services entre les cliniques médicales, les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers.

Cette coordination devra :

- assurer l'accès à un service médical 24 heures par jour, 7 jours par semaine, partout au Québec;**
- s'articuler localement, en réunissant des points de service dédiés à une même population;**
- reposer sur une définition complémentaire, efficace et non redondante des diverses interventions qui jalonnent le processus de consultation, d'évaluation et de soins.**

Augmenter le nombre de médecins et d'infirmières

La consolidation de la première ligne permettra d'optimiser le fonctionnement du réseau de santé, de tirer le meilleur de l'offre de services existante. L'attente s'en trouvera réduite. L'accès à un médecin s'en trouvera facilité. Mais il faut plus. Il faut augmenter l'offre de services de santé. Il faut augmenter le nombre de médecins et d'infirmières.

Le gouvernement du Parti Québécois a commis une erreur historique avec ses programmes de départ volontaire qui ont entraîné la retraite anticipée de quelque 1500 médecins et 4000 infirmières, alors que rien n'indiquait que le Québec était en surplus d'effectifs. Cette coûteuse erreur doit être réparée.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, dès la première année de son premier mandat, agira de manière à accélérer l'augmentation prévue du nombre de médecins et d'infirmières. Plus précisément :

- Nous hausserons les admissions en médecine, en techniques et en sciences infirmières afin qu'après 5 ans, 1500 infirmières de plus que ce qui est actuellement prévu aient joint le réseau et que 750 étudiants en médecine de plus que ce qui est actuellement prévu soient en formation.**
- Parallèlement, nous poursuivons les travaux entrepris avec les différents ordres professionnels concernés afin d'accélérer la reconnaissance des médecins formés à l'étranger et poursuivrons les efforts de recrutement de médecins et d'infirmières à l'étranger.**

La pénurie de médecins et d'infirmières est vécue de façon douloureuse dans les grands centres, où elle constitue une des principales causes de l'étirement des listes d'attente et du report de chirurgies. Mais elle est aussi vécue de façon dramatique dans les régions du Québec où la démission d'un médecin peut priver une localité entière de services médicaux.

L'augmentation graduelle du nombre de médecins et d'infirmières ainsi que l'accroissement des efforts de recrutement à l'étranger contribueront à régler le problème. Mais il faudra aussi agir de façon spécifique afin de favoriser l'installation de médecins en région et d'améliorer la qualité des services de santé offerts en région.

Un meilleur accès aux services passe aussi par une hiérarchisation des ressources qui intègre des corridors bidirectionnels. Parfois le patient devra accéder à un autre établissement à cause de l'équipement spécialisé qu'on y retrouve, parfois c'est le médecin qui devra se déplacer vers un établissement de proximité.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, dès la première année de son premier mandat, mettra en place une série de mesures destinées à favoriser l'installation de médecins en région et à améliorer la qualité des services de santé offerts dans les régions.

Pour les médecins en formation :

- Nous favoriserons une formation médicale mieux adaptée à la réalité des régions, où les infrastructures disponibles et les problématiques de santé diffèrent de celles des grands centres.**
- Nous favoriserons l'accomplissement de stages en région pour les médecins et les infirmières en cours de formation.**

Pour les médecins en exercice :

- Nous ferons des investissements spécifiques dans les régions du Québec afin d'améliorer le niveau de services selon un principe d'équité dans l'accès.**
- Nous assurerons la pleine opérationnalité des plans d'effectifs pour tous les professionnels de la santé afin d'assurer une distribution optimale des ressources sur le territoire, notamment par des budgets RAMQ dédiés localement.**

Une formation adaptée aux besoins des régions

La formation nous apparaît jouer un rôle central dans l'intérêt des médecins pour la pratique en région. Elle doit être revue de sorte qu'elle soit adaptée au contexte de la pratique médicale sur tout le territoire québécois, tant dans les centres urbains que dans les régions. Par exemple, si les futurs médecins doivent être en mesure d'évoluer au sein d'équipes multidisciplinaires à proximité de ressources spécialisées, il nous faut également s'assurer que leur formation les prépare à une médecine plus autonome dans les hôpitaux des régions périphériques.

Les universités offrant les programmes de formation en médecine doivent pouvoir compter non seulement sur les hôpitaux universitaires, mais également sur les hôpitaux situés hors des grands centres pour parfaire la formation des futurs médecins. Ainsi, nous entendons favoriser l'établissement de corridors de formation entre les facultés de médecine et les hôpitaux en région, afin que les stages en régions soient de plus en plus nombreux et que les efforts de recrutement et de rétention soient facilités.

Des budgets de la RAMQ affectés aux régions

Si la formation doit intégrer la réalité de la médecine en région, la budgétisation des activités médicales est un autre moyen d'aider les régions à disposer des effectifs dont elles ont besoin. C'est ainsi que nous entendons affecter les budgets de la Régie de l'assurance maladie du Québec aux régions. Il s'agit là d'une transformation administrative importante.

À l'heure actuelle, l'enveloppe de la RAMQ ne comporte aucune référence géographique. Les budgets pour les actes médicaux existent dans l'absolu. L'argent est versé là où les actes sont posés.

Nous allons dédier les budgets de la RAMQ à des régions en fonction de leurs besoins établis selon des données populationnelles. Ainsi, le budget prévu pour une spécialité donnée devra être dépensé dans une région donnée. Les services devront donc être offerts. C'est l'argent qui précède le patient.

Dans l'élaboration de cette proposition, nous avons considéré transférer aux régions le budget de la RAMQ pour qu'il soit géré en région. Nous avons finalement rejeté cette approche qui aurait eu l'effet pervers de lancer les régions dans une surenchère pour attirer les médecins. L'enveloppe de la RAMQ demeurera donc gérée de façon centrale, mais sera morcelée en fonction des besoins des régions.

Opérer plus

Notre système n'opère pas autant qu'il le devrait. Des personnes souffrantes attendent une chirurgie plus longtemps qu'elles ne le devraient. Selon les données de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, la liste d'attente pour obtenir une chirurgie de remplacement du genou a augmenté de 51 %. Il faut souvent attendre plus de 6 mois avant d'être opéré. La situation est la même pour les remplacements de la hanche. En 1998, 29 % des patients devaient attendre plus de 6 mois avant d'être opérés; ils sont maintenant 38 %. Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'exercice 2000-2001, les patients nécessitant une chirurgie orthopédique doivent attendre en moyenne plus de 6 mois, et ceux en attente d'une chirurgie cardiaque plus de 3,5 mois.¹ De 1997 à 2001, les délais d'attente pour une chirurgie d'un jour se sont accrus de 35 % et ceux pour la chirurgie avec hospitalisation ont augmenté de 20 %.

1. *L'étude des crédits 2002-2003*, Commission des affaires sociales, Réponses aux questions particulières, ministère de la Santé et des Services sociaux, tome 1.

Des chirurgiens lancent des cris d'alarme depuis longtemps. Certains médecins se déclarent médecins spécialistes des annulations. « À l'Hôtel-Dieu de Québec, la moitié des chirurgies exigeant une hospitalisation post-opératoire ont dû être annulées, et ce, même pour des patients atteints de cancer. Nous sommes devenus des spécialistes de l'annulation. »²

C'est inacceptable.

2. D^r Serge Gagnon, Actualité Médicale, 20 septembre 2000.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec sonnera le début de la lutte contre l'attente pour les chirurgies avec des décisions immédiates :

- ▶ ouverture des salles d'opération fermées faute de budgets ;**
- ▶ protection de lits pour la chirurgie avec hospitalisation ;**
- ▶ lancement d'un programme de renouvellement et de mise à jours des équipements médicaux.**

À cause de la désorganisation du système et du manque de passerelles vers les services de réadaptation et les services d'hébergement de longue durée, on destine trop souvent à d'autres fonctions les lits post-opératoires dont dispose l'hôpital. Les reports de chirurgies qui en découlent résultent en une sous-utilisation des blocs opératoires, des médecins en congé forcé et des listes d'attente qui s'allongent.

Les budgets n'ayant pas suivi l'évolution des besoins de la population, les établissements n'ont eu d'autres choix que de couper dans les services, d'allonger les listes d'attente et de reporter des chirurgies.

Dans une sorte de désorganisation cynique, le gouvernement investit des sommes substantielles pour la construction de nouvelles salles de chirurgies à la fine pointe de la technologie, dans un centre hospitalier spécialisé en chirurgie cardiaque pour l'est de la province³, mais ne prévoit pas les ressources financières nécessaires à leur mise en service.

Afin de réduire les listes d'attente, il faut que chacun des fournisseurs possède les ressources humaines, financières et techniques suffisantes pour répondre aux besoins de la collectivité. Dans un premier temps, il s'agit d'ouvrir les salles d'opération. Comme ce n'est pas seulement le nombre de salles, ni le matériel, ni le personnel au bloc qui fait défaut, des lits post-opératoires doivent être désignés et protégés afin de répondre aux besoins.

Nous avons parlé de l'intégration des services de première ligne et avons indiqué l'importance de clarifier les rôles et de définir les liens fonctionnels. Ces liens doivent s'établir sur la base de la meilleure utilisation possible des effectifs.

3. Il s'agit d'une somme de 17 millions de dollars pour des nouvelles salles de chirurgie cardiaque et d'hémodynamique à l'Hôpital Laval.

Il faut d'abord s'assurer que le médecin spécialiste consacre l'essentiel de son temps à sa spécialité. La même chose prévaut d'ailleurs pour l'infirmière que l'on doit dégager de tâches qui peuvent être assumées par d'autres. Il faut recentrer le travail de chaque personne soignante sur les services aux patients et engager du personnel d'accompagnement des médecins et des infirmières pour les libérer des tâches connexes. Priorité aux soins.

Ensuite, il faut répartir les équipements ultra-spécialisés et onéreux qui nécessitent une masse critique de patients et de médecins au sein de certains établissements. C'est ce qu'il est convenu d'appeler la « hiérarchisation des services ». Cela permettra d'établir des corridors de services entre les hôpitaux offrant des services hospitaliers de base jusqu'à des services hospitaliers surspécialisés.

Des corridors de services peuvent aussi s'établir entre les hôpitaux généraux qui souhaiteraient se référer des patients d'un établissement à l'autre. Cette complémentarité interétablissement, lorsqu'elle est possible compte tenu de la géographie, favoriserait le recrutement de personnel et permettrait d'optimiser les acquisitions d'équipements. La conséquence immédiate d'un changement d'approche aussi simple se traduit par un patient dirigé au bon endroit et qui peut recevoir plus rapidement son traitement. La réorganisation en réseau, c'est aussi la connaissance en temps réel de la capacité de production de chacun des partenaires public et privés de services.

Si à Drummondville on est en mesure d'opérer un genou dans un délai de 7 jours, alors qu'il faudrait en compter plus de 200 à Montréal, n'y a-t-il pas lieu que le patient en soit informé et, le cas échéant, qu'il soit transféré? Bien que l'objectif demeure de privilégier le traitement dans l'établissement d'origine, il apparaît manifeste que dans certain cas le déplacement comporte moins de risques et de conséquences néfastes qu'un report d'intervention.

Pour mieux utiliser nos ressources opératoires, il faut dresser, en temps réel, l'inventaire des demandes de chirurgies et des moyens accessibles dans un délai raisonnable⁴.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mettra en place un système standardisé de gestion et de coordination des listes d'attente.

4. Voir commentaires sur le système de gestion coordonnée des listes d'attente dans la section 4a) Charte des droits.

Il s'agira d'un processus cohérent établissant un ensemble de critères normalisés et d'objectifs pour évaluer le patient, afin que la durée de l'attente dépende seulement de la gravité de son besoin en matière de santé. Ce travail doit se faire avec l'entière participation des professionnels de la santé qui doivent fournir les services concernés. Les hôpitaux et le Ministère fourniront l'infrastructure nécessaire pour la gestion et la coordination des listes d'attente.

Les partenaires de la santé et des services sociaux

Toujours afin d'optimiser l'accessibilité des citoyens aux différents services de santé et de diminuer les listes d'attente, de « nouvelles » et plus durables formes de livraison de services seront adoptées. Les cliniques spécialisées doivent pouvoir s'affilier à un centre hospitalier. C'est dans cette même perspective que doit être abordée la collaboration et la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Ces cliniques affiliées seront les *partenaires de la santé et des services sociaux*.

L'efficacité du privé participera à l'optimisation des ressources en hôpital. Compte tenu du déploiement requis en milieu hospitalier, il sera beaucoup plus économique et efficace d'effectuer des interventions mineures en cliniques privées. Ce faisant, nous éviterons le report d'interventions majeures dans les hôpitaux.

Sous un gouvernement du Parti libéral du Québec, dans un délai d'un an, les « partenaires de la santé » feront des opérations et des traitements divers, sans aucun frais pour les usagers, selon la notion d'affiliation au réseau public.

Cette affiliation fera en sorte que :

- les patients traités en cliniques n'assumeront aucuns frais ;**
- le réseau public demeurera le maître d'œuvre de tous les services de santé assurables ;**
- les honoraires versés aux cliniques seront ceux fixés par la RAMQ.**

Les *partenaires de la santé* mettront le privé au service du public. Ils deviendront de puissants instruments pour améliorer les services médicaux à l'avantage des Québécois, sans pour autant avoir recours au financement privé ou à la tarification directe. C'est d'ailleurs ce que précise le rapport de la Commission Clair, rédigé à l'intention de l'actuel gouvernement : « la production ou la gestion de services par des entreprises privées, des professionnels indépendants, peut facilement être encadrée par l'État sans aucunement remettre en cause le financement public ni s'ingérer dans l'administration de ces organisations ».⁵ Cette complémentarité, ajoutée à la gestion en réseau des listes d'attente et au financement accru des capacités de chirurgie, permettra de réduire de façon importante et rapide les listes d'attente.

Le gouvernement ne se soustrait donc pas à ses obligations envers le public, bien au contraire, il demeurera toujours responsable et redevable envers la population en raison de son obligation de voir au contrôle de la qualité et de la performance des *partenaires de la santé*.

5. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport et recommandations, les solutions émergente*, Québec, 2000, p. 172-173.

Les soins à domicile : un choix plus économique et surtout plus humain

Les soins à domicile sont un moyen concret de freiner l'augmentation des coûts du système de santé et de services sociaux, de préserver la qualité de vie des citoyens et de lutter contre l'engorgement des urgences. Le développement de ces services doit être au cœur de la réorganisation des services de première ligne.

Il y a un rattrapage important à faire puisque actuellement, le Québec est bon dernier au chapitre de l'investissement dans les soins à domicile. La dernière évaluation des écarts interprovinciaux démontre, en 1999-2000, que l'effort québécois n'était que de 65 \$ par année par personne, contre 129 \$ au Manitoba, 92 \$ en Ontario et 108 \$ au Nouveau-Brunswick. La moyenne canadienne était alors de 83 \$.⁶

La proportion des personnes âgées s'accroîtra graduellement au Québec au cours des 30 prochaines années. L'augmentation des dépenses au cours des années à venir sera en grande partie déterminée par l'habileté du réseau à répondre aux besoins de cette population qui demande davantage de soins et de services.

Le séjour en établissement doit dorénavant être considéré comme une « alternative ». Tout en reconnaissant qu'il ne s'agit pas d'une solution universelle, le soutien à domicile doit être envisagé comme la première option. À titre d'exemple, les services intégrés aux personnes âgées (SIPA), permettent un suivi et un soutien à domicile au coût annuel moyen de 15 000 \$ comparativement à un hébergement au coût 50 000 \$.

6. Rapport Anctil, p. 19 et suiv.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec portera l'investissement dans les soins à domicile au niveau de la moyenne canadienne. Dans la foulée de cet investissement, nous établirons, comme principes directeurs, que :

- le soutien à domicile doit être au cœur de l'organisation des services de santé et de services sociaux de demain ;**
- le soutien à domicile représente la solution la mieux adaptée aux valeurs de la population et la plus efficace pour la collectivité.**

En conséquence, nous prioriserons les services de soutien à domicile et les optimiserons en développant un programme spécifique à ce secteur.

En 2001, le Vérificateur général a fait un constat d'échec en ce qui concerne le virage ambulatoire et les services de soutien à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie : aucun outil d'évaluation, aucun plan d'organisation.

Il a blâmé sévèrement le gouvernement pour son laxisme et son improvisation :

- ▮ ni les CLSC, ni les régies régionales, ni le ministère ne sont en mesure de savoir si la clientèle est bien servie;
- ▮ ni le Ministère ni les régies régionales ne connaissent la situation des listes d'attente à l'égard des services à domicile;
- ▮ les budgets sont alloués aux CLSC par le Ministère, sans qu'il ne connaisse le nombre de clients qui ont recours à ces services.

Devant la pénurie de moyens, le système a perdu de vue les besoins. Des carences intolérables sont actuellement vécues :

- ▮ zone grise relativement à la gamme de services de base offerts et à la tarification de certains autres;
- ▮ disparité de ces services et des critères d'accès d'un territoire à l'autre;
- ▮ dédoublement entre les différents fournisseurs de services (entreprises d'économie sociale, entreprise communautaire, secteur public);
- ▮ absence de contrôle et de réglementation du secteur public quant à la qualité des services fournis par des entreprises non publiques, etc.

La politique envisagée par le Parti libéral du Québec répondra aux critiques sévères du Vérificateur général.

Le programme visant l'organisation des services de soutien à domicile demandera à être souple afin de soutenir le partenariat et l'innovation. La coordination des services de soutien à domicile et leur consolidation avec les autres services de

première ligne relèveront des CLSC. Cette coordination impliquera :

- ▮ une responsabilité organisationnelle de coordination claire, reconnue par tous les partenaires;
- ▮ les services non médicaux offerts par les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale;
- ▮ des moyens de communication efficaces;
- ▮ des mécanismes formels de collaboration entre établissements et différents fournisseurs.

La reconnaissance des aidants naturels

Selon une étude, 70 à 80 % des services et soins dispensés aux personnes âgées seraient donnés par la famille.⁷ Ce rôle est à ce point prenant, que les aidants en viennent parfois à y laisser eux-mêmes leur santé et leur qualité de vie. Tant la Commission des droits de la personne, le Conseil du statut de la femme que les membres du comité mis sur pied par le gouvernement (Anctil), tous, ont dénoncé cette incongruité. Ces proches doivent assumer une surcharge de tâches et de stress qui a des conséquences parfois dramatiques dans leur vie (perte d'emploi, diminution des heures de travail, baisse de revenu, troubles familiaux, etc.).

Bien que depuis 1993 il existe un *crédit d'impôt remboursable à l'adulte qui héberge un parent* âgé ou souffrant d'une déficience physique ou mentale grave ou prolongée, nous constatons l'absence ou l'insuffisance de support d'ordre matériel ou moral pour ces aidants que l'on dit « naturels ».

