

*Bilan des progrès accomplis
à l'égard de l'entente bilatérale*

intervenue à l'issue de la rencontre

fédérale-provinciale-territoriale

des premiers ministres sur la santé

de septembre 2004



*Bilan des progrès accomplis
à l'égard de l'entente bilatérale*

intervenue à l'issue de la rencontre

fédérale-provinciale-territoriale

des premiers ministres sur la santé

de septembre 2004

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique. Il peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Internet du Ministère : **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, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45632-7 (Version imprimée)

ISBN 2-550-45631-9 (Version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2005

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

À l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la Santé, tenue à Ottawa du 13 au 15 septembre 2004, les premiers ministres du Québec et du Canada ont signé une entente bilatérale intitulée « Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec ». Cette *entente asymétrique* reconnaît notamment la volonté du gouvernement du Québec d'exercer pleinement ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion du système de santé et de services sociaux québécois.

Après avoir rappelé que le Québec souscrit globalement aux objectifs et aux principes généraux énoncés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux dans leur communiqué du 15 septembre 2004 intitulé « Un plan décennal pour consolider les soins de santé », l'accord bilatéral précise que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en fonction des objectifs, des normes et des critères qu'il aura lui-même établis, et ce, notamment à l'égard de la gestion des ressources humaines en santé, de la réforme des soins familiaux et communautaires, des soins à domicile, des stratégies visant l'accès aux médicaments, et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. L'entente établit enfin que le gouvernement du Québec fera lui-même rapport à la population québécoise sur les résultats obtenus suite aux efforts déployés afin de réduire les délais d'attente et, plus largement, des progrès réalisés dans l'atteinte de ses objectifs.

Le présent rapport répond à cet engagement. Un an après la signature de l'*entente asymétrique sur la santé*, le gouvernement du Québec dresse un bilan des progrès réalisés. Le lecteur y trouvera un aperçu des initiatives prises pour réduire les temps d'attente et, plus globalement, améliorer l'accès aux soins de santé . Au nom du gouvernement du Québec, il me fait plaisir de présenter aux Québécoises et aux Québécois ce bilan grâce auquel ils pourront mieux connaître leur système de santé et prendre la mesure des efforts consacrés afin de répondre à leurs besoins.

Le ministre,

Philippe Couillard

Table des matières

1.	RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE ET AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES	5
2.	RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	10
3.	SOINS À DOMICILE ET SOINS PALLIATIFS.....	15
4.	RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES	18
5.	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	22
6.	SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET PROMOTION	24
7.	REDDITION DE COMPTES ET IMPUTABILITÉ	27
8.	SANTÉ DES AUTOCHTONES.....	30
	CONCLUSION.....	32

1. Réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès aux services

Comme les autres gouvernements au Canada, le Québec souscrit globalement aux principes généraux visant la réduction des temps d'attente et l'accès en temps opportun à des soins et des services de qualité énoncés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux à l'issue de la Conférence sur la santé de septembre 2004. Les priorités retenues par le Québec concernent les interventions et les services spécialisés dans les domaines suivants : le cancer, le cœur, l'imagerie médicale, les remplacements articulaires et la restauration de la vue.

Afin de fournir des informations cohérentes sur les progrès accomplis en vue de réduire en particulier les temps d'attente, le Québec participe depuis l'automne 2004 à un groupe de travail provincial-territorial mandaté par la conférence des sous-ministres provinciaux-territoriaux de la santé. Il ressort des études de ce groupe de travail que l'amélioration de l'accès et la réduction des temps d'attente exigeront la collaboration et la participation des prestataires de services (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé) et des gestionnaires du réseau. Sans modifier les façons de faire, l'ajout d'argent neuf ne permettra pas à lui seul d'atteindre les objectifs souhaités. Tous les intervenants de la chaîne de services dans laquelle chemine le patient sont interpellés : des services dans la communauté jusqu'aux services ultrasophistiqués des centres universitaires, en passant par les activités de prévention et de promotion de la santé.

L'engagement du Québec d'améliorer l'accès aux services impose en particulier deux défis de taille à notre système de santé :

- celui de mieux gérer les temps d'attente ; c'est-à-dire développer et implanter les outils nécessaires à une bonne gestion de l'accès aux services afin d'assurer les services aux patients selon leur niveau de besoin ;
- et les réduire, lorsqu'ils dépassent les délais acceptables ; ce qui implique la détermination préalable de points de repère basés sur des évidences cliniques et des niveaux de priorité.

