

Plan de la santé et
des services sociaux

**Pour
faire les
bons choix**



Québec 

Édition
**Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande

par télécopieur: **(418) 644-4574**

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

ou par la poste: **Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-40124-7

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

© Gouvernement du Québec

*Nos actions visent à préserver
notre système public de santé et de
services sociaux, pour que les
générations qui nous suivront puissent
elles aussi en bénéficier*

**Hirut Eyob et sa fille Misham,
à l'accueil du CLSC Côte-des-Neiges**

Nous devons, collectivement, prendre les moyens pour nous donner un système public de santé et de services sociaux qui corresponde à nos valeurs et qui dispose des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population



François Legault

Ministre d'État à la Santé et
aux Services sociaux

« Nous refusons d'accepter que la capacité de payer des personnes soit une barrière à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Notre système de santé, public et accessible, correspond aux valeurs d'équité et de solidarité des Québécoises et des Québécois.

Nous devons investir dans les soins de santé et les services sociaux, mais il nous faudra investir différemment. Avec ce plan, nous avons une vision globale de nos besoins et de la façon dont nos services doivent être offerts : ce plan nous aidera à faire les bons choix. »



Roger Bertrand

Ministre délégué à la Santé,
aux Services sociaux,
à la Protection de la jeunesse
et à la Prévention

« Ce plan constitue notre réponse aux préoccupations des Québécoises et des Québécois en matière de santé et de mieux-être, c'est-à-dire un accès rapide à des services sociaux et de santé et ce, près des gens. C'est aussi un moyen, par la prévention, de se donner des outils individuels et collectifs pour mieux prendre en charge notre santé en amont des problèmes. C'est là le sens du virage prévention proposé par le gouvernement du Québec. »

Ce plan s'inscrit dans la foulée du plan d'action gouvernemental **Horizon 2005**.

Sommaire



Bénéfices souhaités pour la population	5
---	----------

1^{er} défi :

Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population y ait accès facilement et rapidement ...	7
---	----------

Quatre priorités:

1.1 Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne	9
1.2 Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement	11
1.3 Prendre le virage prévention	13
1.4 Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés	15

2^e défi :

Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux	19
--	-----------

2.1 Des décisions près des citoyens et l'obligation de rendre des comptes à la population	20
2.2 Une main-d'œuvre plus disponible	21
Les médecins	21
Les infirmières et les autres professionnels	23
2.3 Des partenariats pour plus de flexibilité	24
2.4 Des technologies de l'information et des communications mieux utilisées	25

3^e défi :

Assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant	27
--	-----------

3.1 Le financement nécessaire pour assurer l'avenir du système	28
3.2 À propos de... donner la possibilité à ceux qui en ont les moyens de payer pour leurs services	30
3.3 Pour faire les bons choix	32
Le déséquilibre fiscal	33
La nécessité d'un débat public	34

Bénéfices souhaités pour la population

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

Voici les 10 principaux résultats que nous voulons garantir à la population.

- 1. Des soins et services pour tous, adaptés à leurs besoins et sans égard aux revenus**
- 2. L'accès pour tous à un médecin de famille**
- 3. Des services plus complets dans tous les CLSC du Québec**
- 4. Des services à domicile pour toutes les personnes en perte d'autonomie**
- 5. De nouvelles places d'hébergement et des services améliorés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**
- 6. L'accès aux urgences 24 heures sur 24, sept jours sur sept**
- 7. Des délais d'attente plus courts à l'urgence**
- 8. Des délais d'attente plus courts pour les services spécialisés**
- 9. Des services de traitement, de réadaptation et de soutien à proximité**
- 10. Un virage prévention pour permettre à la population de faire les bons choix santé**



Pour obtenir ces 10 résultats, nous proposons une série de changements basés en grande partie sur les analyses et les recommandations de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair, 2000)*. Nous devons travailler ensemble à relever trois défis prioritaires :

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

Ces changements ne pourront être faits si nous ne pouvons compter sur la collaboration, l'implication et le partenariat des gestionnaires, des médecins, des infirmières et des autres professionnels du réseau, des ordres professionnels, des syndicats et des autres groupes qui travaillent dans le domaine de la santé et des services sociaux. C'est une condition essentielle à la réussite du plan que nous vous présentons dans les pages qui suivent.

*La population doit avoir accès,
près de chez elle, aux services
sociaux et de santé de base
plus facilement et plus rapidement*



**D^e Agathe Blanchette, consultante
en soins palliatifs au Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke (CHUS)
Pavillon Fleurimont**

1^{er} défi

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



Les services que nous offrons dans le réseau de la santé et des services sociaux sont des services de qualité. Un sondage réalisé auprès de la population à l'été 2002 révèle que 95 % des personnes ayant reçu des soins dans les hôpitaux se sont dites satisfaites.

Mais bien que la population soit satisfaite des services, des difficultés persistent. L'accès à des services de base et spécialisés est parfois long, tout comme l'attente dans certaines urgences. Aussi, les soins et les services à domicile ne sont pas assez disponibles et nous ne mettons pas suffisamment l'accent sur la prévention des maladies et des problèmes sociaux.

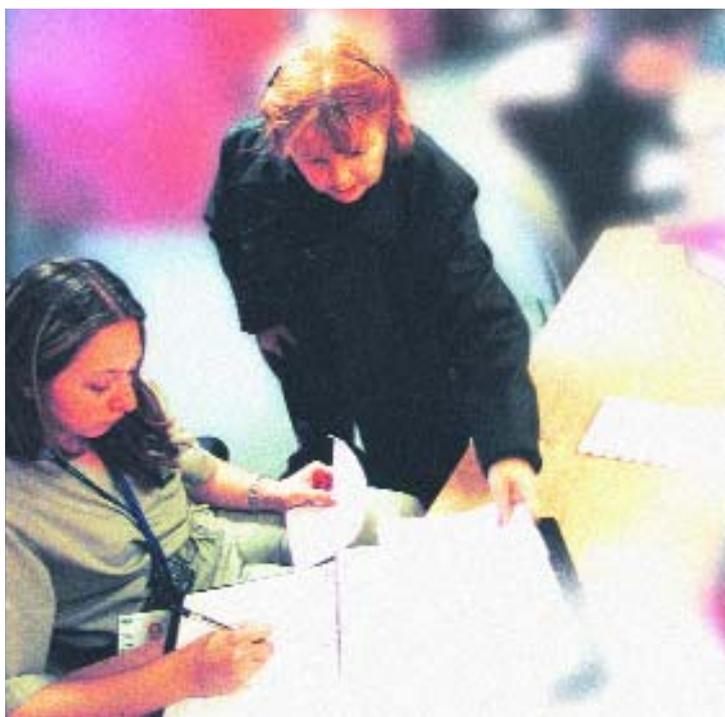
Les difficultés que nous éprouvons ne reposent pas tant sur la qualité des services que sur leur organisation, et c'est ce que nous engageons à revoir. Ce que nous proposons, ce ne sont pas des gestes à la pièce, mais une solution globale qui règlera l'ensemble des problèmes.

Nous inverserons la pyramide actuelle de l'offre de services. Cela veut dire que nous consentirons beaucoup plus de ressources à la première ligne, c'est-à-dire dans les services de proximité, près des gens, et ce, de façon à ce que la population ait moins besoin de se rendre à l'hôpital, particulièrement à l'urgence.