7. Louise Garant et Mario Bolduc, 1990, p. 15.

Dès la première année de son premier mandat, un gouvernement du Parti libéral du Québec améliorera le soutien aux aidants naturels, notamment :

- en augmentant le crédit d'impôt pour l'hébergement d'un parent âgé;**
- en favorisant le développement d'organismes d'entraide, de soutien, de répit et de formation aux aidants naturels.**

Investir dans les soins de longue durée

L'état des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant des soins prolongés n'est pas acceptable au Québec. Le nombre de places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ne répond pas aux besoins. Pire encore, alors que la demande est en hausse, le nombre de lits de longue durée a été réduit.

Les ratés des soins de longue durée

La Commissaire aux plaintes a qualifié la conjoncture de « situations critiques » qui compromettent la qualité de vie des personnes âgées, tant à domicile que dans les lieux d'hébergement.⁸ Les lacunes sont connues et les dénonciations sont faites au grand jour. Mais ces problèmes sont tellement criants et bouleversants que la Vérificatrice générale par intérim, M^{me} Doris Paradis, a révélé certaines de ces situations au début de juin dernier. En voici quelques extraits :

- ▶ « l'attente est de deux à six mois pour un hébergement ;
- ▶ 20 % des personnes sur les listes d'attente sont décédées ou déjà hébergées ;
- ▶ dans les centres d'hébergement, 57 % des nouveaux patients âgés ne disposent pas d'un plan de soins avant deux mois ;
- ▶ aucun plan de soins n'est élaboré pour 13 % d'entre eux. »⁹

8. *Idem.* p. 22.

9. Le Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002*, tome 1.

Et la liste continue :

- ▶ « le personnel soignant et aidant est en nombre nettement insuffisant pour répondre adéquatement et humainement aux besoins des aînés hébergés; il y a réduction des ressources alors que la lourdeur de la clientèle augmente;
- ▶ les coupures de personnel, jointes à une certaine désorganisation et à un manque de cohérence dans les décisions politiques ont des répercussions sur les services rendus, lesquels ne répondaient en 1998-1999 qu'à 68,3 %;
- ▶ les moyens de contention physique ou chimique sont davantage utilisés en raison de la non-disponibilité du personnel pour assurer une surveillance des résidents;
- ▶ toujours en raison des ressources financières et humaines qui sont limitées, le temps « chronométré » et consacré à chaque résident pour une tâche spécifique comme le laver, le nourrir ou l'habiller, ne peut être dépassé au risque de le réduire pour un autre. »

Corriger le tir

L'incapacité du système à prendre en charge les personnes en perte d'autonomie a un impact très lourd sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. On estime par exemple que 10 à 15 % des lits de courte durée dans les hôpitaux sont occupés par des personnes en attente d'une place dans un centre d'hébergement. La libération de ces lits soulagerait les urgences, éviterait le report de chirurgies et permettrait une meilleure utilisation des ressources hospitalières. En outre, les services en CHSLD doivent être améliorés. Le taux de réponse aux besoins des bénéficiaires doit être accru.

Dès la première année de son premier mandat, un gouvernement du Parti libéral du Québec élèvera la base budgétaire des CHSLD afin d'augmenter la capacité d'accueil et d'améliorer le taux de réponse aux besoins des bénéficiaires. Les CHSLD doivent devenir des milieux de vie agréables dispensant des services de qualité.

Les résidences privées constituent un autre maillon de la chaîne des services de soins de longue durée. Ces résidences sont venues combler le vide créé par l'augmentation des demandes d'hébergement et le manque de places dans les ressources d'hébergement de soins de longue durée.

Selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*, les résidences privées ne peuvent accueillir que des personnes âgées autonomes ou des personnes qui, tout en présentant des limitations, peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel avec des services à domicile.

Pour les résidences qui exercent des activités qui relèvent de la mission des CHSLD, la Loi exige qu'elles détiennent un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.¹⁰ Or, plusieurs lacunes ont été constatées dans l'hébergement privé non agréé par le MSSS quant au respect des normes applicables relevant tant du provincial que du municipal (règles de sécurité et de salubrité des bâtiments). Il s'agit par exemple de résidences qui offrent une protection incomplète aux personnes âgées qui subissent des pertes d'autonomie et aux personnes handicapées qui habitent ces résidences non titulaires de permis.

La surveillance exercée par les régies régionales n'est pas efficace, essentiellement parce qu'elle repose sur un système de plaintes peu connu des usagers et de leur entourage.

10. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., ch. S-4-2, art. 437 et suiv.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, tout en reconnaissant la participation des résidences privées à l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, dans la perspective de partenariats public-privé, donnera aux CLSC la responsabilité de s'assurer de la qualité des services offerts dans ces résidences.

Par ailleurs, les nouvelles orientations ministérielles 2001¹¹ reconnaissent le rôle rempli par les résidences privées en les assimilant au domicile des personnes âgées et en garantissant à celles qui y sont hébergées, alors qu'elles sont en perte d'autonomie, de recevoir des soins dispensés par les CLSC et les équipes de soins. Toutefois, le gouvernement n'a pas encore modifié les règles pour reconnaître aux résidences privées un tel rôle et n'a pas encore tenu compte des répercussions que ce choix représente dans l'allocation des ressources, particulièrement en ce qui concerne les CLSC.

Le Québec avait pourtant été le théâtre d'une approche novatrice dans ce secteur, avec l'expérience des services intégrés aux personnes âgées (SIPA), mais après avoir dit que c'était là un modèle qu'il allait généraliser, le gouvernement a plutôt choisi de l'abandonner. Dans l'esprit de continuum de services, il est essentiel pour nous que les budgets en périphérie des soins et services reliés au développement des SIPA soient ajustés afin que les CLSC puissent fonctionner efficacement et selon les besoins.

Accès aux services de santé mentale

Au Québec, une personne sur cinq souffrira au cours de sa vie de troubles de santé mentale. Ce secteur de la santé ne doit pas être traité en second plan. Il demande que l'État y accorde toute l'importance requise.

En 1989, le gouvernement du Québec publiait la *Politique de santé mentale*.¹² Son leitmotiv était : « Je suis une personne et non une maladie ». Depuis, bien d'autres documents ont

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, février 2001, p. 33 et suiv.

12. Gouvernement du Québec, *Politique de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1989.

été produits par le gouvernement. Des *Orientations*, des *Plans d'action*, etc. ; mais les principaux intervenants de ce secteur déplorent encore aujourd'hui que, malgré les meilleures intentions, les actions sont insuffisantes. Or, la santé mentale a des impacts significatifs pour les patients, leurs proches et la société entière.

L'étude d'une équipe de chercheurs de la Harvard School of Public Health¹³ révélait, en 1996, des résultats surprenants quant à l'importance de la charge des maladies mentales, jusqu'alors sous-estimées compte tenu de leur faible incidence sur la mortalité. En 2020, dans le monde, la charge globale des maladies mentales représentera 15 % de la charge de l'ensemble des maladies, et la dépression sera la première cause d'invalidité.

La *Politique de santé mentale* rendue publique en 1989 contenait une clause prévoyant une évaluation globale de l'ensemble de celle-ci après cinq ans d'implantation. Un *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*¹⁴ déposé en 1997 observe que, depuis l'avènement de cette *Politique*, des étapes ont été franchies relativement à la prise en considération des orientations du Ministère et à l'appropriation régionale de l'organisation des services, mais que « par rapport aux moyens d'action mis en œuvre, les résultats sont moins probants »¹⁵.

Depuis cette date, d'autres études et lignes directrices ont été produites, mais l'on se rend compte que la plupart des commentaires, recommandations et actions proposées dans ces documents n'ont pas véritablement donné les effets escomptés pour les utilisateurs des services de santé mentale.

13. MURRAY, C.J.L. et A.D. LOPEZ, *The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge, Harvard School of public health, 1996.

14. *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, mai, 1997.

15. *Ibid.*, p. 158.

En maintenant ces objectifs d'amélioration de l'accessibilité et de la mise en réseau des services, nous entendons rectifier certaines approches relatives à l'équité inter-régionale des services de santé mentale et actualiser le projet d'intégration des services.

En vue d'atteindre cette équité inter-régionale, deux composantes de l'ensemble des services de santé mentale demandent à être corrigées, soit les services d'intervention en situation de crise et la sectorisation des services de santé mentale.

Services d'intervention en situation de crise

En mai 1997, le *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale* faisait état des difficultés rencontrées dans l'implantation des services de base. Le document soulevait notamment ***l'insuffisance des services d'intervention en situation de crise***, entraînant ainsi « une surutilisation des services d'urgence en milieu hospitalier, l'absence des services d'intervention de crise étant surtout notée en dehors des grands centres urbains ».¹⁶

Depuis ce temps, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui*, adoptée en 1998, prévoit qu'« un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui... »¹⁷

16. *Ibid.*, p. 65.

17. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 1997, ch. 75, art. 8.

Certes, la diversité des profils de personnes souffrant de maladie mentale ainsi que leurs besoins spécifiques exigent que notre système de santé puisse offrir des services d'intervention dans les phases aiguës aux personnes atteintes de troubles graves et persistants. Cependant, bien que ce service revête une importance majeure pour une clientèle bien ciblée, la moitié des régions socio-sanitaires du Québec ne possèdent pas ce type de services d'intervention.

Conséquemment, pour le mieux-être de ces patients, de la société et pour le bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble, ces services d'intervention devraient être disponibles à travers tout le territoire québécois.

Sectorisation des services de santé mentale

La psychiatrie constitue la seule spécialité médicale où l'on retrouve un système de sectorisation. Depuis plus de 20 ans, les soins et services en psychiatrie sont distribués à Montréal selon un mode d'organisation par secteurs. « En vertu de la sectorisation, tous les hôpitaux où il existe un département de psychiatrie ont la responsabilité (obligation) de dispenser des services de psychiatrie à un bassin spécifique de la population. Cette mesure administrative vise à faciliter l'accès aux services de psychiatrie. »¹⁸

Les personnes consultées pour la rédaction *du Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale* ont soulevé qu'une telle pratique « comporte des risques majeurs pour l'utilisateur ou l'utilisatrice, particulièrement en ce qui concerne son droit à choisir librement son médecin et le lieu de traitement qui lui est accessible »¹⁹. Une des recommandations

18. *La sectorisation*, Claude Vanier, médecin psychiatre, *Défi schizophrénie*, vol. 1, n° 6, novembre-décembre 1996.

19. *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, p. 152.

du *Bilan* visait à « maintenir la sectorisation comme mode d'organisation administratif des services psychiatriques, tout en s'assurant du respect des droits des usagers et de la meilleure concordance possible avec les autres découpages territoriaux du secteur de la santé et des services sociaux. »²⁰ C'est ainsi que l'on a subdivisé la grande région métropolitaine en secteurs géographiques étanches. Les résidents de chacun de ces secteurs sont desservis par un centre hospitalier désigné.

Or, en raison d'une répartition inégale des ressources en psychiatrie qui perdure depuis plus de huit ans, les risques d'injustice soulevés dans le *Bilan* de 1997 se sont avérés. Malgré de multiples « appels à l'aide »²¹ aux autorités locales, régionales et nationales, aucun correctif n'a été apporté.

Par exemple, le budget consacré par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les soins psychiatriques est de 58,85 \$ par habitant en Montérégie, alors qu'il est de 146,56 \$ à Montréal-Centre et de 110,02 \$ pour l'ensemble du Québec. Il en va de même pour le nombre de psychiatres *per capita*. Il est de un pour 16 000 habitants en Montérégie, de un par 4 000 habitants à Montréal-Centre et de un pour 8 611 habitants en moyenne au Québec. La distribution du nombre de lits de courte et de longue durée subit le même genre de répartition, d'où des débordements fréquents de patients atteints de maladie psychiatrique à l'urgence de l'Hôpital Charles-Lemoyne de Longueuil.

Cette conjoncture est source de délais supérieurs à 12 mois pour une évaluation en clinique externe, et de 2 à 3 ans pour un placement en soins de longue durée.

20. *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, p. 152.

21. Cf. *Santé mentale : une situation aberrante*, Jean Péloquin, Le Devoir, 5 janvier 2003; *Montérégie : des pysy crient au secours*, Collectif de psychiatres de l'Hôpital Charles-Lemoyne, La Presse, 11 février 2002; *Equal access for all*, The Gazette, 4 février 2002.

Cette iniquité sur le plan de la répartition des ressources ainsi que cette règle de sectorisation entraînent de graves préjudices.

Nous sommes conscients que les patients affectés par des problèmes de santé mentale sont pour la plupart démunis. Cette clientèle n'a généralement ni la force, ni le soutien, ni les lobbies nécessaires pour défendre ses droits. Très souvent, la lourdeur de la maladie et sa stigmatisation encore présente dans notre société ne permettent pas à ces patients de bénéficier des leviers corporatifs, politiques et sociaux pour réclamer le respect de leurs droits pourtant bien établis dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mettra en place, dans la première année de son premier mandat, un plan d'action intégré d'accès aux services en santé mentale.

Ce plan d'action prévoira notamment :

- ▮ de favoriser l'équité interrégionale et d'assurer une offre de services dans toutes les régions ;**
- ▮ la réévaluation de la règle de la sectorisation ;**
- ▮ un soutien accru aux organismes communautaires actifs dans ce domaine d'expertise, par exemple dans le soutien aux familles ;**
- ▮ l'établissement de liens fonctionnels entre les médecins de première ligne et les médecins spécialistes (psychiatres) pour assurer la continuité du traitement et de la prise en charge.**

Actualiser le projet d'intégration des services de santé mentale

En avril 2002, un groupe d'experts désignés par le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé un document établissant des lignes directrices pour l'implantation d'un réseau de services intégrés en santé mentale.²² Ce document fait état d'un modèle d'organisation « qui intègre tous les organismes offrant des services directs et tous les collaborateurs du milieu tant du point de vue fonctionnel que clinique ».²³

Nous croyons qu'il faut aller plus loin. Il est également essentiel que ce réseau de services puisse tisser des liens formels d'intersectorialité dans des secteurs d'activités tels le logement social, le travail, le transport, etc. De tels liens, ou plutôt des corridors de services, doivent également exister pour la prestation de services spécialisés tels l'urgence hospitalière, les services médicaux, les traitements psychiatriques spécialisés, etc. Ce faisant, les différents intervenants qui travaillent de manière isolée et sans véritable concertation et complémentarité entre eux, pourront tirer avantage d'une mise en commun des services tout en conservant chacun leur autonomie.

Si certains enjeux sont escamotés, la planification et l'implantation de services intégrés rencontreront des obstacles. Il convient de se rappeler que nous vivons actuellement dans les remous d'un virage ambulatoire effectué sans ajout de ressources.

Toutes les personnes atteintes de maladie mentale ne peuvent être désinstitutionnalisées. Il faut éviter de sombrer dans une logique ambulatoire absolue qui, pour masquer un sous-financement chronique, expulse des patients dans un environnement inadéquat considérant leur état de santé.

22. *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population, avril 2002.

23. *Ibid.*, p. 13.

Informer les Québécois sur les services disponibles

La consolidation des services de première ligne, l'établissement de corridors de services entre les différentes portes d'entrée du réseau, le développement des soins à domicile et l'intégration des *partenaires de la santé* impliquent une communication soutenue entre les établissements du réseau ainsi qu'entre les établissements du réseau et les cliniques privées.

Les utilisateurs du réseau doivent aussi bénéficier de cette communication. Les Québécois devraient pouvoir connaître en tout temps la disponibilité des ressources médicales dans leur région et obtenir, en temps réel, une estimation des délais d'attente pour une consultation médicale.

La technologie existe; il faut la mettre au service des citoyens. Cette volonté s'incarnera dans la mise en place d'un système d'information continue sur la disponibilité des services. Ce sera l'*Inforéseau*.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mettra en place un *Inforéseau* permettant aux usagers d'avoir accès à l'information sur la disponibilité des services. L'*Inforéseau* permettra aussi une communication continue entre les établissements de première, deuxième et troisième ligne.

L'*Inforéseau* permettra à l'utilisateur :

- ▶ de connaître, par un appel téléphonique ou par consultation d'un site Internet, l'endroit le plus près où se trouve un médecin de garde;
- ▶ de connaître en temps réel le délai d'attente;
- ▶ de connaître l'ensemble des services offerts.

L'*Inforéseau* permettra au médecin :

- ▶ de diriger son patient vers un plateau diagnostic;
- ▶ de faciliter la référence vers un spécialiste;
- ▶ d'informer son patient des délais d'attente pour des traitements ou un suivi;
- ▶ d'informer son patient sur les options qui s'offrent à lui (par exemple, si l'attente est de deux mois à Montréal, mais de 10 jours à Drummondville pour un même service, le patient doit pouvoir choisir).

L'*Inforéseau* permettra au réseau :

- ▶ de mieux servir les Québécois;
- ▶ de réduire les listes d'attente;
- ▶ de désengorger les urgences;
- ▶ d'éviter des dédoublements coûteux;
- ▶ d'assurer une utilisation optimale des ressources humaines, financières et techniques.

Recentrer le travail de chaque personne sur les services aux patients

Toutes les mesures annoncées précédemment visant à améliorer la capacité de réponse du réseau de la santé et des services sociaux aux besoins de la population entraîneront des changements importants dans le fonctionnement du réseau. Mais ces changements ne seront possibles que dans la mesure où l'organisation du travail permettra de les accomplir.

La réorganisation du réseau implique *de facto* une réorganisation du travail.

Retour à la souplesse et à la créativité

La rigidité du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux est un des principaux obstacles à son évolution. Dans les grands centres hospitaliers du Québec, on compte facilement 30 à 40 unités d'accréditation syndicale. Il faut faciliter les choses. Il faut redonner une marge de manœuvre aux directions des établissements. Il faut que l'organisation du travail fasse en sorte que les médecins consacrent la plus grande proportion possible de leur temps aux patients; il faut que le médecin spécialiste puisse se dédier entièrement à sa spécialité. La même chose prévaut pour l'infirmière que l'on doit dégager de tâches qui peuvent être assumées par d'autres. On songe ici notamment aux tâches administratives pour lesquelles les infirmières du Québec, comme l'a constaté l'Institut canadien d'information sur la santé, consacrent deux fois plus de temps que leurs homologues des autres provinces canadiennes.

La réorganisation du travail doit permettre aux donneurs de soins, aux professionnels et à tous les employés de se réapproprier leur travail et leur lieu de travail. Il y a trop de règles, trop de contraintes, trop de directives qui étouffent l'initiative locale et sclérosent l'organisation du travail. Retour à la souplesse, à la créativité et au libre exercice de la compétence de tous les acteurs du réseau.