Le Québec s'était déjà attaqué à ces défis, avant septembre 2004, en investissant dans les technologies de l'information. L'accès aux services dans les secteurs de la cardiologie tertiaire et de la radio-oncologie ont, tout spécialement en 2004, fait l'objet d'efforts importants. Dès janvier 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux complétait, dans chaque établissement du Québec offrant des services de cardiologie tertiaire, le déploiement du système normalisé de gestion de l'accès aux services (SGAS). En septembre 2004, un système équivalent, adapté celui-là à la radio-oncologie, était mis en place dans les établissements offrant des services de radio-oncologie. En combinant les investissements dans les technologies de l'information aux investissements en haute technologie pour la

mise à niveau des équipements de traitement en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, le réseau de santé québécois s'est donné les moyens d'optimiser l'utilisation de ressources coûteuses, tout en assurant un accès équitable aux patients en attente de services. Cela a pu se faire grâce à l'adoption, par chaque établissement, d'une grille commune de priorisation des demandes de services basée sur une échelle de risque de morbidité et de mortalité déterminée par consensus par les experts de chaque champ de spécialisation. En plus d'améliorer grandement la gestion de l'attente, les systèmes mis en place en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie permettent de générer de l'information de gestion normalisée de qualité. Pour les deux secteurs, des investissements additionnels seront par ailleurs requis pour rendre les systèmes de gestion de l'accès aux services pleinement opérationnels.

Pour les autres secteurs d'activité prioritaires — l'imagerie médicale, la restauration de la vue et les remplacements articulaires —, le Ministère ne dispose pas encore de système normalisé de gestion de l'accès aux services du type SGAS permettant un suivi complet des patients en attente de services selon leur niveau de besoin. Cependant, dans les secteurs chirurgicaux comme les remplacements articulaires et la restauration de la vue (chirurgie de la cataracte), on peut tout de même suivre périodiquement l'évolution de l'attente des patients, en procédant à la cueillette systématique des données pertinentes auprès des établissements. Pour pallier aux lacunes du système de collecte actuel, le Ministère demandera aux agences régionales et aux établissements de procéder à une analyse des listes d'attente afin que l'on traite d'abord les patients qui sont considérés « hors délai ». Cette opération s'appliquera d'abord au regard des services de remplacements articulaires. Il faudra aussi agir au niveau de l'organisation du travail et des services, standardiser certaines pratiques, effectuer une analyse continue des listes d'attente, revoir les modalités dans la préparation et la sortie des patients tout en s'assurant d'un haut niveau de qualité et de sécurité des services.

Résultats atteints et actions 2004-2006 :

Cardiologie tertiaire

- Réduction marquée des listes d'attente en cardiologie tertiaire¹ : cathétérisme diagnostique et angioplastie passant de 1 544 personnes en attente en 2002 à 916 personnes en attente en 2005, soit une diminution de 40,6 % et, en chirurgie cardiaque, passant de 702 personnes en attente en 2002 à 456 en 2005, soit une diminution de 35 %.
- Rehaussement du réseau : annonce d'un octroi de 18,4 millions de dollars pour l'ajout de trois salles de chirurgie cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal en mai 2005 et modernisation au cours de l'année 2004-2005 de deux salles d'hémodynamie, soit un investissement total de 22 millions de dollars en cardiologie tertiaire à l'Institut de cardiologie de Montréal.

¹ Selon les résultats disponibles au 31 mars 2005.