Pas plus que l'université ne peut être à la base du système d'éducation, l'hôpital ne peut être la principale porte d'entrée du système de santé et de services sociaux

De toutes nos priorités, la première est l'urgence. Toutes les actions que nous prendrons pour réorganiser les services auront un effet positif immédiat sur les urgences. Au Québec, par tradition, l'hôpital est au centre de notre réseau de services de santé, et l'urgence demeure un guichet d'accès pour des problèmes qui auraient pu, dans certains cas, être traités dans un autre lieu, avec des moyens plus appropriés.

Pas plus que l'université ne peut être à la base du système d'éducation, l'hôpital ne peut être la principale porte d'entrée du système de santé et de services sociaux. Son rôle premier est d'être le lieu où des spécialistes diagnostiquent des maladies aiguës ou des problèmes complexes et les traitent, pour une courte période, à l'aide de moyens techniques importants.



L'urgence doit servir de filet de sécurité pour la population, elle ne doit pas se substituer aux services sociaux et de santé de base auxquels les gens devraient avoir accès facilement et rapidement près de chez eux.

Ce modèle d'organisation des services, centré principalement sur les urgences, sert mal la population parce qu'il n'est plus adapté à ses besoins et parce qu'il coûte cher. Nous devons donc le modifier.

Pour faire les changements requis dans la façon dont les services sont organisés, nous travaillerons sur quatre priorités :

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



PRIORITÉ 1

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

Les services sociaux et de santé de base — le premier palier d'accès au système — sont ceux auxquels la population a le plus souvent recours. Ce sont, principalement, les soins infirmiers, les services médicaux généraux, les services d'aide psychologique ou sociaux, les services de réadaptation, les soins et les services d'aide à domicile ainsi que les services d'intervention téléphonique Info-Santé. C'est à ce palier que se règlent 80 % de tous les problèmes. Ces services doivent donc être disponibles le plus près possible des personnes.

Actuellement, les services offerts varient d'un territoire à l'autre au Québec; les lieux d'accès aux services sont mal connus de la population et les horaires des divers établissements ne sont pas les mêmes partout. Une partie importante de la population n'a pas de médecin de famille. L'absence de liens étroits entre les cliniques médicales et les centres locaux de services communautaires (CLSC) font que ni l'un ni l'autre n'offrent des services répondant entièrement aux besoins des personnes qu'ils traitent. De plus, les personnes qui ont des problèmes à la fois médicaux et sociaux ont de la difficulté à obtenir les bons services, au bon moment et au bon endroit.

Nous avons aussi de la difficulté à prendre soin des gens dans leur milieu de vie et à leur offrir, près de chez eux, des soins continus et adaptés à leurs problèmes sociaux et de santé les plus courants.

Pour remédier à cette situation, nous devons :

1.1.1 Implanter 300 groupes de médecine de famille (GMF) partout au Québec. Ce modèle assurera aux personnes inscrites l'accès aux services 24 heures par jour, sept jours par semaine, et un suivi de leur état de santé

D'ici 2005, toutes les familles québécoises pourront avoir accès à un GMF. Une centaine de GMF seront créés au cours de la prochaine année, dont 20 sont actuellement en démarrage. Les GMF deviendront la véritable porte d'entrée du système de santé et de services sociaux.

Chaque groupe sera constitué d'une dizaine de médecins et d'infirmières de CLSC, qui collaboreront avec les autres personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux à la prise en charge et au suivi de l'état de santé des patients qui s'inscrivent volontairement à un groupe. Les GMF et les CLSC seront responsables de desservir la population du territoire. Ils devront assurer à tous un accès simple et rapide aux services, référer, si nécessaire, les personnes vers des services spécialisés et vers les services pouvant leur être offerts à domicile et coordonner tous ces services.

Priorité 1 : Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne

Mesures	Besoins (millions de dollars)
1. Implanter 300 groupes de médecine de famille (GMF)	160,0
2. Offrir des services uniformes et plus complets dans les 147 CLSC du Québec	
- Compléter et uniformiser l'offre de services généraux dans tous les CLSC	177,0
- Consolider Info-Santé et développer Info-Social	15,0
3. Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie	
- Assurer la présence d'une équipe de suivi pour les personnes atteintes d'une maladie chronique	150,0
- Compléter le programme de soutien et de réadaptation dans la communauté pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi que leur famille	40,0
- Compléter le programme de soutien et de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique	63,0
- Assurer la présence d'une équipe de suivi pour les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes suicidaires	42,0
- Doter chaque CLSC d'une équipe pour aider les jeunes aux prises avec des difficultés complexes, entre autres, lors de situations de crise	88,0
- Soutenir les services en réadaptation pour les jeunes en difficulté	27,5
- Développer le programme de services généraux et spécialisés pour les personnes atteintes de troubles envahissants du développement, notamment l'autisme	40,0
- Augmenter de 1 000 le nombre de places accréditées de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie	10,0
- Compléter le programme de soins de fin de vie en accroissant l'accès aux services de prise en charge 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	30,0
TOTAL	842,5



1.1.2 Offrir des services uniformes et plus complets dans les 147 CLSC du Québec

Tous les CLSC offriront les mêmes services. Les personnes pourront y obtenir des services infirmiers, d'aide psychologique ou sociaux courants sur une base de 80 heures par semaine. Elles auront aussi accès à des services médicaux offerts en collaboration avec les GMF, ainsi qu'à des services de nutrition et de réadaptation. Les services d'intervention téléphonique d'Info-Santé seront améliorés, et nous développerons des services comparables pour des problèmes psychologiques ou sociaux (Info-Social).

1.1.3 Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Pour faciliter la vie aux personnes plus vulnérables ainsi qu'à celles qui ont des incapacités, des problèmes chroniques ou qui vivent des situations familiales, sociales ou économiques difficiles (et faire de

même pour leurs proches), nous allons mieux coordonner les services que ces personnes reçoivent. Elles seront ainsi assurées d'obtenir tous les services dont elles ont besoin au bon moment et dans leur milieu de vie. Selon les besoins de la personne, l'offre de services prendra différentes formes. Par exemple, des équipes de suivi intensif, des services à domicile, ou l'ajout de services en réadaptation pour les personnes ayant des problèmes de déficience physique ou intellectuelle et pour les jeunes en difficulté et leur famille seront disponibles.

En offrant aux personnes des services plus près de chez elles et coordonnés entre eux, nous pourrions régler 80 % des problèmes sociaux ou de santé sans que les gens n'aient à se rendre à l'urgence.