C'est l'essence même d'un réseau centré sur la personne et non sur lui-même.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec amorcera, dès la première année de son premier mandat, une réorganisation majeure du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux afin qu'il soit adapté à la réalité des années 2000 et apte à répondre aux besoins de la population. Cette réorganisation prévoira notamment :

- ▮ des ressources supplémentaires et une technologie adéquate pour soulager les infirmières des tâches administratives;**
- ▮ des moyens techniques pour faciliter d'un médecin à un autre, le transfert d'un patient;**
- ▮ une décentralisation vers le niveau local des clauses des conventions collectives de travail relatives à l'organisation du travail;**
- ▮ une réduction du nombre d'unités d'accréditation syndicale;**
- ▮ une facilitation du recours à la sous-traitance par un assouplissement de l'article 45 du *Code du travail*.**

Préserver l'urgence pour les urgences

Toutes les mesures annoncées plus haut participeront au désengorgement des salles d'urgence. L'engorgement des salles d'urgence est d'abord la conséquence d'une désorganisation du réseau en amont et en aval de l'urgence. Une meilleure coordination des services de première ligne, le renfort des *partenaires de la santé*, l'augmentation du nombre de chirurgies, le développement des soins à domicile, l'amélioration des services d'hébergement de longue durée, le développement des services de santé mentale, l'augmentation des effectifs médicaux et infirmiers, l'affectation des budgets de la RAMQ, une meilleure information sur les services disponibles (avec l'*Inforéseau*) et une réorganisation du travail feront baisser la pression qui pèse sur les urgences. L'attente s'en trouvera de beaucoup diminuée.

Mais il faut aussi intervenir dans le fonctionnement des hôpitaux pour régler deux problèmes distincts : les urgences qui débordent et les urgences qui ferment.

Les urgences débordées

Alors que le taux d'occupation d'une urgence devrait atteindre une moyenne annuelle de 80 %, on assiste maintenant à des moyennes de 160 %, avec des pointes à 300 %. Cet engorgement chronique des urgences a plusieurs causes et a donc plusieurs solutions.

Mais l'engorgement chronique des urgences a aussi été aggravé par la fermeture, au cours des dernières années, de plus de 11 000 lits de courte et de longue durée. S'il est vrai que l'évolution de la médecine ambulatoire et de la médecine d'un jour diminue le recours à l'hospitalisation, il est tout aussi vrai que certains établissements manquent de lits.

**Un gouvernement du Parti libéral
du Québec autorisera les hôpitaux qui
en ont besoin à ouvrir des lits fermés
pour soulager les urgences engorgées.**

L'insuffisance des ressources aux étages et en hébergement de longue durée ferme la porte de sortie des urgences. La population, les professionnels de la santé et les gestionnaires du réseau constatent, depuis trop longtemps déjà, que les urgences et le personnel qui s'y dévoue sont coincés dans un étai qui ne cesse de se resserrer.

On ne compte plus les cris d'alarme. Pour ne citer qu'un cas, rappelons les propos du D^r Martin PhaDinh, urgentologue à Gatineau :

Je viens de passer les deux pires nuits de ma carrière. À chaque soir, minuit, il y avait 14 heures d'attente pour les cas classés semi-urgents. Or, selon notre échelle de triage, un cas semi-urgent devrait être vu, idéalement, en moins de deux heures... Lorsque de tels patients attendent 14 heures, le risque d'une catastrophe majeure est grand. La crainte de tout urgentologue est de voir un patient décéder dans la salle d'attente avant d'avoir été évalué et traité.²⁴

Une autre raison qui participe au premier chef à l'engorgement des urgences est l'absence de lien entre les cliniques médicales et les plateaux diagnostics. C'est ainsi qu'un patient qui consulte en clinique ne sera pas reçu directement en radiologie, mais se verra plutôt indiquer la direction de l'urgence, où il vivra une autre attente, un autre tri et un autre épisode de consultation. Dédouplements coûteux, attente inutile.

La consolidation de la première ligne permettra de faire passer ce patient de la clinique médicale à la salle de radiographie.

Une meilleure coordination des soins et services de première ligne constitue aussi une étape fondamentale pour agir en amont et en aval du problème de l'urgence. La prise en charge de clientèles par les intervenants ou responsables

24. *La Presse*, 1^{er} septembre 2002, p. A-10.

appropriés évitera, par exemple, que l'on offre un lit de courte durée à une personne en attente d'un hébergement de longue durée. En rendant ce lit disponible, on libère une civière et on contribue directement et sans frais supplémentaires au désengorgement.

Les urgences fermées

Le scandale des urgences fermées a pour cause plus directe la pénurie de personnel soignant. Dans certaines urgences du Québec, la moitié des besoins sont comblés par des *médecins dépanneurs*. Cette gestion catastrophe se solutionnera en partie par l'affectation régionale des budgets de la RAMQ, par l'augmentation graduelle des effectifs médicaux et infirmiers et par une formation médicale mieux adaptée aux besoins des régions.

Cependant, il faut aussi mieux arrimer la pratique médicale avec les besoins prioritaires de la population. En ce sens, en plus du besoin d'une meilleure coordination dont nous avons fait état, la priorisation des services d'urgence à titre d'activités médicales particulières (AMP) doit être maintenue. C'est-à-dire que l'urgence doit être une priorité organisationnelle au sein de chaque établissement doté d'une salle d'urgence. Des lits de courte durée doivent être protégés et destinés aux besoins de l'urgence, et un accès permanent aux plateaux diagnostics doit être réservé à l'urgence.

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour réduire les listes d'attente et améliorer l'accès aux services sociaux

**Attendre quand on a besoin
d'aide n'est pas plus acceptable
que d'attendre quand on est malade**

Si la difficulté d'accéder à des soins est la manifestation la plus évidente des problèmes d'organisation que connaît notre système, la difficulté d'accéder à des services sociaux en est certainement la manifestation la plus insidieuse. Car les personnes vulnérables vivent leur détresse silencieusement.

LES EFFORTS de redressement des services de santé doivent trouver une équivalence dans le secteur des services sociaux pour donner enfin jour, comme le prévoit la loi, à un réseau pleinement intégré de services de santé et de services sociaux traitant avec un souci égal la santé et le mieux-être de l'individu.

Renforcer les services de protection de la jeunesse

Ces dernières années, plusieurs rapports ont mis à jour les graves difficultés des services d'aide à la jeunesse et les conséquences désastreuses des nombreuses compressions budgétaires.¹ De l'ensemble de ces rapports, il apparaît clairement que la « situation demeure préoccupante sous bien des aspects à la protection de la jeunesse »². Au-delà de la constatation, il faut s'interroger en vue de l'action : quelle est donc la situation des jeunes, et qui sont ces jeunes qui se retrouvent dans les centres jeunesse³ ?

- ▶ Ils sont 100 000.
- ▶ Ils ont 5 fois plus de problèmes avec la police.
- ▶ Ils ont 5 fois plus de problèmes avec l'alcool.
- ▶ Ils sont 40 % de plus à éprouver des problèmes scolaires au niveau secondaire.
- ▶ Un jeune sur 3 a déjà fait une tentative de suicide.
- ▶ Ils sont 25 % à avoir été victimes d'abus sexuels.
- ▶ 71 % des jeunes de 18 ans qui quittent les centres jeunesse sont toujours bénéficiaires de l'aide sociale encore 10 ans plus tard.

1. Rapport Cliche, le rapport conjoint de l'association des centres jeunesse du Québec et du Collège des médecins et du Protecteur du citoyen, les rapports Lebon 1 et 2, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, etc.

2. Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *État de la situation et recommandations*, gouvernement du Québec, 1998, p. 12.

3. Données extraites de la *Présentation de l'Association des centres jeunesse du Québec*, janvier 2003.

D'autre part, qui sont les travailleurs de ces centres jeunesse?

Il s'agit de près de 9 000 employés dont 7 000 travaillent directement auprès de 100 000 jeunes et de leur famille. Ils offrent une expertise multidisciplinaire : travailleurs sociaux, psychologues, psycho-éducateurs, criminologues, éducateurs, infirmières et médecins⁴.

Quoique les centres jeunesse ne soient pas seuls à venir en aide à ces jeunes (les CLSC, la police, les Centres de la petite enfance et les écoles sont également des partenaires), ce sont tout de même eux qui ont sous leur protection 100 000 enfants. De ce nombre, 55 644 enfants ont été l'objet d'un signalement en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* en 2002. Il s'agit d'une hausse de 11 % depuis 5 ans. Cela fait beaucoup de jeunes pour très peu de ressources. La proportion est d'autant plus inquiétante si l'on considère que ces ressources, affectées aux services de base ainsi que les ressources spécialisées « sont régulièrement en engorgement, créant ainsi des situations d'attente peu souhaitables. »⁵

On constate ainsi que la problématique des listes d'attente n'est pas exclusive au secteur de la santé. Ce phénomène chronique est présent à toutes les étapes du processus de la protection de la jeunesse, mais il est plus persistant et inquiétant à l'étape de l'évaluation du jeune et à celle de sa prise en charge.

À l'étape de l'évaluation, on constate que « lorsque la liste d'attente est plus de deux fois supérieure à la capacité d'évaluer, elle devient difficile à gérer et les situations risquent de s'aggraver ».⁶ Or, en 1999-2000, on notait que malgré certains efforts, presque la moitié des régions du Québec « demeurent

4. *Idem.*

5. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Direction générale des services à la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 9.

6. *Ibid.*, p. 19.

fragiles à un déséquilibre à cette étape... ».⁷ Au 21 juin 2002, 1 151 jeunes en difficulté étaient toujours en attente d'une évaluation à la Direction de la protection de la jeunesse. Le Parti Québécois s'était pourtant engagé, lors de la campagne électorale de l'automne 1998, à faire en sorte que l'attente pour l'évaluation soit nulle dès le mois de décembre de cette même année.

Quant à l'étape de prise en charge ou d'application des mesures par la Direction de la protection de la jeunesse, 683 jeunes étaient en attente au 21 juin 2002. Cette situation expose des enfants et des jeunes à des risques.

7. *Plan de survie des centres jeunesse du Québec*, pour l'exercice financier 2000-2001, Association des centres jeunesse du Québec, juin 2000, p. 5.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec réinvestira afin d'augmenter le nombre d'intervenants dans les centres jeunesse et de réduire ainsi les délais d'attente. Cet ajout de ressources visera à faire passer le nombre moyen de cas par intervenant de 27 à 16. Le suivi plus intensif qui en découlera permettra de faire des gains d'efficience au chapitre de l'hébergement.

L'hébergement

Une autre difficulté se situe du côté des ressources d'hébergement en établissement (réadaptation en internat). Quoique la majorité des centres jeunesse aient procédé à ce qu'il est convenu d'appeler un « virage milieu », les principaux intéressés ont constaté que des places d'hébergement en établissement doivent être ajoutées. Les besoins d'hébergement sont démontrés, particulièrement pour les garçons adolescents nécessitant un hébergement institutionnel de type milieu ouvert et/ou encadrement intensif.⁸ Sans même entrer dans la problématique des disparités régionales et des écarts significatifs que l'on constate entre les régions, nous assistons à un engorgement dans 14 régions sur 16⁹.

Si 43 % des jeunes sous la protection des centres jeunesse reçoivent des services dans leur famille naturelle, près de trois quarts des enfants placés doivent l'être en famille d'accueil. Depuis le « virage milieu », on essaie de placer de moins en moins en établissement; ceux-ci jeunes composent toutefois une clientèle de plus en plus lourde, mal desservie à cause du manque de soutien professionnel et de formation qu'entraîne le sous-financement.

En l'an 2000, dans un rapport intitulé *Famille d'accueil et intervention jeunesse*, M. Richard Cloutier dressait un portrait sombre de la situation des familles d'accueil : familles sous-compensées, laissées à elles-mêmes, méprisées, sans appuis ni services. La « pression accrue sur le réseau des familles d'accueil n'a pas été accompagnée d'un soutien approprié, de sorte que l'écart entre les besoins de soutien professionnel ou financier des familles d'accueil et celui qui leur est offert s'est agrandi d'une façon inacceptable. [...] Actuellement, le soutien offert aux enfants placés en ressource de type familiale se

8. Cf. *Liste d'attente en protection de la jeunesse et accessibilité aux services à la jeunesse*, Le rapport Lebon : un an plus tard, p. 44.

9. ^{38 19} cf. : *Plan de survie...*, p. 6.

situe généralement en deçà des normes prescrites par la loi et les règlements en vigueur. On ne fait pas ce qu'il faut faire. »¹⁰

D'autre part, l'hébergement est souvent, faute de ressources, inapproprié. C'est ainsi que des jeunes nécessitant un hébergement peu encadré se retrouvent en quasi détention, et que des jeunes nécessitant un hébergement sécuritaire se retrouvent dans des situations temporaires. Il faut donc augmenter le nombre de places d'hébergement de tout type afin de mieux harmoniser l'offre aux besoins réels des jeunes.

Une intersectorialité à parfaire

Un autre problème se situe sur le plan de l'intersectorialité dans les services à la jeunesse. On assiste à une hausse du taux de judiciarisation tant à l'étape de l'évaluation-orientation qu'à l'étape de l'application des mesures. Cette augmentation du taux de judiciarisation entraîne des durées d'intervention à l'évaluation qui s'allongent, des transferts de dossiers vers l'application des mesures qui sont retardés, etc. Cela entraîne non seulement de pertes de temps pour les jeunes et leurs parents, mais aussi d'une augmentation des coûts.

Cette intersectorialité touche aussi le secteur de l'éducation. Ainsi, lorsque les postes de soutien aux élèves en difficulté diminuent, tels ceux des travailleurs sociaux par exemple, on assiste à une augmentation des demandes de services et à un accroissement de la pression dans les établissements du réseau social (CLSC, centres jeunesse).

Le système québécois de protection de la jeunesse ne suffit plus à la tâche. Faut-il se surprendre que la Centrale des syndicats du Québec se réjouissait, le 14 novembre 2002, du fait que la situation d'urgence vécue dans les centres jeunesse soit

10. *Familles d'accueil et intervention jeunesse*, groupe de travail sur la politique de placement en famille d'accueil, mai 2000, p. 87.

médiatisée. La vice-présidente de la Centrale et responsable de santé et services sociaux, M^{me} Louise Chabot, mentionnait que « malgré des forums sur les centres jeunesse, malgré une stratégie gouvernementale pour venir en aide aux jeunes en difficulté et à leur famille, malgré de beaux discours politiques sur l'importance des jeunes dans la société, force est de constater que ces jeunes et leurs familles ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. »¹¹

Nous jugeons intolérable la situation dans laquelle sont placés les intervenants du réseau de la protection de la jeunesse et, par le fait même inadéquate l'aide apportée aux jeunes en difficulté. Le manque de ressources dénoncé par l'Association des centres jeunesse du Québec va au-delà d'une simple « revendication à l'approche de la préparation des budgets. »¹²

11. *Beaucoup de jeunes, peu de ressources*, La Presse, 14 novembre 2002.

12. Roger Bertrand, dans *Bertrand coupe court*, Le Soleil, 24 novembre 2002.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mettra en place, dès la première année de son premier mandat, une série de mesures afin d'augmenter les services offerts aux jeunes en difficulté et d'ouvrir la voie à un réseau de services jeunesse intégrés. Plus précisément, nous veillerons à :

- ▶ diminuer le nombre de cas par intervenant ;**
- ▶ augmenter les ressources allouées aux centres jeunesse afin de diminuer les délais pour l'évaluation et la prise en charge, et d'augmenter les places d'hébergement là où les besoins le commandent ;**
- ▶ ajouter des professionnels en intervention psychosociale dans les milieux scolaires pour intervenir de façon plus précoce auprès des jeunes en difficulté ;**
- ▶ améliorer le soutien aux ressources d'hébergement de type familial (RTF), incluant la formation ;**
- ▶ développer une véritable politique de services intégrés à la jeunesse comprenant un accès plus facile à la pédopsychiatrie et une meilleure coordination entre les milieux scolaire, les CLSC et les centres jeunesse ;**
- ▶ créer des réseaux de médecins experts pouvant visiter les centres jeunesse et les centres de protection de l'enfance.**

Il nous faut agir. L'ajout de ressources constitue une solution qui ne fait pas de doutes. Les centres jeunesse sont des établissements de notre réseau de la santé et des services sociaux qui ont peut-être été laissés pour compte trop longtemps.

Nous croyons fermement qu'un travail de première ligne, en amont comme en aval, doit être fait. Conséquemment, il faut renforcer l'intervention en amont et s'assurer qu'un travail de dépistage soit fait avant qu'un signalement ne soit nécessaire.

Les experts en intervention auprès des jeunes nous indiquent que généralement, l'école est le plus important signalant. L'école est d'ailleurs un indicateur additionnel du « devenir » de cette jeunesse. La documentation sur le sujet est unanime : « The most recognizable symptom of high-risk status is school failure... Being two or more years behind almost always leads to dropping out of school prior to high school graduation. And high school completion is a significant marker for future success. »¹³

Certaines expériences ont été menées, particulièrement aux États-Unis, pour trouver le « modèle idéal » de l'école qui présente les composantes essentielles d'un programme « gagnant » de prévention dans des domaines aussi disparates que l'abus de drogues, la santé et le bien-être, la contraception, les troubles de santé mentale, la nutrition, la participation des parents, l'intervention en situation de crises, etc.

La réalité a démontré que pour obtenir des résultats significatifs, soit une diminution des grossesses, une augmentation de l'implication des parents, une diminution des comportements à risque, une diminution du taux de décrochage, etc., des services devaient être regroupés, voire intégrés au sein d'un même établissement. Ces résultats de modèles d'intégration ont même démontré que l'achalandage des salles d'urgence

13. *Full-service schools - A revolution in Health and Social Services for Children, Youth and Families*, Joy G. Dryfoos, Josset-Bass Publishers, San Francisco, 1998, p. 4.

diminue¹⁴. Il s'agit pour ces « Full-service schools »¹⁵ de créer, autour de l'élève, une communauté éducative rassemblant des ressources éducationnelles, de santé et de services sociaux, des parents et des organismes intervenant auprès du jeune, afin d'obtenir une intervention mieux ciblée sur la situation du jeune.

En parallèle, une recherche réalisée au Québec et portant sur des projets québécois, canadiens et américains quant à « l'intégration de services offerts aux élèves et à leurs familles »,¹⁶ démontre que « ... la réussite scolaire et éducative d'un enfant est compromise si ses besoins primaires ne sont pas comblés. [...] En solo, l'école ne suffit pas. »¹⁷ Cette étude québécoise témoigne des mêmes constats quant à l'évaluation des initiatives en intégration de services, soit une « ... diminution du taux d'absence des élèves en raison de troubles de santé mineurs, [...] moins de grossesses chez les adolescentes, les jeunes font moins usage de drogues et décrochent moins. Quant aux services liés à l'école, ils sont plus efficaces quand ils sont concentrés sur des lieux même de l'école ». ¹⁸

Nous soutiendrons l'intégration des services afin que l'intervention auprès des jeunes se fasse de façon globale, intégrée et concertée.