Radio-oncologie

- Diminution importante des délais d'attente au-delà de huit semaines pour les traitements de radiooncologie depuis mars 2003. Ils sont passés de 206 — tous types de cancer confondus — au 31 mars 2003, à 21 cas, au 30 septembre 2005. Il faut souligner qu'aucune personne atteinte du cancer du sein n'attend, à ce jour, plus de huit semaines pour recevoir les traitements de radiothérapie requis par son état. Les cas de cancer de la prostate en attente depuis plus de huit semaines sont également en très forte diminution.
- Diminution importante pour les délais d'attente au-delà de quatre semaines dont les données sont recueillies depuis juin 2005. Alors qu'au 3 juin 2005, 201 patients atteints de cancer étaient en attente de traitement depuis plus de quatre semaines, ils n'étaient plus que 94 au 23 septembre 2005. Plus globalement, le nombre de personnes en attente de traitements de radio-oncologie diminue progressivement chaque semaine depuis juin 2005.
- Mise en place de corridors de services interétablissements pour les patients en attente de plus de huit semaines. Cela a permis, en 2004-2005, à quelque 300 patients de plus d'être traités à l'intérieur des délais maximums d'attente.
- Ajout de 3 millions de dollars en mai 2005 afin d'autoriser le travail en temps supplémentaire dans les centres de radio-oncologie dans le but de ramener les délais d'attente à moins de quatre semaines.
- Développement de la curiethérapie prostatique au Centre hospitalier universitaire de Montréal permettant de traiter 100 patients de plus par année.
- Exécution de sept projets d'immobilisation dans autant de centres de radio-oncologie qui permettront d'augmenter le parc d'équipement de radiothérapie de 15 accélérateurs et de traiter pas moins de 6 000 patients de plus d'ici l'année 2007-2008.

Imagerie médicale

- Résonance magnétique : en 2005-2006, avec les 13 actuellement en installation, le Québec disposera de 50 appareils dans son réseau public.
- Tomodensitométrie : la même année, en 2005-2006, en incluant les trois actuellement en installation, le Québec disposera de 101 appareils.
- Tomographie par émission de positron : en 2005-2006 toujours, en incluant celui qui est en voie d'installation, le Québec disposera de quatre appareils.

Restauration de la vue et remplacement articulaire

- Augmentation des volumes annuels d'activité entre 2002-2003 et 2004-2005:
 - le nombre de patients opérés pour une chirurgie de la cataracte a augmenté de 16,5 %, soit de 9 358 patients ;
 - le nombre de patients opérés pour une arthroplastie du genou a augmenté de 23 %, soit de 959 patients ;
 - enfin, le nombre de patients opérés pour une arthroplastie de la hanche a augmenté pour sa part de 9,6 %, soit de 377 patients.

- Évolution des listes d'attente sur une base annuelle :
 - On observait — au dernier relevé disponible, en date du 25 juin 2005 —, par rapport à la même période l'année précédente, une diminution de 1,4 % (soit 238 patients de moins) pour la chirurgie de la cataracte, une diminution de 0,2 % (3 patients de moins) pour l'arthroplastie de la hanche et une augmentation de 9,6 % (299 patients de plus en attente) pour l'arthroplastie du genou.

- Le Ministère initiera d'ici décembre 2005 une démarche de clarification du contenu des listes d'attente, en commençant par les cas d'arthroplastie de la hanche et du genou. Dans tous les établissements ayant des patients déclarés en attente depuis plus de neuf mois pour l'une ou l'autre de ces interventions, un complément d'information sera exigé afin de préciser le statut des patients en attente. Cette opération permettra de déterminer le nombre réel de patients en attente dont l'état nécessite l'une ou l'autre de ces interventions et qui sont disponibles à être opérés. Cet effort de clarification permettra en outre de mettre en place à très court terme, en se basant sur la situation qui prévaut effectivement dans les établissements québécois, un plan de priorisation priorisation des patients dont l'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou dépasse réellement les délais reconnus, afin de réduire le plus possible leur nombre. Cet effort représentera un pas important vers un mode de gestion des patients en attente de service basé sur le niveau de besoin réel de la population. La réussite de cette démarche nécessitera la collaboration et l'adhésion de tous les intervenants du réseau, y compris les médecins des spécialités concernées. Les nouvelles données ainsi obtenues permettront de mettre à jour et de bonifier les informations actuellement disponibles dans le site Internet du Ministère.