*Notre système de santé et de services sociaux
doit subir d'importants changements afin
de répondre aux besoins grandissants
des personnes âgées*



PRIORITÉ 2

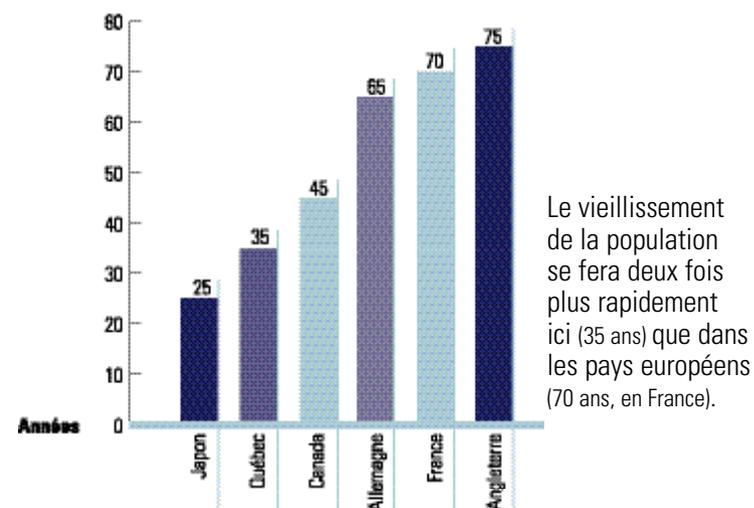
1.2 Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement

Les personnes de 65 ans et plus représentaient 13 % de la population du Québec en 2001. En 2041, elles représenteront près de 29 % de la population. S'il est vrai que les personnes de plus de 65 ans sont en majorité en bonne santé, il reste que les personnes très âgées, celles utilisant le plus de services, seront encore plus nombreuses que maintenant, occasionnant ainsi une augmentation importante des services à offrir. Dans les pays développés, seule la population du Japon vieillira plus rapidement que celle du Québec. L'augmentation du nombre de personnes âgées amène donc une hausse de la demande de services ainsi que des changements dans le genre de services sociaux et de santé dont la population a besoin.

Notre système de santé et de services sociaux—mis en place au début des années 70 alors que la population était plus jeune—doit subir d'importants changements afin de répondre aux besoins grandissants des personnes âgées. L'accès aux services est souvent compliqué, surtout lorsque les personnes doivent utiliser divers services parce qu'elles ont des problèmes multiples. L'offre de services à domicile ne répond pas suffisamment à la demande, alors que les personnes âgées désirent rester chez elles le plus longtemps

Figure 1

Nombre d'années requises pour que la population âgée de 65 ans et plus passe de 12 % à 24 % (de l'ensemble de la population)



possible, pour leur mieux-être. Cette volonté est également avantageuse économiquement pour les personnes elles-mêmes et pour le système. Il n'y a pas assez de services reliés aux maladies propres au vieillissement des personnes. Les milieux d'hébergement ont de la difficulté à faire face à l'évolution des besoins, surtout parce que les personnes utilisent leurs services de plus en plus tard, lorsqu'elles ne peuvent plus habiter chez elles parce qu'elles ont des incapacités sévères.



Nous devons donc revoir l'ensemble de nos programmes de soins et de services de manière à intervenir plus tôt, à offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie des services continus, complémentaires, permettant aux personnes de demeurer dans leur milieu de vie tant qu'elles seront à l'aise d'y rester. Nous devons aussi apporter de l'aide et du soutien à leurs proches et à leurs familles. Le maintien des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur milieu de vie est en grande partie facilité par l'implication de leurs proches. Nous devons donc apporter à ces personnes de l'aide et du soutien afin d'éviter leur isolement, leur épuisement et pour leur permettre de poursuivre leurs activités familiales, sociales et professionnelles.

Afin d'offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie une gamme de services adaptés à leurs besoins, nous devons :

1.2.1 Offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie plus de services dans leur milieu de vie

Pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs proches, nous devons offrir plus de services à domicile et offrir les mêmes services dans tous les CLSC. Chaque région offrira des services d'évaluation et de traitement des maladies et des problèmes liés au vieillissement des personnes, de même que des services spécialisés de réadaptation adaptés aux personnes âgées. Les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches pourront aussi compter sur une personne du réseau qui aura la responsabilité de coordonner les divers services requis de sorte qu'ils n'aient plus à « magasiner » eux-mêmes ces services à travers le réseau.

1.2.2 Améliorer les services offerts aux personnes hébergées

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées, nous allons rehausser la qualité des soins et des services offerts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et créer 2 200 nouvelles places pour assurer un meilleur accès aux services d'hébergement, là où les besoins ne sont pas comblés.

Priorité 2 : Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement

Mesures	Besoins (millions de dollars)
1. Offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie plus de services dans leur milieu de vie	
- Étendre les services de soutien à domicile et offrir les mêmes services dans tous les CSLC	133,5
- Accroître et coordonner les services offerts dans la communauté (ex. centres et hôpitaux de jour, soutien aux proches, hébergement non institutionnel)	171,0
2. Améliorer les services offerts aux personnes hébergées et créer 2 200 nouvelles places	152,2
TOTAL	456,7

1.2.3 S'assurer que les personnes en perte d'autonomie sévère qui sont en résidence privée d'hébergement reçoivent les services dont elles ont besoin

Les ressources des CLSC devront livrer les soins à domicile requis par les personnes en perte d'autonomie sévère qui sont logées dans des résidences privées d'hébergement.

Grâce aux soins à domicile, à l'ajout de places pour les soins de longue durée et à l'accompagnement que nous offrirons aux personnes âgées en perte d'autonomie pour qu'elles reçoivent tous les soins requis, celles-ci pourront recevoir les soins nécessaires sans être obligées de se rendre à l'urgence.

Chaque dollar investi en prévention, dans certains programmes, peut faire épargner jusqu'à sept dollars en soins de santé



PRIORITÉ 3

1.3 Prendre le virage prévention

Quand on pense à la prévention, l'expression qui nous vient à l'esprit est : « *Mieux vaut prévenir que guérir* ». C'est un dicton plein de bon sens... mais lorsque les ressources sont limitées, il est normal de vouloir les consacrer d'abord à soigner les gens. Dans les discussions sur l'utilisation des ressources financières, l'argument des besoins criants pour des services curatifs l'emporte souvent sur l'argument des bienfaits associés aux services préventifs, surtout que la prévention produit des effets, certes à court terme, mais davantage palpables à moyen et à long terme. Ainsi, nous consacrons actuellement relativement peu d'argent à la prévention des problèmes sociaux et de santé.

En fait, nous investissons 265 millions de dollars annuellement dans la prévention, mais ce montant ne représente que 2,3% des dépenses en services sociaux et de santé. Pourtant, chaque dollar investi en prévention, dans certains programmes, peut faire épargner jusqu'à sept dollars en soins de santé.

Par ailleurs, il est vrai que nous avons fait des gains importants dans le domaine de la santé au cours des 20 dernières années, de sorte que les Québécoises et les Québécois vivent de plus en plus vieux. En fait, le Québec est l'un des endroits au monde où les gens vivent le plus vieux. Mais certains problèmes se posent encore. Par exemple, certaines personnes ont des manières de vivre et d'agir qui nuisent à leur santé; elles ne sont pas assez actives et souffrent de plus en plus de problèmes liés à l'obésité. Il y a également de plus

en plus de suicides, notamment chez les jeunes, de même que des cas d'abus sexuels et de violence familiale. Bien que ces problèmes ne soient pas particuliers au Québec, nous devons les réduire pour le mieux-être des personnes concernées, et parce qu'ils mettent encore plus de pression sur notre système de santé et de services sociaux et en font augmenter les coûts.