Bien que l'école soit l'emplacement privilégié pour rejoindre le jeune, un dépistage précoce des cas problèmes peut être effectué bien avant son entrée en classe. C'est ainsi qu'un travail en concertation entre les centres de la petite enfance, les médecins pédiatres et les cliniques médicales doit être favorisé.

14. Ibid., p. 134.

15. Id.

16. *La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève; une intervention cohérente et des services mieux harmonisés*, Rapport de recherche, Rollande Deslandes, Richard Bertrand, CQRS/MEQ, septembre 2001, p. 17.

17. Ibid., p. 20.

18. Ibid., p. 22.

Nous croyons que l'enfant doit, dès ses premiers stades de développement, compter sur un environnement propice à une saine croissance, qui lui permettra d'évoluer à son rythme, sans violence et de manière équilibrée. Tant que cet objectif ne sera pas atteint, la société, par le biais de son gouvernement, devra offrir des ressources aux jeunes en difficulté. C'est notre responsabilité collective. S'il est un domaine où la dépense publique prend le sens réel d'investissement, c'est bien celui de l'aide aux jeunes qui sont l'avenir de notre société.

Lutter collectivement contre le suicide

Au Québec, les données épidémiologiques concernant le suicide¹⁹ indiquent un taux de mortalité parmi les plus élevés des pays industrialisés du monde. En fait, le suicide se situe au second rang des causes de mortalité de façon absolue, tout juste après l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, et juste avant les cancers. « Le suicide a augmenté de 57 % en 10 ans au Québec et davantage à Québec : le Canada compte plus de suicidés en moyenne que le reste de l'Amérique du Nord, le Québec plus que le Canada et Québec, plus que le Québec. »²⁰

Concrètement, cela signifie qu'il y a chez nous « presque quatre suicidés par jour, environ 1400 par année en moyenne... »²¹ Chez les hommes de 15 à 39 ans, le suicide est devenu la première cause de mortalité. Contrairement aux autres causes de mortalité tels les accidents de la route, le cancer et le sida, toutes en baisse, l'occurrence du suicide augmente d'année en année.

19. *Santé au Québec : quelques indicateurs*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, Québec.

20. *Québec, capitale du suicide!*, Martin Roy, 4 octobre 2002.

21. *Le pari de protéger la vie*, Le Soleil, 21 septembre 2002.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec fera de la lutte contre le suicide une priorité nationale et mettra en place, dans la première année de son premier mandat, un plan d'action prévoyant une intervention sur tous les fronts et reposant sur le principe que la lutte contre le suicide est à la fois une responsabilité du gouvernement et de la collectivité. Plus précisément, ce plan fera en sorte que :

- Le ministère de l'Éducation, avec des programmes de prévention et d'intervention dans les écoles, les organismes communautaires et le ministère de la Santé et des Services sociaux agiront de concert sur tous les phénomènes associés au suicide tels que la dépression majeure, la dépendance à l'alcool et aux drogues et les troubles de la personnalité.²²**
- Un ensemble de composantes de la société, comme les syndicats et les associations patronales, seront sensibilisées à la lutte contre le suicide.**
- Le soutien aux organismes communautaires actifs dans le domaine de la prévention du suicide et de l'intervention auprès des personnes suicidaires sera accru.**

22. LESAGE, A.D., *Les maladies affectives et le suicide*, dans Jean Leblanc et collaborateurs, Gaëtan MORIN, *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Montréal, 1996.

On ne saurait prétendre que le suicide est un problème individuel. C'est un problème de société. Notre société doit donc s'engager toute entière pour le contrer. « Le Québec a toute l'expertise voulue en suicidologie : il exporte même ses compétences. Il a besoin de leadership politique pour être efficace dans sa lutte. »²³ En 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux a développé une stratégie pour contrer le suicide,²⁴ mais aucune action concrète n'a suivi.

Dans le contexte québécois, il est par ailleurs aberrant qu'aucune formation spécifique sur le suicide ne soit donnée aux futurs médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc. Même si certains organismes qui se consacrent entièrement à la cause du suicide offrent une excellente formation à leurs intervenants, leurs connaissances sont trop peu diffusées.

Lorsque l'on considère par exemple qu'il y a 50 tentatives pour 1 suicide, et que les trois et quatre semaines qui suivent sont déterminantes dans la possibilité de récurrence, il apparaît essentiel de nous doter d'intervenants pivot suffisamment nombreux et bien formés.

Nous estimons que le suicide est symptomatique d'un problème plus grand et ne doit pas se limiter à la dimension de prévention. Nous nous engageons, de concert avec le ministère de l'Éducation, les organismes publics, les organismes communautaires et le ministère de la Santé et des Services sociaux, à faire de la problématique du suicide une priorité nationale qui relève à la fois du gouvernement et de la collectivité.

23. *Le Québec traîne la patte en matière de prévention*, propos de M. Brian Mishara, directeur de CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie), dans *Le Soleil*, 22 septembre 2002.

24. *S'entraider pour la vie, Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1998.

Donner accès à des services de réadaptation

En réadaptation, la rapidité d'intervention est le facteur capital déterminant le degré de récupération possible pour des personnes atteintes de déficience auditive, motrice, visuelle ou d'une déficience du langage et de la parole. Dans le cas d'enfants souffrant de troubles du langage par exemple, l'incapacité du système d'intervenir précocement risque de compromettre leur intégration scolaire et de leur causer ainsi des préjudices graves à long terme. La situation est particulièrement criante pour les enfants atteints d'autisme.

Le Québec possède des *Orientations ministérielles* en réadaptation. Elles datent de 1995 et n'ont jamais été assorties d'un plan d'action pour en assurer la mise en œuvre. Depuis, de nouveaux besoins et de nouvelles données sont venus influencer la demande de services.

En sachant que « les délais encourus dans la prestation des services peuvent avoir des répercussions négatives sur la capacité de la personne de vivre dans son milieu de vie naturel et d'y exercer ses rôles sociaux »²⁵, il est inconcevable que l'on puisse tolérer la situation actuelle des listes d'attente pour des services de réadaptation physique.

Pourtant, ce n'est pas parce que le gouvernement ne possédait pas les informations pour éviter ou même rectifier la situation en constante progression. En l'an 2000, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec présentait, à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, des chiffres inquiétants sur les listes d'attente dans ce secteur.

Ces chiffres nous informent qu'en août 1999, 5 000 personnes étaient en attente de services de réadaptation; cela révèle des carences de services dans plusieurs régions et « des

25. Cf. *Orientations ministérielles*, p. 69.

lacunes importantes dans la répartition territoriale réduisant ainsi significativement l'accès aux services pour les clientèles ayant une déficience auditive, motrice, visuelle ou une déficience du langage et de la parole. »²⁶

Quelques mois plus tard, au printemps 2000, cette même association estimait et indiquait au gouvernement que les listes d'attente comprenaient environ 7 800 personnes, dont plus de 3 000 enfants. « De plus, dans plusieurs régions, l'inexistence de certains programmes empêche de constituer une liste d'attente. Il y a de nombreux autres enfants, parents, citoyens et citoyennes dont on ne connaît pas les besoins de réadaptation et qui attendent d'avoir accès à un service auquel ils ont droit pour intégrer l'école, reprendre leur travail et participer activement à la vie en société. »²⁷

En l'an 2001, 9 000 attendaient un rendez-vous. En outre, des attentes de plus d'un an sont fréquemment rapportées. Ce qui est très désolant et même inadmissible, c'est qu'en raison de ces listes d'attente, des enfants verront leur intégration scolaire et leur développement compromis, leur causant ainsi des préjudices graves à long terme. « C'est le cas des enfants de 3 ans qui ont une déficience du langage et de la parole (dysphasie) et ont besoin de réadaptation pour espérer intégrer l'école. Certains se voient mis en attente pour une période pouvant dépasser 3 ans comme dans l'Outaouais et en Montérégie. Dans de telles conditions, aussi bien dire que le service n'est pas disponible. »²⁸

26. *L'Accès aux services de réadaptation en déficience physique : une solution rentable*, mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Association des établissements en réadaptation en déficience physique du Québec, septembre 2000.

27. *Ibid.*, p. 5.

28. *Idem.*

Les enfants atteints d'autisme : un laisser-faire condamnable

La situation n'est pas plus reluisante pour les enfants atteints d'autisme. Le 31 octobre 2001, les parents d'une centaine d'enfants atteints d'autisme ont déposé une demande d'intenter un recours collectif contre le gouvernement du Québec pour que leurs enfants reçoivent les services auxquels ils ont droit, comme le révèle un rapport déposé en 1996 qui reconnaît ces services comme essentiels. La Commission des droits de l'enfance et de la jeunesse s'est également jointe aux revendications de ces parents. Ces groupes reprochent au gouvernement d'avoir agi avec négligence en refusant de fournir des services adéquats aux enfants.

Mais depuis ce temps, et malgré les multiples demandes du Parti libéral du Québec pour venir en aide aux enfants autistes du Québec et à leurs parents, aucune mesure et plan d'action (prévu pour février 2002), n'a été livré par l'actuel gouvernement.

Pour les 3 769 enfants en attente de services en réadaptation physique et pour ceux atteints d'autisme, nous estimons que les services de stimulation précoce et de réadaptation sont essentiels au développement de l'enfant.

Des services de réadaptation intégrés

Nous croyons que les services de réadaptation en déficience physique constituent un maillon essentiel du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Conséquemment, dans un réseau de services intégrés, des corridors de services entre les centres hospitaliers (principaux référents d'usagers) et les différents instituts de réadaptation physique doivent être mis en place.

Cette consolidation de services favorisera l'intégration des usagers dans les programmes de réadaptation plus rapidement

après le diagnostic d'une déficience. Elle permettra de réduire non seulement les coûts pour la durée de séjour à l'hôpital, mais également les séquelles graves d'une maladie ou d'un traumatisme chez l'utilisateur.

Dans cette perspective, il faudra assurer un accès aux services de réadaptation le plus rapidement possible pour les personnes ayant une incapacité, afin de réduire ou de retarder la nécessité d'héberger ces personnes en établissement. Cette préoccupation sera intégrée dans une Politique de soins à domicile.

De plus, nous veillerons à ce qu'un continuum de services soit mis en place pour que les interventions soient faites par des équipes multidisciplinaires d'encadrement et de soutien aux usagers et à leurs familles (travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.).

Pleinement conscient des vertus de l'intervention rapide en matière de réadaptation et des besoins importants à combler, le Parti libéral du Québec agira avec célérité afin d'augmenter l'offre de services et la qualité des services de réadaptation. Dès la première année de son premier mandat, nous verrons à :

- ▶ accélérer la prestation de services de réadaptation pour toutes les clientèles touchées dans toutes les régions du Québec;**
- ▶ assurer un accès équitable aux services de réadaptation à toutes les clientèles, dans toutes les régions, et augmenter l'offre de services en faisant appel au secteur privé selon le principe précédemment énoncé des « partenaires de la santé »*;**
- ▶ mettre en place des programmes d'intervention précoce et intensive destinés aux enfants atteints de déficience physique et d'autisme;**
- ▶ mettre en place des corridors de services performants entre les centres hospitaliers (principaux référents), les CLSC et les différents instituts de réadaptation physique présents au Québec dans l'esprit d'un continuum de services;**
- ▶ intégrer les besoins de réadaptation dans sa Politique de soins à domicile afin d'améliorer l'aide fournie aux personnes vivant avec une déficience physique ou aux parents d'enfants vivant avec une déficience physique.**

* Cette mesure vise notamment à contrer l'iniquité voulant que les clientèles assurées (SAAQ, CSST) soient privilégiées.

Un problème d'équité à corriger

Dans le domaine de la réadaptation, nous avons assisté à l'émergence d'un système à *deux vitesses* par lequel les clientes assurées (SAAQ, CSST) bénéficient d'un traitement plus rapide. Cette pratique, tolérée par différentes régies régionales pendant un certain temps,²⁹ doit cesser.

Les dispositions nécessaires doivent être prises pour assurer un accès équitable aux services d'adaptation et de réadaptation à toutes les clientes.

On estime à plus de 12,9 % de la population le nombre de personnes qui auront au cours de leur vie une incapacité physique significative. Ces personnes se retrouvent souvent parmi les plus vulnérables de notre société.

Il est nécessaire de réviser la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives*³⁰ afin de revoir les pouvoirs, devoirs et moyens de l'Office des personnes handicapées, pour que celle-ci soit véritablement l'instance représentative des personnes handicapées auprès du gouvernement. La pleine participation des personnes handicapées à notre société passe par le renforcement des initiatives d'accès à l'emploi et au logement. Nous nous y emploierons.

Parce que la personne vivant avec une déficience intellectuelle a le droit à l'intégrité physique et morale, à sa dignité et à sa vie privée, nous améliorerons la réponse aux besoins de ces personnes et de leur proches, notamment en réduisant les listes d'attente, afin de permettre un accès souple et rapide aux services requis.

29. *Grâce à la SAAQ, les accidentés de la route embrayent en deuxième vitesse*, Journal de Québec, 26 novembre 2002, et *Retour en première*, Journal de Québec, 26 novembre 2002.

30. *Loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives*, Projet de loi n° 155, 13 décembre 2002.

Développer les soins palliatifs

Traiter de soins palliatifs dans le chapitre Services sociaux peut surprendre, mais qui est familier avec l'accompagnement des mourants saura qu'à cette étape, l'action médicale s'accomplit dans l'univers traditionnel des services sociaux et s'exprime en un mot : compassion.

Le concept des soins palliatifs s'est dessiné il y a une trentaine d'années, et l'on a proposé une vision humaine et respectueuse du patient en phase terminale, avec une approche couvrant les aspects médico-nursing, spirituel, pharmaceutique, social, psychologique, l'accompagnement en processus de deuil et l'intervention interdisciplinaire requise.

Puis, l'objectif s'est précisé en recherchant un meilleur contrôle des principaux symptômes organiques du patient, plus particulièrement de la douleur physique et totale, en proposant ainsi une approche globale et révisée du rôle des divers intervenants.

Afin de capter toutes les dimensions de la mission des soins palliatifs, nous croyons utile de présenter la définition de « soins palliatifs » qui est reconnue par tous, soit celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux patients atteints d'une maladie avec un pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. »

L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les patients et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant le patient et ses proches. La plupart des soins palliatifs

devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs.

Les soins palliatifs :

- soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent, ni ne retardent la mort;*
- atténuent la douleur et les autres symptômes;*
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins;*
- offrent un système de soutien pour permettre aux patients de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort. »*

Les soins palliatifs s'intéressent non seulement aux patients en général et aux aspects psychosociaux de leur maladie, mais aussi aux familles, avant et après le décès du patient, aux patients en phase terminale de maladies aiguës ou chroniques, aux sidéens, aux soins de patients hospitalisés ou à domicile et enfin aux soignants professionnels et bénévoles.

Au Québec, l'expérience vécue par la personne mourante peut souvent se présenter comme une dérive, avec des douleurs, des souffrances et de l'inconfort. Ce n'est que très rarement que l'expérience individuelle prend des allures de choix et de rythmes particuliers qui sont respectés et soutenus par une communauté soucieuse du processus de fin de vie de l'un des siens.

Dans les milieux où les connaissances sur le contrôle de la douleur et des symptômes de la douleur sont appliquées, il y a des personnes privilégiées qui bénéficient de soins de grande qualité. Dans ces circonstances, la personne est à même de réfléchir, de communiquer et d'exercer pleinement sa liberté.

Pour le malade en soins palliatifs, l'humanisation des soins veut dire une attention plus grande aux besoins proprement humains de celui qui parvient au terme de sa vie : besoin d'une présence humaine, d'une atmosphère de réconfort et de cordialité, d'écoute attentive et patiente.

Il y a donc, dans tous les milieux et dans toutes les régions, des personnes en phase palliative et terminale présentant des besoins particuliers, autant dans les domaines physiques que non physiques.

Le Rapport Lambert Lecomte, sur l'état de situation des soins palliatifs au Québec précisait d'ailleurs que :

« Nous savons que dans les prochaines années, la population du Québec vieillira massivement et que nous assisterons à une augmentation significative des décès. Or, la population du Québec n'est pas prête à traverser cette étape de son histoire. Les établissements de santé n'arrivent pas à répondre adéquatement à la demande actuelle et ne sont pas préparés à faire face à la plus grande vague de décès jamais connue à ce jour. [...] Il existe des disparités significatives dans l'accessibilité et la dispensation des soins palliatifs, selon les régions du Québec. [...] La pénurie et la mobilité des ressources médicales constituent des obstacles sérieux au soulagement de la douleur et des symptômes des malades. Les systèmes de gestion actuels ne sont pas conçus en fonction de la complexité des besoins d'information, de communication et de concertation. »³¹

Si le Québec s'est démarqué par le passé comme pionnier des soins palliatifs dans l'ensemble du Canada, on y accuse maintenant un retard significatif : « Actuellement, au Canada, plusieurs experts estiment qu'à peine 10 % des malades en phase terminale reçoivent des soins palliatifs. Au Québec, on parle de 5 à 10 % ».³² Au-delà des statistiques, « les citoyens du Québec sont inquiets. Ils font de plus en plus de liens entre

31. « Le citoyen : Une personne - Du début... à la fin », *Rapport Lambert Lecomte, sur l'état de situation des soins palliatifs au Québec*, pour l'Association québécoise des soins palliatifs, mars 2000, p. 37.

32. *Ibid.*, p. 38.

ceux qui ont des relations et des moyens, ceux qui en ont moins et ceux qui n'en ont pas, et le type de mort qui en résultera ».³³

Avec l'avancement de la science et de la technologie médicale, il est possible d'obtenir un bon contrôle de la douleur et des symptômes. Le Québec a développé des unités de soins spécifiques, des équipes de consultation se sont formées, des maisons ou institutions spécialisées se sont développées et l'éveil de la société à ce domaine se fait progressivement.

La santé est un droit universel et inaliénable. Lorsque survient la maladie grave, ce droit subsiste, y compris lorsque la maladie évolue dans sa phase terminale. L'autonomie, le pouvoir personnel bref, la liberté individuelle demeure un principe fondamental dans le processus du mourir et de la mort. Les contraintes économiques ou structurelles ne doivent pas constituer des obstacles à la manière de mourir et de traverser le deuil au Québec. Il est donc indispensable que nous jetions un regard sur l'avenir des 20 prochaines années.