Tableau synthèse

Cardiologie tertiaire : liste d'attente	
<ul style="list-style-type: none"> • Cathétérisme diagnostique et angioplastie • Chirurgie cardiaque 	<p>Diminution de 40,6 % depuis 2002 du nombre de patients en attente (628 patients de moins)</p> <p>Diminution de 35 % depuis 2002 du nombre de patients en attente (246 patients de moins)</p>
Cardiologie tertiaire : rehaussement	
<ul style="list-style-type: none"> • Cathétérisme cardiaque et angioplastie • Chirurgie cardiaque 	<p>Modernisation de deux salles d'hémodynamie à l'Institut de cardiologie de Montréal en 2004-2005</p> <p>Annonce en mai 2005 de l'ajout de trois salles de chirurgie cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal</p>
Radio-oncologie : liste d'attente	
<ul style="list-style-type: none"> • Attente de plus de huit semaines • Attente de plus de quatre semaines 	<p>Diminution de 85 % (soit 175 de moins) du nombre de patients en attente depuis plus de huit semaines entre mars 2003 et septembre 2005. Pour les cas de cancer du sein et de la prostate, aucun cas en attente ne dépasse huit semaines. Diminution progressive des cas en attente depuis plus de quatre semaines. En septembre 2005, ils n'étaient plus que 94</p>
Radio-oncologie : rehaussement	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement de la capacité 	<p>Quinze appareils de traitement (accélérateurs) sont actuellement en implantation et permettront de traiter annuellement 6 000 patients de plus d'ici 2007-2008</p>
Imagerie médicale	
<ul style="list-style-type: none"> • Résonance magnétique • Tomodensitométrie • Tomographie par émission de positrons 	<p>Treize nouveaux appareils sont en cours d'installation, ce qui portera le nombre d'appareils à 50 dans le réseau public québécois</p> <p>Trois nouveaux appareils sont en cours d'installation, ce qui portera le nombre d'appareils à 101 dans le réseau public</p> <p>Un appareil est en cours d'installation, ce qui portera le total à quatre au sein du réseau public</p>
Chirurgie	
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de la cataracte • Arthroplastie du genou • Arthroplastie de la hanche 	<p>Augmentation de 16,5 % (9 358 de plus) du nombre de patients opérés depuis deux ans</p> <p>Augmentation de 23 % (959 de plus) du nombre de patients opérés depuis deux ans</p> <p>Augmentation de 9,6 % (377 de plus) du nombre de patients opérés depuis deux ans</p>

2. RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

L'augmentation de la population âgée — plus importante au Québec qu'ailleurs au Canada — s'accompagne d'une demande croissante de services de santé et de services sociaux. Pendant ce temps, le réseau de la santé et des services sociaux fait face à une diminution du nombre de jeunes intéressés à prendre la relève des intervenants du réseau. Le gouvernement du Québec s'emploie depuis plusieurs années déjà à contrer ces pénuries de main-d'œuvre — actuelles et anticipées — afin d'assurer à la population le maintien de services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité.

La disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée est nécessaire pour mener à bien les changements qui doivent être introduits dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les progrès réalisés au cours des dernières années, qui ont permis de mieux répondre aux besoins de la population, sont dus en grande partie à la transformation des pratiques des hommes et des femmes qui, au sein du réseau de la santé et des services sociaux, ont su mettre à profit l'évolution des connaissances et le développement technologique, tout en maintenant leur engagement envers les personnes qui avaient besoin de leur aide.

La situation de la main-d'œuvre infirmière en particulier a malgré tout évolué positivement au cours des deux dernières années. On compte, par exemple, 903 infirmières de plus en emploi que le nombre estimé il y a deux ans. L'augmentation des admissions dans les programmes de formation en santé et services sociaux ainsi que de meilleurs taux de diplomation sont principalement à l'origine de cette évolution favorable. La révision des modes d'organisation du travail permettant une meilleure utilisation des compétences des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, des externes et des commis a par ailleurs réduit la demande d'infirmières de 2 600 au cours des cinq dernières années. Enfin, l'augmentation du nombre d'emplois à temps complet et des heures travaillées par les infirmières représentent depuis cinq ans l'équivalent de près de 3 600 emplois additionnels.

Des efforts réalisés par les établissements pour assurer une gestion adéquate de la présence au travail ont par ailleurs permis de compter sur une main-d'œuvre disponible équivalente à 660 intervenants et de réaliser des économies de l'ordre de 17,4 millions de dollars.

Au cours des douze derniers mois, des travaux ont été réalisés conjointement par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de mettre en place la réglementation nécessaire à l'introduction de nouvelles pratiques professionnelles

telles l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, en néonatalogie ou en néphrologie. L'introduction de ces nouvelles pratiques favorisera l'accessibilité aux services de santé au Québec.