Nous sommes convaincus que la solution à ces problèmes repose en bonne partie sur la prévention. Les spécialistes le confirment d'ailleurs depuis plusieurs années. Le gouvernement a déjà mis en place plusieurs mesures en ce sens, mais il faut faire beaucoup plus si nous voulons que les choses changent vraiment. Le Québec doit donc réellement prendre le virage de la prévention et y investir plus de ressources : nous nous y engageons.

Récemment, nous avons adopté le **Programme national de santé publique 2003-2012**. C'est un outil flexible et extrêmement complet, qui nous permettra, au cours des 10 prochaines années, d'orienter nos actions de santé publique en fonction des priorités pour l'ensemble du Québec et de celles propres à chaque région.

Priorité 3 : Prendre le virage prévention

Mesures	Besoins (millions de dollars)
1. Informer la population sur les moyens à prendre pour rester en santé	73,0
2. Offrir plus de services préventifs dans notre réseau	118,0
- Soutien au personnel (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) pour qu'il fasse de la prévention auprès des personnes qu'il sert ou soigne au quotidien	
- Actions préventives auprès des personnes plus vulnérables, dont les jeunes familles, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté et auprès de leur famille	
- Interventions pour contrer le suicide, l'alcoolisme, les toxicomanies, le VIH	
3. Soutenir les autres secteurs d'activité pour prendre collectivement le virage prévention	50,0
- Partenariats pour la promotion de l'activité physique, de la lutte au tabagisme, etc.	
TOTAL	241,0



Outre la réalisation de ce programme et pour contribuer au virage prévention, nous devons :

1.3.1 Informer la population sur les moyens à prendre pour rester en santé

Nous diffuserons dans l'ensemble des foyers du Québec une information facile à consulter qui permettra aux personnes de prendre les moyens pour éviter l'apparition de problèmes sociaux ou de santé et de réagir rapidement dès l'apparition de symptômes.

Nous créerons aussi un site internet qui fournira à la population de l'information lui permettant de faire des choix de santé éclairés et d'utiliser les services offerts de la façon la plus efficace possible.

De plus, nous informerons régulièrement la population sur son état de santé et sur les facteurs qui contribuent aux principaux problèmes sociaux et de santé.

1.3.2 Offrir plus de services préventifs dans notre réseau de la santé et des services sociaux

Nous soutiendrons le personnel du réseau de la santé et des services sociaux (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) afin qu'il puisse inclure davantage la prévention dans son travail quotidien. Pour ce faire, nous lui offrirons la formation et l'information lui permettant de faire de la prévention auprès des personnes qu'il sert ou soigne au quotidien. Nous profiterons de la création des groupes de médecine de famille (GMF), dont l'équipe au complet collaborera au suivi de l'état de santé des patients inscrits, pour augmenter la pratique clinique préventive.

Tous les CLSC du Québec, en collaboration avec les organismes du milieu, mèneront des actions préventives auprès de la population en général, mais également de façon spécifique auprès des personnes plus vulnérables, dont les jeunes familles, les femmes victimes de

violence et les jeunes en difficulté. Ces actions se feront en priorité dans les milieux défavorisés.

1.3.3 Soutenir les autres secteurs d'activité afin de prendre collectivement le virage prévention

Par le partenariat, nous soutiendrons le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, le monde du travail, le milieu communautaire, les municipalités et les autres milieux de vie dans la promotion et la mise en place de mesures préventives concrètes (par exemple, promouvoir l'activité physique, la bonne alimentation et la lutte au tabagisme) qui permettront de réduire les problèmes sociaux et de santé.

Enfin, nous conseillerons le gouvernement sur l'impact de ses politiques sur la santé et le mieux-être des Québécoises et des Québécois.

Parce que les gens auront fait les bons choix santé grâce à la prévention et parce qu'ils seront mieux informés et outillés pour savoir comment éviter des problèmes de santé mineurs ou réagir rapidement dès l'apparition de ceux-ci, ils se rendront moins souvent à l'urgence.

*Les cas urgents seront toujours
traités en priorité, qu'ils fassent
partie ou non d'une liste d'attente*

PRIORITÉ 4

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

Au Québec, toutes les personnes qui ont besoin de soins urgents sont traitées en priorité. Au cours des dernières années, nous avons augmenté de façon significative le nombre d'interventions spécialisées. Malgré tout, nous n'arrivons pas à répondre à la demande, principalement en raison du vieillissement de la population. Certaines personnes attendent parfois longtemps pour subir une chirurgie cardiaque, du genou, de la hanche ou de la cataracte.

Lorsque les délais d'attente sont trop longs, les patients doivent parfois se rendre à l'urgence pour soigner des complications.

Pour réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés, nous devons, de façon prioritaire :

1.4.1 Respecter les délais d'accès aux services médicaux spécialisés sur lesquels les médecins s'entendent

Les cas urgents seront toujours traités en priorité, qu'ils fassent partie ou non d'une liste d'attente. De plus, nous visons à ce que tous soient traités à l'intérieur de délais maximums sur lesquels s'entendent les médecins (figure 2). Nous garantirons l'accès aux

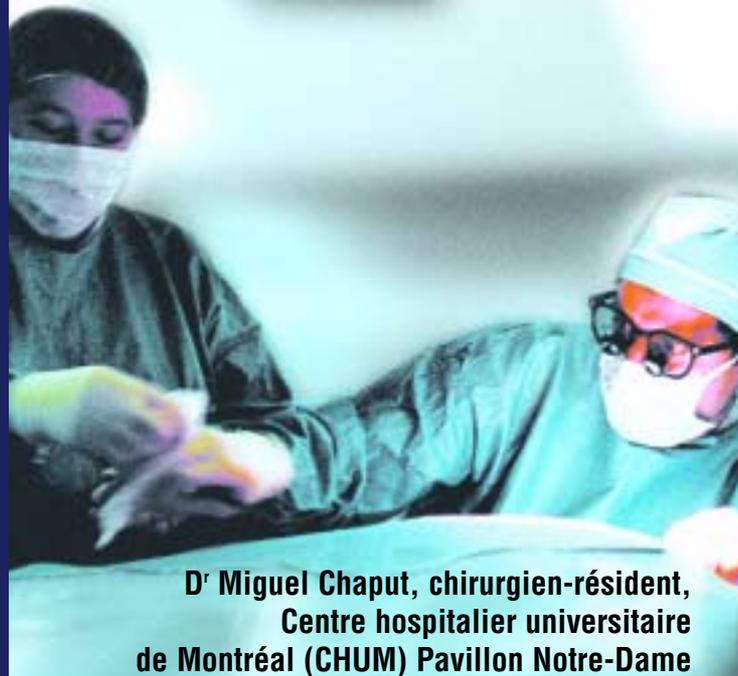
Figure 2

Délais maximums visés pour les interventions spécialisées

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

services spécialisés à toute la population du Québec et paierons des frais de déplacement et de séjour aux personnes qui devront utiliser ces services à l'extérieur de la région où elles habitent. Nous rapprocherons les services de dialyse du lieu où habitent les personnes qui doivent recevoir ce traitement parce qu'elles ont une maladie affectant le fonctionnement de leurs reins. Nous mettrons en place la télésanté pour permettre aux personnes résidant en région d'avoir accès à certains services médicaux spécialisés à distance.