Les soins palliatifs sont une réponse concrète aux besoins des individus mourants et de leurs proches. Les besoins sont déjà pressants, et le nombre de personnes en phase palliative ne fera que s'accroître dans les années à venir. Le gouvernement est responsable de « traiter les humains comme des personnes qui souffrent, qui ont peur de la mort et qui désirent surtout un accompagnement chaleureux et sécurisant. »³⁴

Les maisons³⁵ et institutions spécialisées en soins palliatifs sont davantage qu'une source d'économie pour l'État. C'est la recherche du mieux-être des personnes. Nous appuierons l'établissement de partenariats public-privé, notamment en matière de construction, d'administration et de livraison de services.

33. *Ibid.*

34. *D'une personne à l'autre*, Laurent Laplante, Revue Notre-Dame (RND), vol. 100, n° 10, novembre 2002, p. 10.

35. À titre d'exemple : *La Maison Michel Sarrazin* dans la ville de Québec et la *Résidence de soins palliatifs de l'Ouest de l'Île de Montréal*.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec reconnaîtra l'importance des soins palliatifs qui permettent à des malades de terminer leurs jours avec le minimum de souffrances, en toute dignité et dans le respect des libertés individuelles. Ainsi, un gouvernement du Parti libéral du Québec accélérera le développement des soins palliatifs, autant en milieu hospitalier, en centres de soins de longue durée qu'à domicile, et appuiera les partenariats public-privé visant la construction ou l'aménagement de maisons d'accompagnement des mourants.

Problématiques particulières

Intensifier la lutte contre la violence faite aux femmes

Le problème des femmes violentées et en difficulté heurte de front nos valeurs d'égalité et de respect. La violence conjugale est non seulement un problème social grave, mais constitue en plus un déterminant de la santé des femmes et des enfants. Selon le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale et la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, une étude « estimait que 20 % des personnes qui se présentent dans les urgences des centres hospitaliers étaient des femmes victimes de violence. »³⁶

Il faut soutenir les organismes sociaux qui viennent au secours des femmes violentées et de leurs enfants. On songe ici aux 84 maisons d'hébergement qui accueillent 8 000 femmes et 7 000 enfants par année et leur offrent un abri temporaire et sécuritaire. Ou encore aux centres de femmes, ces organismes communautaires qui font de la prévention et soutiennent les femmes en difficulté et aux prises avec des problèmes de santé mentale, de violence et de lutte à la pauvreté. Leur situation financière est difficile. Depuis 1995, les sommes promises et investies ne suffisent pas à assurer des maisons d'hébergement qui répondent aux besoins de leur clientèle. Il en va de même pour les subsides accordés aux centres de femmes.

36. *Réunir nos efforts pour diminuer l'incidence de la VIOLENCE CONJUGALE*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale et Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, février 2000, p. 11.

**Un gouvernement du Parti libéral
du Québec accroîtra le soutien aux
maisons d'hébergement pour femmes
violentes et aux différents organismes
venant en aide aux femmes victimes
d'abus et à leurs enfants.**

Alcoolisme et toxicomanie

Le domaine de la toxicomanie et de l'alcoolisme regorge de ressources exceptionnelles qui ont fait du système de santé et de services sociaux du Québec un modèle envié de plusieurs. Ces artisans, ces professionnels et ces intervenants bénévoles accomplissent, bien souvent dans l'ombre, des « miracles ».

Depuis 1989, le Québec possède un groupe de travail sur la lutte contre les drogues, sous la dénomination sociale de « Comité permanent de lutte à la toxicomanie » (CPLT). Rattaché au ministre de la Santé et des Services sociaux, ce Comité a comme mandat de procéder chaque année à l'analyse de la situation générale qui prévaut au Québec dans le domaine de la toxicomanie, de formuler des avis et de proposer des priorités d'action sur des orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux impliqués dans une perspective de santé publique. Le dernier rapport déposé par le CPLT au ministre de la Santé et des Services sociaux remonte à mars 2002³⁷.

On y constate avant tout que le Québec est bien pourvu de services spécialisés en réhabilitation des toxicomanes. Ces services se concentrent sur des services de désintoxication et de réadaptation, mais agissent très peu en matière de réinsertion et de réintégration. Et pourtant, les clientèles fréquentant ces centres présentent des carences alarmantes sur le plan de la réalité socioprofessionnelle. L'explication de ces carences tient au fait que les compétences requises pour réintégrer la vie sociale et professionnelle sont plus exigeantes aujourd'hui que ne l'étaient celles d'autrefois. Les personnes toxicomanes présentant donc bien souvent des lacunes relationnelles nécessitent donc des services adaptés de nature socioprofessionnelle, sociocommunautaire ou psychorelationnelle.

37. *La réinsertion sociale en toxicomanie : Une voie à découvrir?*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, mars 2002.

Notre feuille de route est donc toute tracée : il faut agir de façon concertée, autant entre les divers intervenants que face à ce grave problème qui doit être perçu, approché et solutionné de façon globale. Il faut agir autant en amont, sur la prévention et la détection de situations potentiellement porteuses de problèmes, qu'en aval sur les dimensions de réinsertion et de réintégration. En nous basant sur les conclusions du rapport du CPLT, il sera possible d'ancrer notre action à la dimension concrète de la toxicomanie et de l'orchestrer en fonction des besoins réels de cette clientèle à risque.

Ce rapport nous offre aussi des informations et des données concernant les problèmes liés à l'usage et à l'abus de substance psychoactives. Ces informations et ces données sont plutôt étonnantes et nous questionnent grandement sur les mesures et actions qui doivent être privilégiées. Pour les fins de notre document, nous limiterons notre propos aux principaux constats issus des données de recherche de ce Comité³⁸.

La consommation d'alcool et de marijuana a augmenté de manière significative entre 1992-93 et 1998 chez les jeunes (15-24 ans) du Québec.³⁹ En fait, le nombre de consommateurs de marijuana a presque doublé, passant de 15,0 à 25,9 %. « L'augmentation de jeunes qui consomment de la marijuana est responsable, presque à elle seule, de l'augmentation du nombre de consommateurs de drogue en général. »⁴⁰ Quant à la consommation d'alcool, « le nombre de jeunes de tous les âges qui rapportent une consommation élevée ou abusive a augmenté entre 1992-1993 et 1998 et a atteint des niveaux inquiétants, environ 1 jeune sur 4. »⁴¹

38. *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : Constatations, comparaisons et pistes d'explications*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Frank Vitaro, Catherine Gosselin, Alain Girard, février 2002

39. *Ibid.*, p. 53.

40. *Ibid.*

41. *Ibid.*

Le Comité observe également que le nombre de jeunes qui consomment des drogues autres que la marijuana pourrait augmenter au cours des prochaines années en raison de la popularité croissante de nouvelles drogues perçues comme étant « sans danger » comme *l'ecstasy*.

En conclusion, le Comité avance même que « rien ne semble indiquer que la tendance à la hausse au chapitre de la consommation d'alcool, de marijuana et, à un degré moindre des autres drogues depuis le début des années 90 se résorbera ou plafonnera bientôt. »⁴²

Dans le but d'inverser cette tendance à la hausse, nous reconnaissons « l'urgence d'une mobilisation des forces socio-éducatives, légales et politiques »⁴³.

Une grande partie de la clientèle qui fréquente les centres de réadaptation se situe dans une zone de vulnérabilité et de « désaffiliation. »⁴⁴ Dans un tel état, l'individu « est en perte de repères et s'éloigne de ce qui constitue ses liens d'attachement avec son milieu social. »⁴⁵ Concrètement, cela signifie que cette personne n'aura pas de travail ou entretiendra des liens précaires face à l'emploi, présentera une fragilité relationnelle et pourra même vivre de l'isolement social.

Les besoins de ces personnes sont multiples et variés et se révèlent dans toutes les sphères de leur vie. Il peut s'agir de développer l'autonomie et la confiance en soi, de consolider les compétences sur le plan de la communication et des relations sociales, de développer un réseau social et de développer des habiletés au travail, etc.

42. *Ibid.*, p. 56.

43. *Ibid.*

44. *Op. cit.*, note 129, p. 9.

45. *Idem.*

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mobilisera les agents socio-éducateurs, légaux et politiques, et soutiendra les organismes venant en aide aux personnes toxicomanes. Il augmentera le soutien à ces organismes, notamment en leur destinant une partie des budgets publicitaires de la Société des alcools du Québec et de Loto-Québec.

Joueurs compulsifs

De 1994 à 2002, les revenus de Loto-Québec ont plus que doublé, passant de 1,6 à 3,6 milliards de dollars. Les jeux, indéniablement lucratifs, ne sont pourtant pas aussi inoffensifs qu'ils le paraissent. Au cours des dernières années, il y a eu une prolifération importante des jeux de hasard et des loteries au Québec. Force est de constater que les Québécois y ont pris goût et participent de plus en plus à diverses formes de jeux de hasard. Tant que le jeu demeure un jeu, on peut s'y amuser. Malheureusement, certaines personnes sont à risque et en sept ans, la proportion de joueurs compulsifs a plus que doublé. Ce drame humain touche autant les adultes que les jeunes.

Les intervenants et les indices se multiplient pour sonner l'alarme. Le travail et les finances personnelles puis la famille sont affectés par les conséquences du jeu pathologique sur l'individu touché : dépression, problème de toxicomanie, d'alcoolisme, voire même le suicide. Le Bureau du coroner a d'ailleurs répertorié au cours des quatre dernières années un nombre alarmant de suicides liés au jeu. C'est d'ailleurs à la suite d'une enquête sur l'un d'eux que le coroner Michel Ferland a pressé Loto-Québec d'avertir la population que le danger du suicide croît avec l'usage et a recommandé à la société d'État « qu'elle installe à l'intérieur de tous les casinos, à la vue du public, des affiches ayant des messages sur les méfaits des jeux de hasard et ses dangers inhérents et sur lesquelles sera inscrit le numéro de téléphone de la ligne d'écoute de référence ».

En juin 2000, le Vérificateur général du Québec déposait un rapport dans lequel il brossait un portrait accablant de la gestion des répercussions économiques et sociales liées aux jeux de hasard et d'argent.⁴⁶ La Protectrice du citoyen a, quant à elle, inscrit le jeu pathologique dans sa liste de sujets

46. *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001*, Vérificateur général du Québec.

de préoccupations. Elle se dit inquiète du « rôle qu'assument ou devraient assumer les autorités gouvernementales à ce sujet. »⁴⁷ Elle a aussi suggéré dernièrement de fixer un plafond aux profits de Loto-Québec et de confier la prévention, la recherche et l'information aux risques du jeu à un organisme indépendant de Loto-Québec. Puisque cette société d'État fait la mise en marché des casinos, des appareils de loterie-vidéo et des billets de loterie, elle sera toujours perçue comme étant en conflit d'intérêts, quels que soient les efforts qu'elle déploie.

Plusieurs en effet s'interrogent sur les questions d'éthique et les politiques qui s'appliquent à ce monopole d'État qui dépense à chaque année près de 22 millions de dollars en promotion et publicité (après avoir subi la réduction de 10 % annoncée en mai 2001) pour inciter les gens à consommer ou même à surconsommer des produits de loteries.

En septembre 2000, deux commissions parlementaires, la Commission de l'administration publique et la Commission des finances publiques, ont étudié les activités de Loto-Québec notamment en abordant la question des jeux de hasard.

Depuis plus d'un an, le gouvernement du Parti Québécois affirme qu'il s'inquiète des problèmes sociaux causés par le jeu. Toutefois, jusqu'à maintenant, le geste n'a pas suivi la parole. Trop peu a été fait pour limiter les ravages du jeu pathologique. Certes, le gouvernement a mandaté trois ministres pour annoncer que le nombre d'appareils de loterie-vidéo passerait de 15 300 à 14 300 d'ici trois ans... mais ce retrait n'affecterait que les machines les moins rentables du réseau, c'est-à-dire celles qui sont les moins utilisées par les joueurs!

La volonté réelle du gouvernement péquiste de contrer le problème du jeu pathologique est douteuse : d'une main, il offre un Forum sur le jeu pathologique et de l'autre, il défend un investissement de 200 millions de dollars pour moderniser ses appareils de loterie vidéo.

47. Le Soleil, 4 mai 2001.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec stoppera le développement des jeux de hasard et engagera une discussion de fond sur le jeu et son impact au Québec afin de dégager des orientations correspondant à la volonté des citoyens. Plus précisément, nous verrons, dès la première année de notre premier mandat à :

- ▮ imposer un moratoire sur le développement de tous nouveaux produits et marchés de jeux de hasard;**
- ▮ lancer un large débat sur les valeurs, les impacts et les questions éthiques soulevées par la promotion des jeux de hasard et le rôle que joue Loto-Québec dans la société québécoise;**
- ▮ rendre indépendantes de Loto-Québec toutes les activités liées à la prévention des effets néfastes des jeux de hasard et à l'intervention thérapeutique auprès des joueurs compulsifs.**

Le jeu pathologique peut avoir de nombreuses conséquences très graves, des répercussions sur la santé et le comportement social de la personne au point où certains joueurs tombent dans la criminalité pour assouvir leur dépendance au jeu.

Le jeu doit être considéré comme une question de santé publique étant donné la croissance des taux de prévalence du jeu pathologique et des impacts négatifs que les problèmes du jeu ont sur les joueurs et leur entourage.

L'action communautaire

L'action communautaire est une partie de la réponse à ces problématiques particulières. Les organismes communautaires sont profondément enracinés dans leur milieu. Ils offrent des services d'écoute, de dépannage, d'entraide, de défense des droits, d'hébergement pour femmes violentées, de soutien dans la communauté, de réhabilitation, d'aide à domicile, de désintoxication, etc. Ces organismes communautaires sont l'expression de la solidarité et de l'entraide; ils permettent à notre système de santé et de services sociaux de s'auréoler de compassion.

Ces organismes contribuent de manière significative à notre qualité de vie collective, et leur nombre s'accroît rapidement. Ainsi au Québec, en 2002, l'action communautaire regroupait près de 8 000 de ces organismes communautaires⁴⁸ qui font preuve d'initiative et de créativité pour répondre aux besoins de la population des communautés qu'ils desservent.

Ces organismes communautaires et entreprises d'économie sociale sont devenues avec le temps une force inestimable d'aide et une valeur ajoutée pour la société et l'État québécois. Ces organismes autonomes sont devenus indispensables à notre système public de santé et de services sociaux.

48. *Rapport annuel de gestion 2001-2002*, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, octobre 2002, p. 5.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec reconnaîtra la contribution exceptionnelle qu'apportent les organismes communautaires au système public de santé et de services sociaux. Il appuiera leur intervention.

La stabilisation du financement de ces organismes communautaires autonomes est une condition au maintien de leur qualité de services. Nous devons offrir à ces organismes qui jouent un rôle fondamental dans l'amélioration de la qualité de vie et de bien-être de la population un financement stable et adéquat. En vertu du principe de saine gestion publique qu'est la transparence, nous demanderons à ces organismes, en contrepartie, une gestion transparente et imputable.

Enfin, pour une meilleure efficacité de gestion et de résultats sur la clientèle de ces organismes communautaires, nous favoriserons l'intersectorialité (notamment avec les ministères Emploi-Québec, de la Solidarité sociale et de la Santé et Services sociaux), par la mise en place d'une meilleure adéquation entre les différents programmes auxquels ces organismes doivent bien souvent se conformer afin de réussir à livrer l'ensemble des services qu'ils offrent.

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour le mieux-être de la population

L'action en amont de la maladie et la responsabilisation des citoyens face à leur santé sont les meilleurs moyens de freiner la croissance des coûts et d'améliorer la qualité de vie des Québécois

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, les projecteurs sont braqués sur les difficultés que connaît le système de santé. Nous avons une perception curative de la santé : soigner. Pourtant, ce sont essentiellement des mesures préventives et une connaissance accrue des déterminants de la santé qui ont permis une formidable progression de la longévité des populations occidentales au xx^e siècle.

Il faut réactualiser l'action préventive et associer la collectivité à l'amélioration de sa propre santé.

Remettre la santé publique à l'agenda

« L'approche de la santé publique se traduit par une action sur les facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population et de groupes de personnes en particulier. Cette approche se caractérise par des actions qui sont précoces, se situant la plupart du temps avant que ne surviennent les problèmes relatifs à la santé ou au bien-être. »¹

Cette vision traduit bien l'origine des différentes fonctions de la santé publique, établies dans la *Loi sur la santé publique*² : prévention, protection, surveillance et promotion. Globalement, ces fonctions permettent d'évaluer la santé de la population ; de recueillir les données sur les déterminants de la santé ; d'informer la population et les différents organismes ; d'influencer les déterminants de la santé et de promouvoir de saines habitudes de vie pour que les individus puissent agir sur leur propre santé et améliorer leurs conditions et modes de vie, etc.

On comprend bien que l'état de santé des individus procède de l'interaction entre les déterminants qui sont notamment biologiques, environnementaux, sociaux, et qui agissent tant sur ces individus que sur les communautés et les familles.

Les systèmes de soins de santé ne sont que l'un des déterminants de la santé parmi plusieurs autres. Des travaux de l'OCDE rappellent que les dépenses de soins n'expliquent que 20 % des différences de mortalité entre les pays.³ Il importe de bien comprendre que la responsabilité de l'État de garantir des soins équitables à la population est concomitante à une autre responsabilité qui est de favoriser le développement des personnes.

1. Programme national de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2002, p. 3.

2. *Loi sur la Santé Publique*, L.R.Q. ch. S-2.2.

3. OCDE, 1990, *Les systèmes de santé*, Paris, OCDE.

L'enjeu est surtout de bien comprendre à la fois l'importance des soins et des actions complémentaires en faveur du mieux-être des personnes.

Les services de santé ont certes leur dynamique propre de demande et d'offre, mais elle n'est pas indépendante du contexte économique et social général. La période récente a d'ailleurs plutôt amené, malgré les progrès de la médecine, à relativiser l'impact du seul système sanitaire sur la santé et le mieux-être de la population. Les difficultés économiques et sociales ont rappelé à quel point les déterminants sociaux de la santé sont importants.

Les besoins et la demande de soins vont évoluer sous l'effet de plusieurs facteurs. En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait une *Politique de la santé et du bien-être*.⁴

La mise en œuvre de cette *Politique* s'est bien amorcée, et les acteurs locaux et régionaux se sont bien mobilisés sur le choix des priorités régionales, mais l'annonce de compressions budgétaires par le gouvernement a obligé les autorités ministérielles à imposer le Défi qualité-performance. Ce dernier relègue à l'arrière-plan la *Politique de santé et du bien-être*, tous les efforts étant dès lors consacrés à la transformation du réseau de services. À partir de cet instant, le processus de mise en œuvre de la *Politique* a été sérieusement compromis et les résultats observés sont mitigés.⁵

La *Politique* privilégiait l'action sur les facteurs déterminants de la santé. En fait, considérer la santé comme résultant de l'interaction de l'individu et de son environnement implique que l'on accorde une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, 2^e trimestre 1992, Bibliothèque du Québec.