Toutes les modifications que nous proposons auront un impact positif et immédiat sur les délais d'attente à l'urgence



**D^r Miguel Chaput, chirurgien-résident,
Centre hospitalier universitaire
de Montréal (CHUM) Pavillon Notre-Dame**



1.4.2 Réduire les délais d'attente à l'urgence

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

Nous agirons également sur le fonctionnement même de l'urgence en mettant en œuvre, sous la responsabilité de la régie régionale, un plan d'action pour chaque hôpital ayant un service d'urgence, dans le but de réduire les durées de séjour et d'ainsi améliorer les conditions des personnes qui s'y trouvent. Chaque établissement devra appliquer le **Guide de gestion de l'unité d'urgence**. Nous reverrons aussi l'organisation du travail des équipes pour les rendre encore plus efficaces et nous réaménagerons, au besoin, les salles d'urgence pour les rendre plus fonctionnelles, deux mesures qui permettront d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel des urgences et d'éviter que les urgences soient surchargées.

Parce qu'elles seront traitées plus rapidement, les personnes en attente de services spécialisés se rendront moins souvent à l'urgence pour obtenir des soins.

Priorité 4 : Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés

Mesures	Besoins (millions de dollars)
1. Respecter les délais maximums d'attente pour des services spécialisés	162,0 ¹
2. Améliorer l'accès aux services spécialisés dans certaines régions en remboursant des frais de déplacement et de séjour	9,0
3. Réaliser le plan d'action national sur les urgences	25,0
4. Améliorer la façon d'organiser les services ambulanciers et les autres services qui interviennent avant que la personne arrive à l'urgence	38,0
TOTAL	234,0

1. Montant non récurrent

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

**Pour faire
les bons choix**

*Nous sommes convaincus qu'avec l'effet combiné
de toutes ces mesures et l'engagement des médecins
et des gestionnaires à faire de l'urgence la priorité
de leur hôpital, le problème des urgences
au Québec sera enfin résolu*

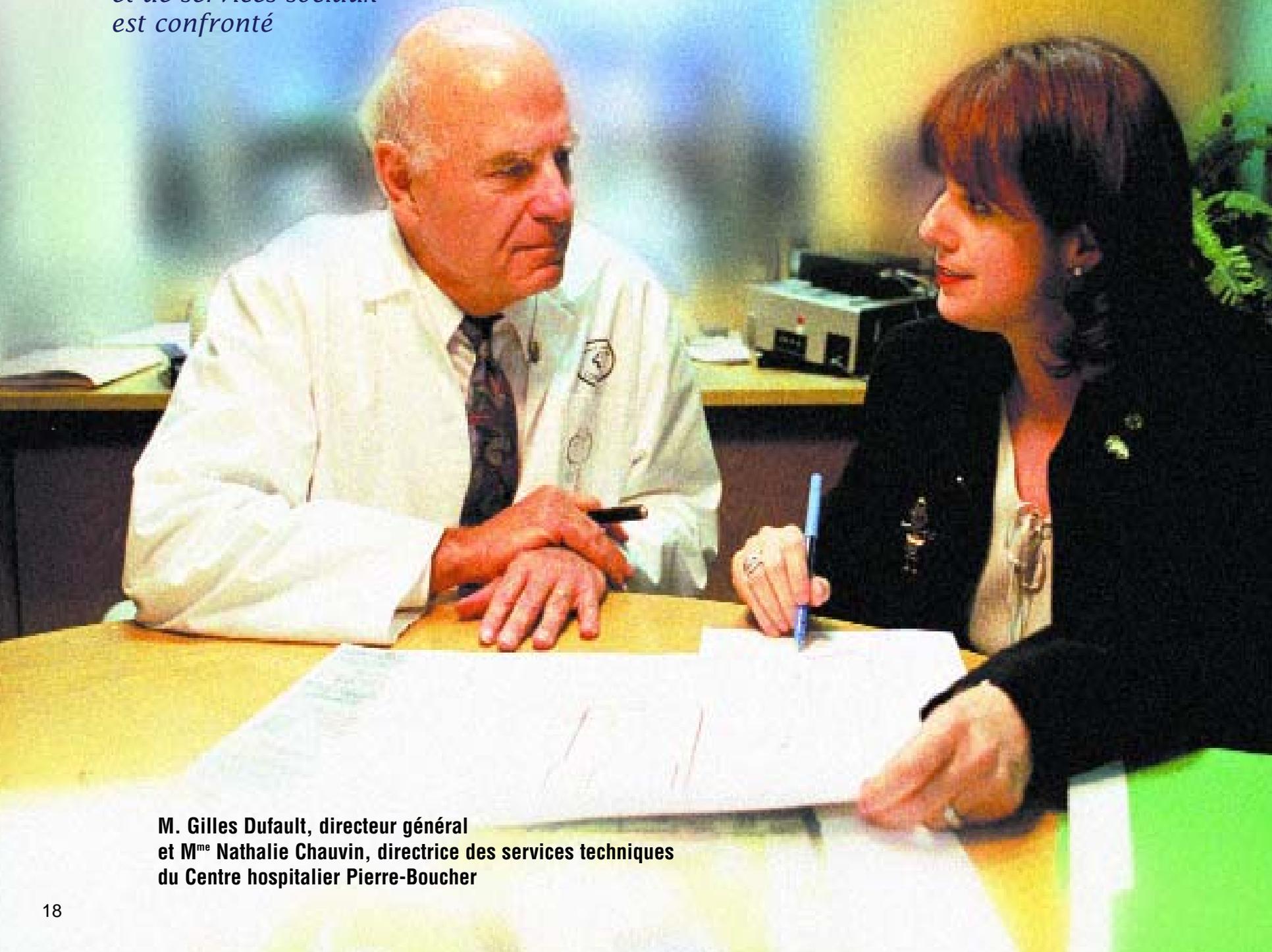


Une série de mesures qui règle le problème des urgences

- En offrant aux gens, près de chez eux, les services sociaux et de santé auxquels ils ont le plus souvent recours, entre autres par les GMF
- En offrant aux personnes âgées en perte d'autonomie une gamme de services adaptés à leurs besoins
- En prenant le virage prévention
- En réduisant les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés et en misant sur l'engagement des médecins et des gestionnaires à faire de l'urgence la priorité de leur hôpital

nous pourrons garantir à toute la population des services efficaces, rapides et accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans toutes les urgences du Québec sans exception.

*Les gestionnaires de chacune
des instances du réseau,
ceux et celles qui y offrent
des services et les représentent,
devront se sentir
plus que jamais interpellés
par les défis auxquels
notre système de santé
et de services sociaux
est confronté*



**M. Gilles Dufault, directeur général
et M^{me} Nathalie Chauvin, directrice des services techniques
du Centre hospitalier Pierre-Boucher**

2^e défi

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



Au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées à la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. Nous aurions cependant tort de croire que les efforts consentis sont suffisants.

Nous ne pouvons pas donner un meilleur accès aux services uniquement en investissant davantage. Déjà, les sommes consacrées au secteur de la santé et des services sociaux représentent 40 % du budget du gouvernement du Québec. Nous devons donc garantir à la population que cet argent est utilisé de la meilleure façon possible et lui en faire la démonstration.

Nous nous engageons auprès de la population à lui offrir un meilleur accès à tous les services et à organiser ces derniers en fonction de ses besoins. Mais pour respecter ces engagements,

nous devons faire des changements importants dans notre façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. Nous sommes convaincus que ce réseau est capable d'être davantage efficace si nous lui en donnons la possibilité.

Pour faire les changements requis, nous devons outiller les gestionnaires pour qu'ils puissent assumer pleinement leurs responsabilités et rendre compte à la population de l'utilisation des fonds publics. Il faut aussi trouver des solutions qui feront que le personnel, y compris les médecins, sera disponible là où les besoins sont les plus prioritaires. Nous miserons également sur les partenariats et les technologies de l'information et des communications dans la recherche de solutions pour être plus efficaces.

Nous sommes convaincus que ce réseau est capable d'être davantage efficace si nous lui en donnons la possibilité



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

Au cours des dernières années, le Québec a misé sur la régionalisation de son système de santé et de services sociaux. C'est ainsi que les régies régionales ont vu le jour et ont été appelées à planifier les services sur leur territoire. Mais jusqu'à maintenant, les instances régionales et locales n'ont pas réellement obtenu les marges de manœuvre nécessaires pour organiser les services en fonction des besoins de leur population. De plus, l'expérience a fait ressortir des imprécisions dans le partage des responsabilités entre le Ministère, les régies régionales et les établissements, créant ainsi de la confusion et des duplications de rôles.

Les régies régionales, de même que les établissements de santé et de services sociaux, doivent être en mesure de faire les choix budgétaires et de définir les modes d'organisation des services les plus aptes à satisfaire les besoins de leur population dans le respect des budgets qui leur sont alloués. Ils seront ainsi capables tenir compte des particularités de leur milieu.

C'est pourquoi **nous renforcerons les responsabilités des régies régionales** pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle et de prendre les décisions en matière d'allocation des budgets, d'organiser et de coordonner les services entre les établissements de leur région.

Au chapitre de l'allocation des budgets, nous poursuivrons les changements et les travaux amorcés cette année en vue de **rétablir l'équité dans le financement**. La nouvelle façon d'allouer

les budgets aux établissements tiendra compte du volume et de la lourdeur des soins offerts ainsi que des besoins de la population.

La décentralisation de la prise de décision du ministère de la Santé et des Services sociaux vers les régies régionales devra se poursuivre des régies régionales vers les établissements. Ainsi, les établissements auront davantage de marge de manœuvre.

Tous les établissements devront offrir à la population des soins et des services complémentaires et mieux adaptés. Certes, les différents types d'établissements du réseau ont des missions qui leurs sont propres, mais ceux-ci devront, plus que jamais, se soucier **d'harmoniser les services et de se compléter entre eux**.

Accroître les responsabilités des régies régionales et des établissements s'accompagne toutefois d'une contrepartie. Puisque c'est au niveau régional et local que les décisions seront prises, il reviendra à ces instances de rendre des comptes à la population sur les résultats obtenus. Nous allons donc procéder à une **véritable décentralisation en échange d'une plus grande transparence et d'une plus grande reddition de comptes à la population**.

En plus de fixer les orientations pour l'ensemble du Québec et d'assumer sa mission de coordination, **le ministère de la Santé et des Services sociaux évaluera et fera un suivi systématique des résultats** des établissements et des régies régionales.

C'est dans cet esprit que nous avons rendu public le **Bulletin de santé** des hôpitaux du Québec, lequel sera suivi au cours des prochains mois de bulletins pour les autres catégories d'établissements. Nous considérons qu'il est de notre devoir de permettre à la population de juger de l'efficacité des services, des sommes consacrées pour les offrir et de la satisfaction de ceux et celles qui les ont utilisés.

*Il ne suffit pas que les soins médicaux
soient de qualité, il faut aussi que
les gens y aient accès*



Certaines informations du *Bulletin de santé*, utiles pour la population, sont essentielles pour les gestionnaires du réseau dans leurs activités quotidiennes. Ces informations de gestion constitueront la base des **contrats de performance** qui seront conclus entre le Ministère et les régies régionales et entre les régies et les établissements. Ces contrats présenteront une évaluation de la situation basée sur une série d'indicateurs de performance. De plus, ils contiendront des objectifs ambitieux d'amélioration, de même que les moyens concrets pour les atteindre.

Quant aux gestionnaires du réseau, ils seront les principaux artisans de la mise en œuvre des changements à réaliser et ils en seront responsables. Le réseau de la santé et des services sociaux est un système complexe à gérer, probablement le plus complexe de toutes les organisations publiques ou privées.

À ce titre, il est indispensable que tous les gestionnaires du réseau disposent de tous les outils et de toutes les habiletés requises afin d'assumer pleinement leurs responsabilités. Pour y arriver, nous mettrons à leur disposition la **formation** nécessaire pour les soutenir dans la réalisation de leurs défis nombreux et complexes.

2.2 Une main-d'œuvre plus disponible

L'importance stratégique des ressources humaines dans un secteur comme celui de la santé et des services sociaux n'a pas besoin d'être démontrée. Ceux et celles vers qui se dirigent les personnes malades ou en détresse seront toujours des ressources inestimables.

Les gens qui travaillent dans le réseau sont compétents et dévoués. Au cours des dernières années, souvent dans des conditions difficiles, ils ont non seulement offert des services de qualité, mais ils ont su, dans bien des cas, innover afin de répondre aux besoins des gens. Il faut maintenir cette compétence et cette implication, mais il faut aussi, dans un contexte où les ressources sont rares, avoir un nombre suffisant de personnes qualifiées et disponibles pour travailler là où les besoins les plus prioritaires se font sentir.

Nous proposons donc un ensemble de solutions visant à ce que le personnel du réseau, y compris les médecins, soit plus nombreux à servir et soigner la population et qu'il soit davantage disponible aux bons endroits. Ces solutions nous permettront aussi de faire une meilleure utilisation des compétences de chacun.

Les médecins

Il ne suffit pas que les soins médicaux soient de qualité, il faut aussi que les gens y aient accès. Pour y arriver, il faut que plus de médecins acceptent de participer aux tâches prioritaires, comme travailler à l'urgence. C'est d'autant plus important qu'ils le fassent que leur nombre est limité et que les besoins, eux, sont presque illimités.

Nous devons nous assurer que la présence des médecins soit mieux répartie entre les régions, à l'intérieur de celles-ci et dans les établissements. Il faut aussi faire en sorte qu'il y ait plus de nouveaux médecins qui s'ajoutent au nombre actuel.

Nous devons donc adopter des mesures pour améliorer l'accès aux services prioritaires partout au Québec. Une importante étape a été franchie avec le dépôt d'un projet de loi proposant une série de mesures permanentes visant à rendre plus de médecins disponibles pour répondre aux besoins prioritaires des gens.

L'ensemble des mesures respecte l'autonomie et la responsabilité professionnelle des médecins



L'ensemble des mesures respecte l'autonomie et la responsabilité professionnelle des médecins qui sont les seuls à pouvoir décider des soins qu'une personne doit recevoir et de la façon de les lui donner.

Voici les principaux changements proposés pour que la population ait accès aux soins d'un médecin.