5. Conseil de la santé et du bien-être, *Pour une stratégie du Québec en santé, Décider et agir*, Bibliothèque nationale du Québec, 2002, p. 13.

Une action concertée impliquant différents secteurs de la société peut permettre d'améliorer la santé et le mieux-être. Sinon, des écarts de santé importants entre les groupes s'élargissent. Par exemple :

- ▀ « L'espérance de vie augmente du groupe de revenu le plus faible au plus élevé et, entre les catégories extrêmes, l'écart atteint 6,6 ans chez les hommes et 3,6 ans chez les femmes.
- ▀ Selon le lieu de résidence, les différences dans l'espérance de vie sont encore plus frappantes : 13,5 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes, entre les territoires de CLSC ayant les valeurs les plus élevées et les plus faibles (la sous-région la moins favorisée). »⁶

Ces disparités géographiques et socioéconomiques ne sont pas les seuls facteurs pouvant entraîner un certain cli-vage. Le rapport de la Commission Clair soulignait : « ... les besoins en matière de logement devront aussi être considérés de même que le rôle primordial du cadre de vie, qui détermine la capacité des aînés à conserver leur autonomie et un mode de vie actif et qui, dans les faits, sont essentiels pour réduire les incapacités. »⁷

On remarque que les inégalités sociales en regard de l'accès à l'éducation, de la participation à la vie économique, les inégalités de richesse et de revenus, etc. peuvent constituer des déterminants pouvant créer des écarts de santé importants entre différents groupes d'individus.

6. *La santé urbaine - une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002, p. 38.

7. *Rapport et recommandations - Les solutions émergentes*- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, gouvernement du Québec, 2000, p. 14-15.

La réduction de ces écarts passe certes par des actions pour améliorer l'accès réel aux services pour les personnes malades, mais encore plus par des actions réalisées le plus près possible de l'origine des problèmes.

Ces approches ne peuvent être efficaces que par des actions concertées avec les autres secteurs d'activités, puisque les décisions et programmes qui en proviennent influencent la santé de la population.

L'engagement du gouvernement doit être accompagné d'une ouverture et d'un soutien aux initiatives des milieux. Cela implique nécessairement de la cohérence dans ses actions.

Dans cette perspective, le dernier rapport du Conseil de la santé et du bien-être, soulignait que le gouvernement devait considérer la *Politique de santé et du bien-être* comme l'un des éléments constitutifs d'un projet gouvernemental d'ensemble, quant au développement économique et social.

« Étant donné l'importance des déterminants de la santé, autres que les soins et services et de leurs impacts sur la santé et l'organisation des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut assumer seul le plan gouvernemental, la responsabilité et l'imputabilité globales de la santé de la population. La Commission estime qu'elles incombent d'abord au gouvernement du Québec ».⁸

8. Cf. Commission Clair, p. 35.

Puisque l'action gouvernementale a inévitablement des impacts sur les déterminants de la santé, il importe pour le gouvernement de connaître le mieux possible ces répercussions avant de prendre une décision. Un gouvernement du Parti libéral du Québec confiera, à un futur commissaire à la santé, le mandat de superviser des études d'impacts effectuées par les autorités compétentes sur des décisions gouvernementales susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population.

La prévention

Favoriser une responsabilisation

Tout en reconnaissant sa responsabilité globale face à la santé de la population, le gouvernement doit reconnaître les limites de son action en matière de prévention. Par exemple, le gouvernement peut financer la lutte au tabagisme, mais ne peut forcer un individu à cesser de fumer. C'est ainsi que l'action du gouvernement en matière de prévention doit avoir pour but premier de faciliter la responsabilisation des individus.

Il importe de voir à ce que chacun des acteurs du réseau intègre une approche de prévention et de promotion de la santé dans leur travail et leurs actions. Il s'agit d'ailleurs d'une des principales recommandations du Conseil de la santé et du bien-être.⁹

Un programme de mise en forme

Sans négliger la nécessité de poursuivre ou d'entreprendre des actions préventives à l'égard de grands facteurs de risque (violence, suicide, cancer...), nous devons agir pour diminuer l'incidence de la sédentarité et des mauvaises habitudes alimentaires, cela par un programme de mise en forme. Le phénomène de l'obésité et du surplus de poids prend de l'ampleur au Québec; les Québécoises et les Québécois sont de plus en plus sédentaires. Il est maintenant acquis que certaines maladies sont liées au surplus de poids et que l'État

9. Conseil de la santé et du bien-être, Avis pour une stratégie du Québec en santé, mai 2002, p. 12.

devrait s'en occuper prioritairement, ne serait-ce qu'en raison du coût engendré par ces maladies à moyen et long termes.

Selon « le portrait de santé » du Québec publié en 2001 par l'Institut national de santé publique, 41 % des hommes de 45 à 64 ans et 31 % des femmes du même groupe d'âge se situent dans la zone d'excès de poids.¹⁰ Pour l'ensemble des Québécois de 20 à 64 ans, 29 % se situent dans la zone d'excès de poids.

Chez les enfants, le portrait n'est pas plus rose. Selon une étude menée par la direction de la Santé publique de Montréal-Centre, le taux d'obésité au sein d'un groupe de jeunes de 9 à 12 ans, dans 24 écoles primaires de Montréal, aurait atteint le seuil des 19,9 %. Cinq ans plus tôt, en 1993, ce taux était de 15,9 %¹¹.

Ce portrait de santé du Québec ne démontre pas seulement que les Québécoises et Québécois sont de plus en plus gros, ils sont aussi de plus en plus sédentaires. Selon une enquête de l'Institut national de la santé publique, menée conjointement avec l'Institut de la statistique et Kino-Québec, à peine un Québécois sur deux pratique une activité physique trois fois par semaine. Mais surtout, l'étude révèle que la population québécoise était moins active en 1998 qu'en 1993.¹²

En sus des problèmes sociaux et humains associés à ces phénomènes de surplus de poids et de sédentarité, il nous faut considérer les coûts importants qu'ils engendrent à moyen et long termes. De fait, on associe maintenant le diabète de type 2, les

10. Institut national de la santé publique, le Portrait de santé, Édition 2001, pages 266 et 227. L'excès de poids est défini à partir d'un indice de masse corporelle dérivé du rapport entre le poids et le carré de la taille en fonction de seuil différent selon le groupe d'âge. Cette définition correspond à celle de très nombreux chercheurs et à celle de l'organisation mondiale de la santé.

11. Trop Oisifs, les jeunes, la Presse, 30 janvier 2002, page E-3.

12. Institut national de santé publique, Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé, 1998, 21 juin 2002.

troubles de cholestérol, l'hypertension et les risques de maladie cardiovasculaire à l'obésité.

Ces problèmes de santé sont coûteux. En 2001, un groupe de recherches estimait les coûts de l'obésité au Québec à 1,5 milliard soit 1 % du PIB en raison des décès prématurés, des pertes de journée de maladie et des coûts liés à ces maladies pour le réseau de santé québécois que l'on évaluait à 5 % des dépenses totales de santé.¹³

13. Genuine Progress Index, Overweigh rades double in Quebec, GPI Atlantic 2002.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec fera, de la prévention des maladies et de la promotion de saines habitudes de vie, une priorité. Il associera l'ensemble de la population à une plus grande conscientisation des déterminants de la santé. Plus précisément, nous verrons à :

- ▶ favoriser la responsabilisation de tous les citoyens, incluant les citoyens corporatifs (les entreprises), face au mieux-être de la population ;**
- ▶ décloisonner l'action préventive en associant toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux à l'action préventive et à la promotion de saines habitudes de vie ;**
- ▶ mettre en place un programme de mise en forme pour lutter contre la sédentarité et l'obésité, notamment à l'école ;**
- ▶ faire une campagne publique de promotion de l'activité physique et de ses bienfaits afin d'attaquer la sédentarité avec la même détermination que l'alcool au volant ;**
- ▶ améliorer l'étiquetage des aliments pour que les Québécois soient davantage informés de la valeur nutritionnelle des aliments qu'ils consomment.**

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour renforcer les droits des citoyens et améliorer le processus décisionnel

**Notre système de santé vit plus grave
qu'une crise organisationnelle.
Il vit une crise de confiance. Il faut
redonner confiance aux citoyens.**

L'influence du citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux a été graduellement diluée dans des impératifs tantôt financiers, tantôt politiques, qui ont opacifié la gestion du réseau, éloigné le citoyen de la prise de décision, sclérosé le fonctionnement du réseau, restreint les services offerts pour finalement miner la confiance des citoyens.

LE Parti libéral du Québec entend agir de façon très concrète pour garantir de meilleurs services aux citoyens, pour augmenter les recours des citoyens et pour accroître sa propre imputabilité et celle de tous les administrateurs du réseau face aux citoyens. À terme, le réseau de la santé sera plus souple et plus transparent, et le citoyen en sera non seulement le bénéficiaire, mais le patron.

Une charte des droits et des responsabilités du patient

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹ établit divers droits relatifs aux services de santé et aux services sociaux. Notamment, toute personne a le droit :

- ▮ d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu ;
- ▮ de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée ;
- ▮ de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé.

Mais cette loi recèle des limites dans son application et n'a pas empêché l'entrée en vigueur de décisions qui ont eu pour impact de réduire la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services offerts à plusieurs clientèles au cours des dernières années.

Nous croyons que pour rétablir la confiance du citoyen et redonner de la crédibilité à notre système de santé et de services sociaux, il nous faut offrir une protection, une garantie pour que les droits à la santé, incluant un droit à des soins sans délais indus, puissent être reconnus. Pour que l'on puisse également détenir des éléments permettant d'observer et d'évaluer la performance et les résultats de notre système de santé et de services sociaux.

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1991, L.R.Q. ch. S-4.2.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, afin de garantir des services de santé et des services sociaux de qualité, créera, dès la première année de son premier mandat, la Charte des droits et responsabilités du patient.

Cette Charte garantira le droit :

- ▶ à des soins de qualité à l'intérieur des délais médicalement requis;**
- ▶ à l'accessibilité et à la continuité de soins;**
- ▶ à l'information;**
- ▶ à la dignité, au respect, à la liberté;**
- ▶ à l'information sur :**
 - la responsabilité de l'État de créer des conditions favorables à la santé par l'ensemble de ses actions et décisions;**
 - les valeurs qui sont à la base d'un nouveau modèle de gestion du système.**

Cette Charte établira que l'État, unique payeur et assureur des services de santé et services sociaux, est responsable de l'accessibilité de ces services dans des temps opportuns. Son entrée en vigueur entraînera notamment :

- des changements en ce qui a trait à la prise de décisions pour s'adapter aux besoins particuliers de chaque région et forcera le gouvernement à trouver les ressources au système de santé, afin de respecter les droits consentis;²**
- la mise en place d'un mode de gestion et de coordination des listes d'attente axé sur les besoins. Ce mode de gestion permettra de déterminer le genre et la quantité des différentes ressources nécessaires, que ce soit de l'argent, de l'équipement ou des fournisseurs de soins. Pour ce, il faudra que notre système de services de santé puisse constituer une base de données précises sur les listes d'attente, ce qui nécessitera l'amélioration des systèmes d'information de nos différents fournisseurs.³**

2. Margaret Smith, *Charte des droits des patients – un aperçu comparatif*, Bibliothèque du Parlement du Canada, Division du droit et du gouvernement, 4 février 2002, p. 13.

3. Avec une intégration des services de santé et de services sociaux de plus en plus grande, la Vérificatrice générale a constaté que la performance de ces services est tributaire de la capacité de ses divers acteurs d'accéder à des informations ainsi qu'à des connaissances et à se les échanger. Par ailleurs, la Vérificatrice générale constate « des lacunes significatives » dans la gestion des ressources informationnelles dans le réseau de la santé qui consacre 230 millions de dollars par année à ces activités. *Rapport de l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002*, Vérificateur général du Québec, p. 112.

Améliorer le processus décisionnel et l'imputabilité

La Charte des droits et des responsabilités du patient est non seulement une protection pour les usagers, mais elle certifie la cohérence et la continuité de l'ensemble des actions que le gouvernement du Parti libéral du Québec posera.

Ce faisant, un gouvernement du Parti libéral du Québec s'engagera à rendre des comptes à la population sur l'impact de ses décisions. Cette imputabilité accrue se manifestera à tous les niveaux décisionnels, dans tous les établissements, dans toutes les régions. Elle s'incarnera dans l'établissement du mandat du Commissaire à la santé.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, afin d'assurer l'application de la Charte des droits et responsabilités du patient, établira le mandat du Commissaire à la santé et lui donnera l'indépendance et les outils requis pour assurer une pleine défense des droits des citoyens au sein du réseau de la santé et des services sociaux. L'établissement du mandat du Commissaire à la santé impliquera notamment que :

- il recevra et examinera les plaintes des usagers en regard de tous les droits qui leur sont garantis par la Charte, incluant le respect des délais d'accès;**
- il disposera de moyens, de l'autorité morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement de services;**
- le bureau du Commissaire à la santé sera composé de spécialistes hautement crédibles provenant de diverses sphères du milieu, qui sauront éclairer le gouvernement dans les choix scientifiques, éthiques, technologiques, économiques, sociaux et de santé publique qui doivent être faits;**

- ▶ **son regard pourra se porter sur tous les établissements du réseau, tous les partenaires du réseau, incluant la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);**
- ▶ **il fera rapport à la population chaque année, par le biais de l'Assemblée nationale, sur la performance du système et sur l'utilisation des sommes consacrées à la santé;**
- ▶ **il fera des recommandations au gouvernement sur les choix en matière de services de santé et de services sociaux et fournira les données permettant la mesure de l'accomplissement des engagements et de l'imputabilité de l'État;**
- ▶ **il agira en totale indépendance du gouvernement;**
- ▶ **il intégrera les fonctions actuellement dévolues au Protecteur des usagers et à l'agence de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.**

Le Commissaire à la santé est aussi une réponse aux appels à une dépolitisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ces appels ont tantôt fait référence à un « Hydro-Québec de la santé », à une agence nationale de la santé. Dans l'esprit des recommandations de la Commission Clair, ce Commissaire, nommé par l'Assemblée nationale et donc indépendant du gouvernement, disposera de l'autorité morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services.

En outre, le Commissaire aidera à la prise de décision et à la transparence de la gestion en informant en même temps le gouvernement et la population des implications des actions envisagées.

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour moderniser le réseau de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux a vieilli; plusieurs de ses infrastructures sont désuètes. Il faut restaurer, rénover, remettre à jour.

La capacité du réseau de la santé et des services sociaux à répondre aux besoins des Québécois dépend aussi de la qualité des infrastructures. Des unités d'hôpitaux fermées pour cause de moisissures, des reports d'examens pour cause de bris d'équipement, des diagnostics erronés à cause d'une technologie désuète...

DANS la remise sur pied de notre système public de santé et de services sociaux, le Parti libéral du Québec remettra à niveau les infrastructures et les équipements technologiques, autant pour améliorer les services à la population que pour constituer un environnement de travail sécuritaire et adéquat pour les employés.

Ressources

Les ressources informationnelles

Aussi bien les patients que les professionnels ou les gestionnaires de la santé et des services sociaux, tous ont beaucoup à gagner de l'utilisation de systèmes d'information performants. Mais ces systèmes seront, comme le souligne M. Jean-Guy Lacroix, « ... inutiles s'ils ne s'accompagnent pas, entre autres, d'un changement de philosophie dans l'organisation du travail. Il faut bien se mettre dans la tête que les TIC (technologies de l'information et des communications) sont des moyens complémentaires et non substitutifs au travail médical. »¹ *L'autoroute de l'information sociosanitaire* doit donc être vue et conçue comme un appui à une prestation de services efficiente et de qualité. Son essor doit par ailleurs se faire avec un souci élevé de la protection de la vie privée et des données confidentielles concernant les usagers.

À l'heure actuelle, tous conviennent que les ressources informationnelles² ne sont pas utilisées de façon optimale dans le réseau de la santé et des services sociaux. Tous conviennent également des principales lacunes qui empêchent une utilisation efficiente des ressources informationnelles : absence de planification, absence de normes ou de règles du jeu encadrant les investissements financés par le réseau ou par des tiers, absence de mécanismes d'évaluation des résultats, etc. Dans chaque région, dans chaque établissement, les décideurs prennent les meilleures décisions qu'ils peuvent...

1. *Ibid.*, p. 13.

2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., C S-4.2 et *Politique québécoise de l'autoroute de l'information : agir autrement*, gouvernement du Québec, 1998.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec mettra en place un plan d'organisation des ressources informationnelles fondé sur une vision cohérente des besoins du réseau, des établissements, du personnel soignant et des patients, de façon à faire passer le réseau informationnel de santé du stade des approximations à celui des réalisations coordonnées.

Les technologies de l'information devront par ailleurs permettre la mise en réseau des hôpitaux, des cliniques médicales, des CLSC et des CHSLD.

Les équipements médicaux

Le rapport Clair a fait état du manque de planification en matière d'équipements médicaux. Selon le Rapport, le réseau de la santé et des services sociaux prend un retard considérable à cet égard. Et il n'est pas seul à faire ces constats : le Vérificateur général du Québec, dans son rapport de juin 2001, a servi un blâme très sévère au gouvernement en parlant de « laxisme » dans l'application des normes qui régissent la qualité et la sécurité des appareils de type mammographe, échographe et imagerie par résonance magnétique. Le Vérificateur général va plus loin en spécifiant que « ce sont les appareils de radiographie de base (radiographie et radioscopie), avec lesquels la plupart des examens diagnostiques sont réalisés, qui affichent la vétusté la plus prononcée. »³ En plus de la vétusté de ces appareils, le Vérificateur s'inquiète et s'interroge sur les normes de contrôle et d'inspection auxquelles ces appareils sont soumis. La durée de vie de ces appareils ne semble pas être la même selon que l'on provienne du Ministère (9 à 18 ans) ou que l'on soit de l'Association canadienne des radiologistes (6 à 10 ans). Pire encore, toujours selon le Vérificateur général, « le Ministère ne dispose pas d'inventaire détaillé du parc. Il connaît approximativement sa valeur, mais il n'est pas en mesure d'en évaluer la vétusté. »⁴

Le manque d'équipement contribue à l'allongement des listes d'attente, tandis que l'utilisation d'appareils désuets peut nuire à la précision des diagnostics et conduire conséquemment à l'adoption d'un mauvais traitement. L'enjeu des technologies médicales est donc sérieux. C'est aussi un domaine de préoccupation où le problème de l'équité interrégionale se pose de façon aiguë. Les disparités entre les régions sont énormes et les difficultés multiples.

3. *Rapport à L'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001*, tome I, Vérificateur général du Québec, juin 2001, p. 133.

4. *Ibid.*, p. 130.