- 1. Les médecins devront s'engager à participer à des activités médicales particulières (AMP). Ces activités seront réalisées dans les secteurs où les besoins sont les plus prioritaires, soient les services d'urgences, qui sont la première priorité, les hôpitaux et les centres d'hébergement, les services pour les grossesses et les accouchements, de même que pour le suivi des patients qui ont plus de 70 ans ou de ceux qui ont des maladies chroniques comme le diabète**
- 2. À l'aide des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), nous nous assurerons que les nouveaux médecins s'installent dans les régions qui ont les plus grands besoins et qu'ils pratiquent là où ils ne sont pas assez nombreux. Cette mesure permettra une répartition plus équitable des médecins entre les régions**
- 3. Les régies régionales devront établir, au besoin, des ententes de services pour jumeler entre eux des établissements de leur région ainsi qu'avec ceux des régions disposant de plus de médecins pour assurer les services**

- 4. Nous augmenterons graduellement le nombre d'étudiants admis en médecine à l'université. Nous avons amorcé cette augmentation en portant le nombre d'admissions de 406 en 1998, à 666 en 2003, ce qui représente une augmentation de 64 %**
- 5. Nous ferons plus d'efforts pour amener des médecins formés à l'étranger à venir travailler au Québec**



D^{re} Nhu Pham-Nguyen, CHSLD Saint-Laurent, avec sa patiente, M^{me} Drolet

En tenant compte de l'arrivée de médecins et des départs de ceux-ci, 200 nouveaux médecins s'ajouteront chaque année à ceux qui pratiquent au Québec. De plus, avec l'effet des autres changements que nous ferons, dont la création des GMF, nous réglerons une bonne partie des problèmes liés à la rareté des médecins dès la première année de notre plan.

*Nous proposons un ensemble de solutions visant
à ce que le personnel du réseau, y compris les médecins,
soit plus nombreux à servir et soigner la population*



Les infirmières et les autres professionnels

En 2003, 241 500 personnes travailleront dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Actuellement, 1 800 postes d'infirmières sont vacants dans le réseau. D'ici cinq ans, pour réaliser ce plan, 32 800 professionnels de plus seront nécessaires, dont 8 450 infirmières.

Cette situation n'est pas propre au Québec. Aux États-Unis, il y a 168 000 postes vacants d'infirmières dans les hôpitaux et les besoins continuent d'augmenter. L'Angleterre, la France, l'Allemagne et le Japon, comme un grand nombre de pays développés, font aussi face aux mêmes difficultés.

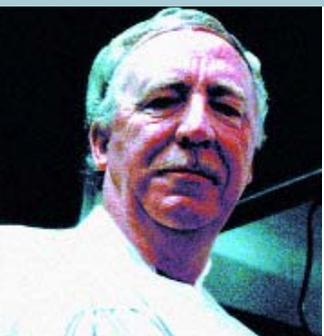
Par ailleurs, les conditions de travail du personnel du réseau ont été établies à une époque où il y avait beaucoup de gens disponibles pour travailler et où les besoins de la population, parce qu'elle était plus jeune, étaient moins grands. Aujourd'hui, avec le vieillissement de la population, les besoins médicaux et sociaux sont de plus en plus nombreux et variés. Mais les conditions de travail et les conventions collectives du personnel n'ont pas évolué en tenant compte de ces nouveaux besoins.

Au cours des dernières années, nous avons augmenté le nombre de jeunes diplômés dans les professions de la santé et des services sociaux, mais ce nombre ne suffit pas à combler tous les besoins du réseau et le problème sera de plus en plus criant à mesure que les besoins de la population augmenteront, à cause du vieillissement.

Afin de garantir l'accès aux services médicaux et sociaux partout au Québec, nous devons faire les changements suivants :

- 1. Rendre plus attrayants les postes permanents d'infirmières, ce qui permettrait de stabiliser les équipes de travail et de conserver l'expertise acquise au fil du temps**
- 2. Utiliser toutes les possibilités offertes par la Loi 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2001*) pour faire un nouveau partage des responsabilités entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé. En libérant les médecins de tâches pouvant être accomplies par des infirmières et en libérant celles-ci de tâches pouvant être accomplies par les autres professionnels, nous améliorerons l'accès aux services tout en maintenant la qualité des soins médicaux**
- 3. Mieux utiliser toutes les compétences de toutes les catégories de personnel avec qui les infirmières travaillent pour leur permettre de se consacrer aux tâches essentielles pour lesquelles elles ont été formées**

Toutes ces mesures permettront qu'un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels soient disponibles pour travailler là où les besoins se trouvent dans le réseau



- 4. Adapter les conventions collectives pour garantir plus de souplesse et de flexibilité dans l'organisation des services (par exemple, regrouper des unités d'accréditation syndicale)**
- 5. Donner la possibilité au personnel de recevoir la formation lui permettant de s'adapter aux changements dans ses tâches et dans l'organisation de son travail**
- 6. Faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes choisissent de faire carrière dans le domaine de la santé et des services sociaux et que plus de candidats réussissent aux examens des ordres professionnels**

En conclusion, avec le vieillissement de la population et l'augmentation en soins et services que cela entraîne, le domaine de la santé et des services sociaux sera celui qui connaîtra les plus grands besoins en main-d'œuvre, et ce, à l'échelle mondiale. Pour faire en sorte que tous les emplois du réseau de la santé et des services sociaux attirent suffisamment de personnes, il faudra se pencher sur les moyens de rendre la rémunération plus intéressante.

Toutes ces mesures touchant la main-d'œuvre permettront qu'un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels soient disponibles pour travailler là où les besoins se trouvent dans le réseau. Nous pourrions ainsi fournir les ressources nécessaires pour faire les changements dans l'organisation des services. Ces mesures permettront aussi d'améliorer la satisfaction du personnel au travail et de réduire les absences en raison de maladies professionnelles.

2.3 Des partenariats pour plus de flexibilité

Dans certaines circonstances, nous croyons qu'il peut être avantageux de conclure des ententes avec des partenaires pour assurer l'accès aux services. Cela se fait déjà dans notre système.

Dans le but d'améliorer l'accès aux services spécialisés pour les patients et de contribuer à diminuer les délais d'attente, nous travaillerons à implanter des cliniques affiliées de médecins spécialistes.

Ces cliniques médicales seraient associées à un hôpital. Les patients qui y seraient traités devraient être référés par l'hôpital. La liste des personnes à traiter en priorité serait établie en fonction de l'urgence de leur cas et non pas en fonction de leur capacité de payer.

L'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie utilise déjà le partenariat avec le secteur privé, et nous devons explorer la possibilité d'en faire davantage, surtout devant les besoins de plus en plus élevés auxquels nous devons répondre. Le partenariat qui a été développé jusqu'à présent, par l'entremise des centres d'hébergement «privés conventionnés», garantit les mêmes standards de qualité que ceux régissant les établissements publics et la même politique de contribution pour les personnes âgées.

Par ailleurs, d'autres formes de partenariats doivent se poursuivre, notamment avec le milieu communautaire autonome, et ce, sur une base volontaire dans le respect des termes de la politique gouvernementale.



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

Le système de santé et de services sociaux doit utiliser davantage les technologies de l'information et des communications (TIC) pour améliorer l'accès à ses services. Dans un contexte où les établissements doivent pouvoir échanger facilement l'information et partager les services, les technologies de l'information et des communications permettent de mieux répondre aux besoins de la population et favorisent une meilleure utilisation des ressources.