L'exemple de la Côte-Nord est éloquent. Cette région détient le record de la plus longue liste d'attente en médecine nucléaire. En janvier 2003, on apprenait que « ... deux caméras gamma essentielles pour certains examens ne pourront plus être utilisées ni à Sept-Îles ni à Baie-Comeau. Le contrat de services ne sera plus renouvelable, les pièces sont inexistantes et, la compagnie ayant fermé ses portes, les assurances refuseront de couvrir les professionnels qui les utiliseront. Ces caméras qui ont une durée de vie de 7 à 8 ans, ont été achetées en 1991-1992. »⁵

Avec l'accord de février 2003 entre les provinces et le gouvernement canadien, le prochain budget fédéral créera un Fonds pour l'achat d'équipements diagnostiques et médicaux. On doit toutefois se rappeler que l'achat de l'appareil de résonance magnétique ou de quelque autre équipement médical sophistiqué demande également de prévoir des sommes en immobilisation pour l'aménagement des locaux ainsi qu'un budget de fonctionnement.

L'accès de la population à des services diagnostiques et à des équipements technologiques de pointe et de qualité est une priorité. Nous ne tolérerons pas que des Québécoises et des Québécois subissent des traitements non adéquats en raison de la vétusté d'appareils qui n'ont pas fait l'objet d'évaluation et d'inspection.

Les médecins et le personnel soignant doivent pouvoir utiliser efficacement une technologie de qualité lorsqu'ils ont à diagnostiquer et traiter leurs patients.

5. Dr François Lamoureux, président de l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire, *Médecine nucléaire - La Côte-Nord*, n° 1 de l'attente, Le Soleil, 15 janvier 2003.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec, dans les premiers six mois de son premier mandat, dressera un inventaire du parc technologique, incluant l'évaluation de la qualité de cette technologie.

Cet inventaire servira de guide à l'établissement d'un programme majeur d'investissement dans les technologies médicales.

Immobilisation

Vétusté des immobilisations

La situation des immeubles du réseau de la santé et des services sociaux ne diffère pas vraiment de celle des équipements technologiques. La gestion des immeubles désole non seulement les employés qui y travaillent ou les patients qui y séjournent, mais aussi le Vérificateur général du Québec. Il a remis une « note d'échec » au gouvernement pour la planification, l'entretien et la gestion des immeubles du réseau. Il souligne qu'au cours des cinq dernières années, le gouvernement n'a investi que 550 millions de dollars dans les immeubles, soit seulement 6,6 % de leur valeur de remplacement.

Considérant l'importance et la gravité des informations contenues dans un autre *Rapport du Vérificateur général du Québec*⁶, il n'est pas inutile d'en rappeler les principaux éléments :

- ▮ Le Ministère et les régies régionales n'ont pas élaboré de critères pour classer les projets et pour établir les travaux immobiliers prioritaires.
- ▮ Le Ministère n'élabore ni plan ni échéancier pour corriger rapidement les problèmes liés à la sécurité incendie.
- ▮ Le Ministère et les régies régionales ne disposent d'aucun inventaire complet et à jour des immeubles qui sont la propriété du réseau sociosanitaire québécois. Des informations aussi élémentaires que les superficies vacantes ou l'état des immeubles sont inexistantes.
- ▮ Un pourcentage important des établissements ne font aucun entretien préventif.

6. *Rapport à L'Assemblée nationale pour l'année 1999-2000*, Vérificateur général du Québec, tome I, juin 2000, p. 59-61.

En janvier 2001, le rapport de la Commission Clair était tout aussi préoccupant. Selon la Commission, le maintien des actifs immobiliers demande des investissements majeurs rapidement : « tout retard à investir les sommes requises maintenant ne fera qu'accroître les montants à investir plus tard, augmenter les coûts de fonctionnement et diminuera peu à peu la productivité du système et la qualité des services. »⁷

Ces révélations ne sont guère rassurantes ni pour les employés ni pour les patients qui fréquentent ces établissements. Elles ne le sont pas davantage pour l'ensemble de la société québécoise qui devra un jour ou l'autre payer pour des constructions, des rénovations ou des remises en état d'immeubles qui se seront détériorés davantage en raison soit d'une absence de normes d'évaluation, ou en raison d'un sous-financement de l'entretien.

Puisque la majorité des établissements ont plus de 40 ans, il n'est pas surprenant d'apprendre aujourd'hui que ceux-ci ont par exemple des problèmes de moisissures dans leurs blocs opératoires⁸ ou, pire encore, que l'hôpital au grand complet doit être fermé puisqu'il est « rongé par des champignons. »⁹

Les problèmes engendrés par la vétusté des établissements ont des conséquences considérables sur les conditions de travail des employés, mais également sur les services et les soins. Que l'on pense aux dispositions que doivent prendre des établissements pour réorganiser les services afin de pallier la fermeture d'une unité...

7. *Rapport et recommandations - Les solutions émergentes* - Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, gouvernement du Québec, 2000, p. 180.

8. *Les moisissures ont-elles causé la mort d'un patient?*, La Presse, 11 mars 2001.

9. *Un hôpital complètement rongé par les microbes*, Journal de Québec, 28 janvier 2002.

Le Parti libéral du Québec soignera aussi les immeubles du réseau.

Il adoptera, au cours de la première année de son premier mandat, un plan d'utilisation et d'entretien du parc immobilier afin de prévenir la dégradation des immeubles.

Ce plan prévoira et hiérarchisera les investissements requis en immobilisations en fonction des besoins exprimés dans chaque région.

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Dans un réseau plus souple qui renoue avec la créativité

Se donner un réseau qui valorise l'action locale et l'excellence

Au cours des dernières années, l'emprise du gouvernement sur le réseau de la santé et des services sociaux a atteint un sommet. En multipliant les lois, les contraintes et les diktats, le gouvernement a combattu l'initiative locale, sans rien régler. Nous nous opposons à ce dirigisme. Nous nous opposons au mur à mur.

NOUS VOULONS réintroduire la souplesse et la créativité dans le réseau. Nous voulons que les travailleurs sur le terrain puissent se réapproprier leur milieu de travail. Nous voulons que les administrateurs, dirigeants, cadres intermédiaires, professionnels et employés puissent exercer leur compétence et trouver des solutions originales aux difficultés particulières auxquelles ils font face. C'est dans un réseau assoupli, oxygéné, que nous réinvestirons.

Rapprocher le pouvoir décisionnel des citoyens et de ceux qui les soignent

Tous en conviennent, il faut mener une lutte aux lourdeurs bureaucratiques. L'argent doit être destiné le plus directement possible aux services aux citoyens. En plus d'une réglementation qui s'alourdit et d'un nombre de directives qui augmente, plusieurs enjeux locaux et régionaux sont effectivement décidés par le gouvernement, comme si toutes les régions étaient semblables, comme si toutes les difficultés avaient des causes et des solutions uniques. Plusieurs membres de conseils d'administration d'hôpitaux ne savent plus quelles sont leurs responsabilités. Ils sont sur cette impression que leur travail se résume à appliquer des décisions que le ministre a prises.

Abolir les régies régionales

Bien que les régies régionales aient pris forme en 1970 et aient été modifiées en 1990, plusieurs personnes entretiennent encore des doutes sur la pertinence de les conserver. Sont-elles réellement représentatives? Sont-elles imputables à la population qu'elles desservent? Est-ce un intermédiaire supplémentaire qui ne fait que rajouter à la bureaucratie? Les régies régionales ne sont pas des organismes qui offrent des services directs à la population. Elles ne sont pas davantage des instances d'élaboration de politiques. Elles n'ont pas davantage de pouvoir réglementaire ou de pouvoir de taxation. Ces régies sont une interface entre les établissements et le ministère.

Des questions se posent également au sujet des mécanismes électoraux et de la composition des régies régionales.

Le gouvernement du Québec a en effet accru en 2001, sa mainmise sur les régies régionales en éliminant toute forme d'élection : c'est maintenant le ministre de la Santé et des Services sociaux qui désigne les principaux membres du conseil d'administration des régies régionales.¹ De plus, les directeurs généraux des régies régionales étant également nommés par le ministre, ceux-ci « s'apparentent dans les faits à des sous-ministres en région. »²

Devant un tel exercice de centralisation, nous considérons que les régies régionales ont été dépouillées de leur mission. Nous les abolirons.

Coordonner plus directement, plus efficacement, plus simplement

L'hypercentralisation du réseau de la santé et des services sociaux n'a pas permis d'améliorer la qualité des services aux citoyens; elle n'a pas non plus permis de mieux contrôler les coûts. Elle a toutefois eu comme effets pervers de démobiliser le personnel, de combattre l'initiative locale et de scléroser le fonctionnement du réseau. Notre intention est donc de donner aux dirigeants locaux, aux cadres intermédiaires, dont le nombre est en chute libre, et à tous les employés des établissements de la santé et de services sociaux plus de pouvoirs afin qu'ils puissent mieux solutionner les défis particuliers auxquels ils font face. Nous voulons qu'ils exercent pleinement leur compétence; nous voulons que leur dévouement reuilise dans une amélioration des services.

Nous voulons un réseau plus humain, plus près des gens, plus enraciné dans son milieu.

1. *Loi sur la santé et les services sociaux*, ch. S-4.2, art. 397.

2. *La régionalisation du secteur sanitaire en France et au Québec*, Jean Turgeon, Joël Clément, Téléscope Santé, janvier 2003.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec confiera, aux directions des établissements, la coordination des services aux citoyens. Toutefois, plutôt que de chercher à faire une coordination à grande échelle, comme on a tenté de le faire avec les régies régionales, nous reviendrons à une dimension beaucoup plus locale, beaucoup plus humaine.

Les établissements qui doivent au premier chef coordonner leurs services, sont ceux qui servent une même population selon, par exemple, les bassins de desserte des hôpitaux. À cette échelle, nul besoin de bureaucratie.

Au sein de ces réseaux locaux, les directions des hôpitaux, des CLSC, des CHSLD, des centres jeunesse, des centres de réadaptation et des cliniques médicales devront coordonner leurs services. Les dirigeants de ces établissements et cliniques devront s'assurer que des services sont offerts 24 heures par jour 7 jours par semaine, que les patients sont toujours là où ils doivent être, que toutes les ressources disponibles sont utilisées de façon optimale, et que les services sont adaptés, le cas échéant, aux clientèles particulières comme les anglophones, les autochtones ou les communautés culturelles.

La décentralisation des négociations relatives à l'organisation du travail et la mise en place de l'*Inforéseau* faciliteront cette coordination. La planification des effectifs médicaux se fera aussi au sein de ces réseaux locaux. Les directions régionales de médecine générale (DRMG) s'éclateront ainsi en directions locales de médecine générale.

Les dirigeants locaux auront le loisir de trouver des modes d'organisation propres à leur réalité, comme la fusion de certains ou de tous les établissements d'un même réseau local afin d'atteindre une pleine intégration des services. Ce sera leur responsabilité. Nous mesurerons cette intégration avec des indicateurs de performance. Chaque réseau local se verra désigner un répondant au ministère de la Santé et des Services sociaux pour les accompagner et faire avancer les dossiers locaux dans l'appareil gouvernemental. Dans ce processus, la responsabilité du gouvernement sera de mettre en place des corridors de services efficaces entre les différents réseaux locaux et les établissements spécialisés, afin que l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux soit interrelié.

L'abolition des régies régionales permettra de consacrer plus de ressources aux services et moins de ressources aux structures. Le réseau se rapprochera ainsi de la communauté par un pouvoir accru des décideurs locaux et une plus grande liberté d'action pour celles et ceux qui rendent des services aux personnes. D'autre part, l'abolition des régies régionales conduira à une communication plus directe entre ceux qui établissent les priorités et ceux qui en assurent l'application.

L'abolition des régies régionales soulève par ailleurs la question de l'hébergement des Directions régionales de la santé publique (DSP) qui cohabitent actuellement avec les régies. Les DSP relèveront directement de la Direction nationale de la santé publique. Elle déploiera ses effectifs dans certains établissements qui se verront reconnaître une mission supra-local à cette fin. Compte tenu de leur mission, les CLSC pourrnt être avantageusement considérés.

Centres hospitaliers universitaires

Au Québec, c'est autour des quatre universités (Université de Montréal, Université McGill, Université Laval et Université de Sherbrooke) qui possèdent des facultés de médecine que notre réseau d'établissements de santé universitaire est établi. Ceux-ci se répartissent en cinq centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq centres hospitaliers affiliés (CHA) et quatre Instituts universitaires (IU).³

Les relations entre ces différents types d'établissements de recherche et de formation demandent à être clarifiées. C'est ainsi que la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux devra se prolonger dans une meilleure définition de la hiérarchisation des établissements. Cette hiérarchisation devra intégrer tous les établissements et tous les types de services, depuis les cliniques médicales d'omnipratique jusqu'aux centres hospitaliers universitaires où l'on dispense des services surspécialisés.

Cette clarification des missions et des relations entre chacun des types d'établissements assurera un meilleur fonctionnement du réseau, mais participera aussi à une meilleure diffusion des connaissances et des savoirs issus de la recherche.

3. *Vers un réseau universitaire intégré en santé*, rapport du Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, juin, 2002, (Comité Carignan), p. 5.

La hiérarchisation du réseau deviendra ainsi une sorte de préalable à une réflexion nécessaire sur la recherche et l'enseignement. En ce sens, le rapport de la Commission Clair a fait état de la situation « plutôt confuse »⁴ des hôpitaux universitaires. Selon la Commission, les distinctions qui devraient exister entre les CHU, les CHA et les Instituts universitaires quant à la prestation des divers programmes d'enseignement des spécialités et des programmes de recherche, ne sont pas claires. Cette confusion entraîne une compétition « malsaine et coûteuse »⁵, plutôt qu'une complémentarité productive.

Un Comité de réflexion sur le réseau hospitalier universitaire a par la suite été mis en place et a déposé son rapport en juin 2002. Au terme de la formulation des enjeux et des recommandations, le Comité presse le ministre de la Santé et des Services sociaux d'engager la mise en œuvre des principales recommandations du rapport. Parmi ces recommandations, on peut souligner :

- ▮ que chaque université ayant une faculté de médecine crée un réseau universitaire intégré et voie à son bon fonctionnement ;
- ▮ que les directions d'hôpitaux universitaires et des universités élaborent conjointement, et en collaboration avec les instances concernées, un plan de carrière pour les médecins ;
- ▮ que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure le financement nécessaire pour la réalisation et le développement des volets spécifiques de la mission universitaire que sont l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé.⁶

4. *Op. cit.*, note 207, p. 87.

5. *Ibid.*, p. 88.

6. *Op. cit.*, note 211, p. 41.

Selon M. Raymond Carignan, président du Comité, c'est sur le plan de l'enseignement que la situation est alarmante. « Sur le plan de la recherche, le Fonds de recherche en santé du Québec a permis de faire une planification de la recherche et de prioriser les dossiers [...] mais le secteur de l'enseignement est inquiétant, parce qu'il n'est plus investi depuis plusieurs années déjà par les établissements. »⁷ Pour M. Carignan, il est préférable de concentrer les activités de formation « dans un nombre restreint de lieux. »⁸ Cette idée d'offrir un enseignement intégré et de calibre international est partagée par le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Dr Yves Dugré. Selon lui, « ... le Québec n'a pas les ressources pour se permettre de disperser ses énergies [...] Si on veut parvenir à former des médecins compétents, il faut centraliser les efforts de formation tout en ne détruisant pas les équipes qui fonctionnent bien. »⁹

7. *Un statut particulier pour les CHU - La recherche, d'accord, mais la formation des futurs médecins surtout*, Le Devoir, 23 mars 2002.

8. *Ibid.*

9. *Ibid.*

Nous reconnaissons l'importance de doter le réseau québécois de la santé de centres d'enseignement, de recherche, d'excellence et d'évaluation des technologies, où pourra se développer et s'affiner l'expertise québécoise.

À cette fin, un gouvernement du Parti libéral du Québec réunira tous les partenaires concernés, au cours de la première année de son premier mandat, afin d'établir une vision commune de la recherche et de l'enseignement. Ce rendez-vous de la recherche et de l'enseignement est nécessaire pour émerger du brouillard décrit par la Commission Clair et le Comité Carignan.

Nous garantirons un environnement d'enseignement et de recherche de la plus haute qualité, qui satisfera les normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique.

Les mégahôpitaux

Le Québec doit maintenir son expertise dans le domaine de l'enseignement et de la recherche en santé. À Montréal se trouve l'une des plus importantes communautés biomédicales en Amérique du Nord. C'est un extraordinaire bassin de connaissance et un levier de croissance majeur pour notre société. Nous avons la responsabilité d'assurer l'épanouissement de cette connaissance et de celles et ceux qui en sont les dépositaires.

À cette fin, les installations dont nous disposons doivent être modernisées. C'est un constat unanime. Mais au-delà de cette unanimité de principe, nous sommes dans un grand brouillard. Les projets des deux mégahôpitaux universitaires, celui du nouveau CHUM et celui du nouveau Centre universitaire de santé McGill, doivent être précisés.

À l'heure actuelle, nous ne connaissons ni les coûts de construction ni les coûts de fonctionnement. Nous ne connaissons pas les *coûts réseau*, c'est-à-dire les investissements qui devront être faits dans les établissements périphériques de ces mégahôpitaux pour qu'ils puissent pleinement jouer leur rôle. Ces projets s'élaborent en vase clos, sans vision d'ensemble, en perpétuant une culture de silos.

Le Parti libéral du Québec reconnaît pleinement la nécessité d'investir de façon majeure dans la modernisation des installations des hôpitaux universitaires rattachés à l'Université de Montréal et à l'Université McGill.

Mais il faut y voir clair, pouvoir comparer différentes options et s'assurer que les Québécois et tout le réseau hospitalier en tireront les plus grands bénéfices possible.

RECENTRER, RÉORGANISER, RÉINVESTIR

Pour solidifier les assises du réseau

Notre système de santé est sous-financé. Dans l'état actuel des choses, chaque dollar santé ne produit pas sa pleine valeur. Par ailleurs, il faudra augmenter l'investissement. Financer mieux et financer plus, telle est la voie à suivre.

Il faut réinvestir dans notre système de santé. Tout compté, tout considéré, le Québec est la province canadienne qui investit le moins dans son système de santé.

NOUS AVONS les moyens de nous payer un système de santé efficace et performant, c'est une question de choix et de priorités. Nous avons fait ces choix et nous avons établi nos priorités en conséquence. Nous réinvestissons, mais nous le ferons dans un système transformé, qui nous garantira un maximum de rendement pour chaque dollar public.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec financera la croissance des coûts du système établis à 5,1 % pour arrêter le recul progressif du Québec en santé. Puis nous allons réinvestir chaque année pour permettre un redéploiement de notre réseau de santé et de services sociaux.