De façon à améliorer la circulation de l'information et à mieux organiser les services, nous comptons :

- 1. Poursuivre la mise en place des systèmes d'information clinique pour les services sociaux et médicaux de proximité de même que les services spécialisés**
- 2. Adapter le projet de carte santé pour que cet outil facilite le suivi et la prise en charge des personnes qui reçoivent des services sociaux ou médicaux et ainsi améliorer la qualité des services livrés**
- 3. Investir pour informatiser les GMF afin que les professionnels des GMF, des CLSC et des établissements puissent échanger de l'information entre eux pour aider au suivi et à la prise en charge des personnes inscrites auprès des GMF**
- 4. Développer les systèmes d'information de gestion en appui à la gestion par résultats et à l'obligation de rendre des comptes**



**Le D^r Louis Normandin et le
D^r Miguel Chaput, Centre hospitalier
universitaire de Montréal (CHUM)
pavillon Notre-Dame**



3^e défi

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



Les efforts consentis collectivement jusqu'à maintenant nous ont permis de poser les assises d'un système de santé et de services sociaux moderne. Toutefois, comme partout ailleurs dans le monde, d'énormes pressions s'exercent sur notre système. La population vieillit, elle a besoin de plus en plus de soins et de services spécialisés et mieux adaptés. Les développements technologiques influencent à la hausse le coût des différents traitements et interventions.

Cependant, les ressources financières que nous avons investies dans le réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas permis de combler tous les besoins.

Il importe donc d'intervenir pour assurer tous les services à la population du Québec.

Nous arrivons à la conclusion qu'une mise à niveau de 1,8 milliard de dollars est nécessaire



3.1 Le financement nécessaire pour assurer l'avenir du système

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

Cette somme serait consacrée en priorité aux services sociaux et de santé à proximité du milieu de vie des gens, tel que le démontre le tableau ci-dessus.

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

En résumé

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

1. Incluant 162 millions non récurrents

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

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

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

La population du Québec comptait 300 000 personnes de plus de 65 ans au début des années 60 : elle en compte aujourd'hui un million. Dans une génération, il y aura deux millions de personnes âgées qui auront davantage besoin de soins et de services. Nous devons donc adapter le financement de nos services à cette nouvelle réalité.

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

Pour couvrir l'augmentation de l'ensemble des dépenses en santé et en services sociaux au cours des prochaines années, notre budget devra augmenter à chaque année de 5,2%



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

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

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

Ces facteurs vont continuer de faire augmenter les coûts du système, même après que nous aurons investi 1,8 milliard de dollars pour changer l'organisation de nos services et faire la mise à niveau nécessaire pour offrir tous les services prioritaires. Pour couvrir l'augmentation de l'ensemble des dépenses en santé et en services sociaux au cours des prochaines années, notre budget devra augmenter à chaque année de 5,2%. Nous pourrions ainsi répondre aux besoins additionnels de la population vieillissante, couvrir l'augmentation de la consommation et des coûts des médicaments, payer les coûts liés à l'évolution technologique et payer les hausses régulières des dépenses (figure 3).

Figure 3

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

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

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

Figure 4



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

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

L'écart de 1,5 % entre les dépenses estimées (5,2 %) et les revenus projetés (3,7 %) pourrait donc représenter un manque de financement par année de plus de 300 millions de dollars. Cet écart annuel, combiné au besoin de 1,8 milliard nécessaire pour réaliser les changements proposés, entraînerait un manque à gagner global de 3,7 milliards de dollars en 2007 et de 14 milliards de dollars en 2020 (figure 4).

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

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

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

est nettement plus important que celui de 5,2 % que nous prévoyons pour le Québec.

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

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

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

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

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

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

*Déployer un système de soins privés
parallèle n'aurait certainement
pas pour effet de faire apparaître,
comme par magie, plus de médecins,
plus d'infirmières ou plus d'argent*



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

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

Figure 5

**Nombre de déclarations
selon la tranche de revenu total,
Québec 1999**

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

Figure 6

**Coûts des chirurgies pour lesquelles les délais d'attente sont parfois longs
(coûts hospitaliers excluant la Régie de l'assurance maladie du Québec)**

Spécialité	Coût par patient	Coût total	Proportion des coûts selon le niveau de revenu imposable
	2002-2003 (\$)	2002-2003 (\$)	45 000 \$ et plus (15 %) (\$)
Chirurgie cardiaque	16 400	141 778 000	21 266 700
Orthopédie – hanche	11 000	40 975 000	6 146 250
Orthopédie – genoux	10 600	36 697 200	5 504 580
Cataractes	1 100	61 647 300	9 247 095
Total	39 100	281 097 500	42 164 625

Nous refusons d'accepter que la capacité de payer des personnes soit une barrière au maintien de leur santé et de leur mieux-être



3.3 Pour faire les bons choix

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

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





**Maman et son nouveau-né,
Centre hospitalier
Pierre-Boucher**

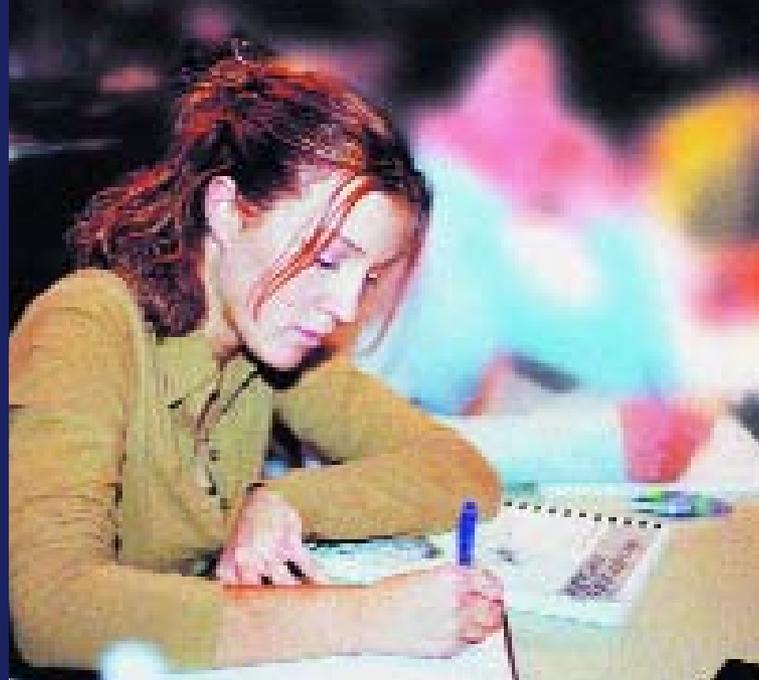
Le déséquilibre fiscal

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

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

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

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



La société québécoise est à un moment critique et déterminant pour l'avenir de son système public de santé et de services sociaux

Nous devons faire les bons choix



La nécessité d'un débat public

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

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

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

Conception et réalisation : Oxygène communication

Photos originales : Éric Barbeau

Merci à tout le personnel du réseau pour sa très grande collaboration

**Johanne Dowd, infirmière
spécialisée en obstétrique,
Centre hospitalier Pierre-Boucher**