Maintenir l'universalité par un financement public

Les inquiétudes sont fortes quant à la capacité du système public de soins à répondre à long terme aux attentes de la population. Ces préoccupations sont perçues à la grandeur du pays. Des commissions pancanadiennes telles que celles présidées par Roy Romanow et par le sénateur Michael Kirby, ou d'autres sous égide provinciale en Alberta, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick et au Québec, posent de sérieuses interrogations sur la viabilité du système. Le vieillissement de la population et le développement technologique notamment, exercent une pression à la hausse sur les coûts.

La table est mise et le débat sur le financement du secteur de la santé est lancé. C'est un débat crucial qui déborde inévitablement sur le modèle et la structure que nous voulons donner à notre système de santé. C'est un débat qui ne peut se limiter qu'à l'enjeu financier; il rejoint les valeurs que notre société veut se donner.

Il faut certes considérer cet idéal d'un système public offrant des services de qualité accessibles à tous, sans discrimination et sans égard au revenu. Mais il faut également tenir compte du défi que représentent à long terme l'augmentation des coûts technologiques, les changements démographiques et les autres variables médicales, pharmaceutiques et socio-économiques.

Dans ce contexte, le débat sur le rôle du secteur privé dans la santé prend de plus en plus d'importance. Ce débat soulève des passions parce qu'il touche un système, des structures et surtout, des valeurs qui nous sont chères. De tels débats sont exigeants de rigueur.

Perspectives sur les modes de financement

D'entrée de jeu, nous croyons essentiel de proposer une clarification des concepts, ce qui nous permettra de dépasser les clichés souvent entretenus sur la privatisation.

Pour plusieurs, la privatisation c'est de « mettre l'État aux enchères », c'est-à-dire que le privé envahit le réseau de la santé et prend la place du secteur public qui se déresponsabilise, notamment de services coûteux. C'est un peu l'américanisation, en tout ou en partie, de notre système de santé à laquelle on songe alors.

« Pour d'autres, privatiser signifie plutôt de confier des fonctions au secteur privé dans un but d'amélioration de la productivité et d'assouplir l'organisation du travail tout en maintenant la responsabilité à l'État. Pour d'autres encore, la privatisation se traduit par l'importation, dans le secteur public, de modes de gestion et de fonctionnement du privé. Pour d'autres enfin, l'État diminue ses fonctions et augmente la charge des individus, des familles et des organismes communautaires. »¹

Enfin, dans le langage courant, la privatisation représente une somme d'argent que le citoyen doit déboursier de sa poche pour obtenir des services ou des soins de santé. Que ce soit par une somme qu'il paie directement au professionnel, à la clinique ou à l'établissement (ce que certains associent au « ticket modérateur ») ou par le biais d'une assurance privée que l'individu a contracté individuellement ou collectivement auprès de son employeur.

La privatisation fait donc appel aux sources de capital et de financement d'un secteur de services donné. Ainsi, la Commission Clair a distingué entre les intrants, le financement de services, et les extrants, la production de services. Elle a ainsi défini les termes de financement public, financement privé, production publique et production privée. Il en ressort que,

1. Conseil de la santé et du bien-être, *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, (mise à jour), gouvernement du Québec, janvier 2001, p. 17.

contrairement à une croyance répandue, aucun système de santé n'est entièrement public ou privé. En cela, le rapport Clair est en accord avec le rapport Arpin qui avait conclu que « c'est un raccourci de langage que de parler de système public et de système privé. »²

Ce qui ressort de ces évaluations, c'est que dans notre système public, le principe de la solidarité collective est bien présent, mais que cette réalité ne fait pas abstraction du secteur privé, puisqu'elle fait appel à des contributions dans une proportion de 30 %.

Financer mieux – Financer plus

Dans un premier temps, il ne s'agit pas exclusivement d'un problème de fonds. Comme plusieurs le soutiennent, un problème d'organisation est bien présent. C'est pourquoi il faut financer adéquatement le système de santé et de services sociaux, mais il faut surtout le financer mieux.

Financer mieux, c'est d'abord pouvoir planifier. Une révision de nos modes de gestion doit avoir pour objectifs une plus grande transparence pour le contribuable et, pour le réseau, une stabilisation et une prévisibilité des budgets. À cet égard, nous privilégierons l'adoption de crédits protégés.

Les fonds sont rares et les besoins sont grands. Il faut donc porter une attention particulière pour assurer un financement judicieux. Une opération bien différente d'une simple distribution de sommes à gauche et à droite pour colmater des brèches ou pour régler une crise médiatisée.

Dans son rapport, la Commission Clair écrivait : « Les gestionnaires du réseau doivent vraiment prendre conscience de la fragilité des bases du financement public du système et gérer en conséquence [...]. La Commission considère qu'il n'y a pas

2. *Ibid.*, p. 6.

de pourcentage idéal de répartition entre le secteur public et le secteur privé, ni dans les différentes provinces canadiennes ni dans les différents pays ». ³ Il est donc difficile, dans un contexte où tout est en transformation, d'établir le seuil d'ingérence tolérable du secteur privé dans notre système de santé et de services sociaux. Mais comme la Commission sur la complémentarité du secteur public et privé le soulignait : « il nous semble que, pour répondre aux besoins croissants avec les ressources disponibles, l'État sera appelé non seulement à consolider son réseau public de services, mais aussi à favoriser une meilleure coordination d'un ensemble d'activités publiques et privées reliées à des services sociaux et de santé d'une grande importance pour le bien-être de la société ». ⁴

Cette même Commission proposait une bonification du système public en y adaptant des pratiques innovatrices souvent mises au point par le secteur privé, tout en protégeant son intégrité.

- ▮ « Faire le maximum pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité de ces services — en intégrant au besoin des pratiques de gestion mises au point par le secteur privé — et assurer l'intégrité du système font consensus dans l'ensemble des groupes socioéconomiques rencontrés ». ⁵
- ▮ « Le groupe de travail dit non à une *privatisation* du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure *utilisation* des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population ». ⁶

3. Cf. Commission Clair, p. 150.

4. Cf. Rapport Arpin, p. 60.

5. *Idem.*, p. 68.

6. *Idem.*, p. 106.

Le réseau public pourrait, à certaines conditions, établir des liens de partenariat public-privé lorsque de tels liens permettront d'améliorer les services publics à moindre coût.

À titre d'information, notons que des 25 pays de l'OCDE qui donnent l'accès universel aux services de santé, tous possèdent un système mixte, c'est-à-dire un secteur privé et un secteur public. Dans la plupart des cas, ils ne connaissent pas les problèmes des longues listes d'attente de services médicaux et hospitaliers et offrent ainsi un meilleur accès à ces services. Les autorités publiques de ces pays ont conclu des ententes de services avec les hôpitaux privés à but non lucratif et à but lucratif. Ce système coexiste avec le secteur public, et ce, depuis bien longtemps. Cette coexistence ne signifie pas abandon, abdication ou vente de feu. Il ne s'agit pas de mettre en opposition le privé et le public. Il s'agit de mettre le privé au service du public.

Le privé en renfort au public

Nous ne saurions trop insister sur la distinction à faire entre les intrants (financement) et les extrants (services rendus) : la complémentarité avec le secteur privé n'a trait qu'à la production, à la prestation et même à la gestion des services de santé (les extrants), sans référence au financement privé (les intrants). Encore une fois, le citoyen n'aura rien à déboursier, puisque l'État demeure l'assureur principal, comme c'est le cas présentement au Québec, ailleurs au Canada et dans les pays qui donnent l'accès universel aux services de santé.

Dans les faits, cette complémentarité entre le public et le privé peut se traduire concrètement par l'achat de services professionnels dispensés avec une qualité comparable à celle des hôpitaux, auprès de cliniques privées ou de professionnels, soit pour des services diagnostiques, de laboratoires ou des chirurgies afin de soulager les urgences et diminuer les listes d'attente.

On peut facilement envisager plusieurs autres possibilités ou formules de complémentarité, chacune attribuant au secteur privé un degré différent de responsabilité et de risque. Ainsi, il serait possible d'envisager :

- ▶ l'impartition de services cliniques spécialisés (opérations, traitements divers...);
- ▶ l'impartition de services de soutien cliniques (radiologie, laboratoires...);
- ▶ l'impartition de services de soutien non cliniques (buanderie, nettoyage, restauration...);
- ▶ le financement et la construction de nouvelles installations publiques.

L'achat par le secteur public de places en centre d'accueil privé permettra de répondre à des besoins temporaires ou permanents avec souplesse et économie.

Les paramètres d'application

Afin de respecter les principes à la base même de notre système, la complémentarité envisagée demande à ce que certaines balises soient établies et qu'une certaine réglementation de certaines activités du marché soit révisée. Il faut s'assurer que les activités exécutées dans le privé, en gestion, en hébergement, en soins ou en services, soient encadrées de façon appropriée.

Comme le souligne le comité Arpin, « La production ou la gestion de services par des entreprises privées, des professionnels indépendants, peut facilement être encadrée par l'État sans aucunement remettre en cause le financement public ni s'ingérer dans l'administration interne de ces organisations. » Selon le même rapport, cette forme de partenariat ne constitue en rien un « virage vers le privé. » C'est plutôt une adap-

tation de notre système de santé au nouveau contexte et aux besoins et attentes du citoyen.

Par cette complémentarité qui vise notamment la diminution, voire l'élimination des listes d'attente, le gouvernement ne se soustrait pas à ses obligations envers le public, bien au contraire. Le gouvernement demeure toujours responsable du contrôle de la qualité et de la performance des « partenaires » chargés de l'opération et de la réalisation des services. Le gouvernement sera toujours redevable envers la population à cet égard.

Stabiliser le régime d'assurance médicaments

Les médicaments sont devenus au fil des ans des outils thérapeutiques de premier choix. Ils sont plus puissants, plus efficaces, mieux ciblés et plus faciles à utiliser que par le passé. De plus, ils sont souvent beaucoup moins coûteux à utiliser que d'autres types de traitement. Les médicaments ont également été à l'origine de grandes réformes de notre système de santé tels la désinstitutionalisation, le virage ambulatoire, etc.

Le développement de nouveaux médicaments nécessite toutefois des coûts importants, notamment en recherche, en développement, en commercialisation, etc.

C'est en 1996 que le gouvernement du Québec a institué un régime d'assurance médicaments mixte public-privé de nature contributive, où les assurés paient une prime annuelle et défraient une contribution financière lors de l'achat d'un médicament. La mise en place de ce régime a permis d'offrir des services assurés à plus d'un million de Québécoises et de Québécois qui n'avaient aucune protection.

Un régime coûteux, complexe et décrié

Toutefois, les coûts de ce régime ont augmenté plus rapidement que les dépenses globales en santé. « Il est donc devenu évident qu'au rythme actuel de croissance des dépenses, soit de 15 à 20 % par année, le régime ne peut survivre à moyen ou long terme sans ajustements périodiques ».⁷

Le régime avait notamment pour objet :

- ▮ d'assurer un accès raisonnable à un outil thérapeutique de première valeur à toute la population québécoise;
- ▮ d'éliminer les iniquités d'accès observées à l'époque;
- ▮ d'intégrer le médicament à une politique de santé.

Or, si l'on remonte dans le temps, soit avant le régime de 1996, les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées ayant droit au supplément de revenu garanti (SRG) bénéficiaient de la gratuité des médicaments.

Sur le plan du financement, le régime d'assurance médicaments introduit trois types de tarifications : la prime, la coassurance et la franchise. Le tout est assorti de plafonds de cotisation et modulé selon la situation ou le revenu des assurés.

Au printemps 2000, le gouvernement a forcé l'adoption d'une loi doublant les primes d'assurance médicaments qui sont alors passées de 175 \$ à 350 \$. Depuis, le plafond de cotisation a été élevé deux fois, d'abord à 385 \$, puis à 422 \$. Une augmentation totale de 140 % en cinq ans. Ce régime coûteux et complexe a fait l'objet de plusieurs plaintes et dénonciations. À un point tel, que le gouvernement a mis en place un comité dont le mandat était d'analyser les impacts de l'assurance médicaments sur la clientèle.

7. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments du Québec, *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, décembre 2001, p. 1.

Voici quelques extraits du rapport de ce comité :

- « La baisse de consommation de médicaments semble être l'impact le plus frappant du nouveau régime. Ce changement de la consommation a été constaté pour la plupart des catégories de médicaments étudiés, quelle qu'en soit l'importance clinique ».
- « Les résultats de l'analyse de séries chronologiques montrent que les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu ont réduit significativement leur consommation de médicaments suite à l'entrée en vigueur du nouveau régime ».
- « Les aînés les plus âgés, les prestataires les plus jeunes et les femmes ont, en général, réduit davantage leur consommation de médicaments que les autres personnes de même niveau de consommation. Chez les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes les moins scolarisées ont été davantage affectées par le régime que les plus scolarisées ».
- « À la suite de l'implantation du régime, nous estimons qu'il y a eu 4 046 événements indésirables reliés à une baisse de consommation des médicaments tandis que le nombre d'événements ayant la même origine dans l'année précédente se montait à 2 100 (au total pour les deux populations de bénéficiaires). Il y a donc eu dans la période post-régime 1 946 événements de plus (soit une augmentation de 93 %) que dans la période pré-régime. Le même phénomène a été aussi observé pour le nombre de visites médicales et de visites à l'urgence (12 991 visites à l'urgence et de 16 092 visites médicales en plus). L'accroissement du nombre d'événements attribuables à une baisse de la consommation des médicaments essentiels dans la période post-régime a été plus importante chez les

prestataires de la sécurité du revenu que chez les personnes âgées, car, de manière significative, les premiers ont fait un effort de réduction de la consommation plus grand que les seconds lors de l'entrée en vigueur du nouveau régime ».

- ▮ « Nous estimons que le régime a permis à la Régie de l'assurance maladie du Québec de réaliser, dans les dix premiers mois de son implantation, des économies liées au coût des médicaments se situant entre 16,1 et 17,3 millions de dollars. Par ailleurs, ces économies ont été atténuées par une hausse de facturations des médecins à la RAMQ que nous estimons à environ 300 000 \$. Les hospitalisations et visites à l'urgence attribuables au régime ont représenté des coûts additionnels, du point de vue du réseau de la santé, que nous estimons de façon conservatrice à 3,8 millions et 300 000 \$, respectivement ».

Reprendre le contrôle des coûts et corriger les injustices

Un gouvernement du Parti libéral du Québec maintiendra le régime d'assurance médicaments, mais il agira avec détermination et célérité afin de contenir les coûts et de corriger les injustices du régime.

Selon toute probabilité, le coût des médicaments continuera de grimper d'environ 15 % par année. Notre action visera à limiter les impacts de cette hausse.

Nous mettrons en vigueur une politique du médicament. Il est en effet incongru et incohérent, que le régime d'assurance médicaments ait été mis sur pied sans son préalable logique d'une politique du médicament. Nous mettrons en vigueur une telle politique. Un de ses principaux objectifs sera une meilleure utilisation des médicaments par les Québécois.

Quand certaines études avancent qu'il y a 20 % à 25 % des malades qui entrent à l'hôpital parce qu'ils ont mal pris leurs médicaments, on comprend le besoin d'une meilleure information. Nous établirons des références et des critères, permettant de guider les médecins et les pharmaciens dans la prescription des médicaments afin de mieux réconcilier les avantages thérapeutiques et les coûts des traitements. Nous travaillerons à une meilleure détermination d'un *juste prix* pour les nouveaux médicaments. Puis, nous augmenterons l'investissement public afin de partager avec les Québécois la hausse résiduelle. Nous limiterons ainsi la hausse de la contribution des usagers à la hausse du coût de la vie. Et nous rétablirons la gratuité pour les personnes à faible revenu.

Le Parti libéral du Québec mettra en vigueur une politique du médicament qui aidera à contenir les prix des médicaments, à optimiser leur utilisation et à protéger les personnes âgées et les personnes à faible revenu.

Nous viserons à :

- ▮ développer des programmes de promotion et de prévention en matière de consommation de médicaments ;**
- ▮ améliorer le suivi de la prise de médicaments ;**
- ▮ valoriser le rôle conseil du pharmacien ;**
- ▮ développer la recherche d'équilibre entre une gestion efficace du coût des médicaments et une accessibilité raisonnable et équitable aux médicaments et aux services pharmaceutiques ;**
- ▮ établir de réels partenariats avec l'industrie pharmaceutique ;**
- ▮ rétablir la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et pour les aînés qui reçoivent le supplément de revenu ;**
- ▮ limiter la hausse des coûts des médicaments assumés par les consommateurs (prime, coassurance, franchise) à la hausse du coût de la vie.**

Estimation financière des priorités d'action pour la santé et les services sociaux

Le Plan d'action intitulé *Un gouvernement au service des Québécois*, rendu public le 12 septembre 2002, comprend un cadre financier détaillant le financement des actions prioritaires d'un prochain gouvernement libéral dans le respect du déficit zéro. Ce cadre financier a été analysé et corroboré par quatre experts indépendants.

Le cadre financier du Plan d'action prévoit une croissance annuelle de 5,1 % des crédits destinés à la santé, de manière à couvrir la croissance structurelle des coûts, telle qu'elle a été estimée par la Commission Clair sur la base des données du ministère de la Santé et des Services sociaux. La croissance structurelle des coûts comprend notamment les hausses salariales, la dépréciation des immobilisations et des équipements, la croissance de la demande de soins de santé résultant du vieillissement de la population et autres pressions à la hausse sur les coûts des services de santé.

Le cadre financier du Plan d'action prévoit également le financement des actions prioritaires en santé d'un prochain gouvernement libéral. Ces actions prioritaires ont pour objectif de réduire les listes d'attente, de désengorger les urgences, et de donner accès à des soins et des services sociaux de qualité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, partout au Québec.

Un gouvernement du Parti libéral du Québec ajoutera à ces réinvestissements les transferts supplémentaires consentis par le gouvernement du Canada au gouvernement du Québec en conformité avec l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* intervenu entre le gouvernement fédéral et les provinces le 5 février 2003.

Au total, un prochain gouvernement du Parti libéral du Québec investira les crédits supplémentaires suivants afin de remettre sur pied notre système de santé et de services sociaux pour le bénéfice de toutes les Québécoises et de tous les Québécois.

Total des réinvestissements en santé du prochain gouvernement libéral

(en millions \$)	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009
Initiatives du Plan d'action libéral	1198	1284	1373	1482	1593
Nouveaux transferts fédéraux (1)	1009	1493	1623	1983	1983
Total	2207	2777	2996	3465	3576

Note : 1) Comprend les majorations au TCSPS, le supplément du TCSPS, le Fonds pour la réforme de la santé et le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical. Nous avons fait l'hypothèse que les transferts pour 2008-2009 seront égaux à ceux de 2007-2008. Source : Ministère des finances du Canada, Division des relations fédérales-provinciales.

Achévé d'imprimer
en février 2003
sur les presses de Vic Couleur inc.
LaSalle, Québec