Des gestes importants ont par ailleurs été posés pour accélérer l'évaluation et favoriser l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger. Depuis les années 2000, grâce à la mise en place de « Recrutement Santé Québec », fruit d'un partenariat entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 500 infirmières françaises ont été recrutées pour aider à contrer la pénurie de main-d'œuvre infirmière à laquelle nous sommes confrontés. Des programmes de soutien à la formation d'appoint pour les personnes immigrantes, formées dans le secteur de la santé, ont également été implantés.

Dans le secteur de la pharmacie où la pénurie est également importante, les admissions dans les programmes de formation sont passées de 262 en 1999 à 312 en 2004, puis à 360 en septembre 2005. Des investissements ont permis de mettre en place un programme d'intéressement à la carrière de pharmacien en établissement. Enfin, un plan d'action permettra l'introduction de cabinets à narcotiques dans les unités de soins, ce qui favorisera l'utilisation plus judicieuse des infirmières, réduisant ainsi les risques d'erreurs et les coûts liés à l'utilisation des médicaments.

Finalement, pour répondre aux impératifs de la nouvelle organisation des services, le gouvernement a adopté le 18 décembre 2003 la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic. Les dispositions de cette loi, en réduisant notamment le nombre de d'unités d'accréditation syndicale dans un établissement, permettent une gestion plus efficace de la main-d'œuvre. L'adoption de cette loi permet plus globalement aux établissements d'introduire plus de souplesse et de flexibilité dans la gestion des ressources humaines et de mieux répartir la main-d'œuvre disponible en fonction des besoins prioritaires, grâce à la négociation au niveau local de certaines matières principalement liées à l'organisation du travail.

D'autres gestes seront posés au cours des prochains mois afin d'assurer une meilleure coordination et concertation de l'action gouvernementale afin de contrer les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le gouvernement travaille d'ailleurs à l'élaboration d'une stratégie de renouvellement des effectifs du secteur.

Effectifs médicaux

Depuis la fin des années 1990, le Québec a en outre subi les effets d'une pénurie de sa main-d'œuvre médicale. Une pénurie attribuable, d'une part, à la baisse significative des admissions en médecine et, d'autre part, à la mise en place d'un programme de mise à la retraite. Les fédérations médicales estiment respectivement cette pénurie à 800 médecins de famille et à 1 000 médecins spécialistes. Pour pallier à ce manque de médecins, le Québec agit sur quatre volets de sa planification d'effectifs médicaux, soit :

- la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et la Politique des inscriptions dans les programmes de formation médicale postdoctorale ;
- Recrutement Santé Québec ;
- les plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialités ;
- et la formation décentralisée.

Les deux premiers éléments permettent d'augmenter les effectifs ; les deux derniers contribuent à mieux répartir la main-d'œuvre médicale en tentant d'éviter les ruptures de services.

1. La Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et la Politique des inscriptions dans les programmes de formation médicale postdoctorale

- Les admissions en médecine pour le contingent des Québécoises et des Québécois ont été augmentées. Elles sont passées de 716 en 2004-2005 à 748 en 2005-2006, soit une augmentation de 32 places. Depuis 1998-1999, les admissions autorisées ont augmenté de 84 %. Un campus satellite a été mis en place à Trois-Rivières, sous la responsabilité de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, et un projet similaire pour à Saguenay, développé par la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, est en implantation.

2. Recrutement Santé Québec - volet médecins

- Recrutement Santé Québec a présentement 108 parrainages actifs ; 14 candidats sont à l'étape du stage d'évaluation exigé par le Collège des médecins du Québec. Les autres font ou feront l'objet d'une étude de leur demande d'admissibilité au permis restrictif auprès du Collège des médecins du Québec ou sont en processus d'examen. Douze candidats ont obtenu leur permis restrictif.

- Recrutement santé Québec s'occupe, en collaboration avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, de soutenir les Québécois diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis qui souhaitent obtenir un permis de pratique régulier de la médecine. Depuis deux ans, des ateliers préparatoires aux examens du Collège des médecins du Québec ont été organisés. Ces ateliers ont porté fruit puisqu'en 2002-2003 seulement deux candidats québécois diplômés hors Canada ou États-Unis étaient admis en résidence, alors que 58 l'ont été en 2005-2006.

3. Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

- Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) visent à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux en tentant ainsi de corriger les inégalités d'accès aux services médicaux entre les différentes régions administratives. La notion d'équité renvoie ici à deux principes :
 - celui visant à assurer à la population de chaque région un accès équitable aux services ;
 - celui visant à privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.
- Les PREM fixent annuellement des objectifs de recrutement pour la médecine de famille et la médecine spécialisée pour chaque région du Québec. Les PREM 2006 en spécialités et en omnipratique devraient être connus au cours du mois d'octobre 2005.
- Depuis 2004, une gestion rigoureuse des objectifs fixés a permis d'améliorer le recrutement de médecins pour les régions en plus grande pénurie de médecins (régions éloignées et intermédiaires).
- Ainsi, en ce qui a trait aux omnipraticiens, le taux d'atteinte global des plans régionaux d'effectifs médicaux est passé, de 70 % en 2004, à 86 % en 2005.

Le principal défi sera de bien répartir les nouveaux médecins sur le territoire afin de s'assurer que l'on réponde le mieux possible aux besoins de la population. À cette fin, les plans d'effectifs médicaux sont conçus pour favoriser le recrutement des médecins dans les établissements les moins bien pourvus en limitant par ailleurs le recrutement de médecins dans les établissements les mieux pourvus. Les représentants des réseaux universitaires intégrés de services (RUIS), nouvellement créés, ont fourni cette année leur contribution à ce processus. Les RUIS doivent en effet proposer un plan de déploiement des nouveaux médecins qui débiteront leur pratique au cours des prochaines années qui tiendra compte des besoins de la population sur le territoire dont ils ont la responsabilité. Ce

nouvel apport devrait aider à mieux organiser les services médicaux sur les différents territoires du Québec et soutenir ainsi la complémentarité entre les établissements.

4. La formation décentralisée

La formation médicale décentralisée est reconnue comme l'une des meilleures méthodes pour recruter des médecins, puisqu'elle permet aux résidents en médecine de connaître une expérience enrichissante de la pratique médicale en région. Dans sa décision du 25 février 2004, le Conseil des ministres recommandait de poursuivre et d'intensifier la répartition des postes de résidence de façon à atteindre un pourcentage significatif de l'ensemble des stages de formation effectués en région par les résidents, soit entre 10 et 15 % dans les programmes spécialisés et entre 30 et 35 % dans les programmes de médecine familiale.

Pour donner suite à cette demande, un plan de déploiement des stages pour les cinq prochaines années a été adopté avec les facultés de médecine. Un programme pour soutenir les facultés et les établissements dans le développement de nouveaux milieux de stage a également été élaboré.

Le nombre de mois en formation décentralisée en région désignée est passé de 2 088 en 2004-2005 à 3 242 en 2005-2006, soit une augmentation de 55 %. La formation médicale décentralisée a pris et prendra plusieurs formes :

- déploiement des unités de médecine familiale (Baie-Comeau, Trois-Rivières, Amos-La Sarre, etc.) ;
- développement de campus satellites (Trois-Rivières et Saguenay) ;
- déploiement des stages dans les établissements de santé situés à plus de 50 kilomètres d'une faculté de médecine.

3. SOINS À DOMICILE ET SOINS PALLIATIFS

Orientations et mise en œuvre

La *Politique de soutien à domicile* « *Chez soi : le premier choix* » a été rendue publique le 21 février 2003. Cette politique s'adresse à diverses clientèles qui requièrent des services de soutien à domicile, peu importe la cause et les circonstances de leurs incapacités, mais également à leurs familles et à leurs proches. Ces services permettent aux personnes dont l'état le requiert de rester à leur domicile ou encore d'y retourner après un épisode de soins.

Ainsi, les personnes handicapées (déficience physique, intellectuelle, troubles envahissants du développement), les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant un trouble grave de santé mentale, les personnes avec un problème de santé physique (maladies chroniques, post-opérées ou hospitalisées, soins palliatifs), leurs familles et leurs proches sont admissibles à divers services de soutien à domicile déterminés à partir d'une évaluation des besoins. De nature diverse, ces services varient en intensité. Ils sont offerts, selon les besoins, pour une durée limitée (courte durée) ou une durée indéterminée (longue durée).

Cette politique est transversale et complémentaire aux autres politiques ou plans d'action s'adressant à différentes clientèles. Elle s'inscrit également au cœur de la réorganisation des services de première ligne comme une priorité et un moyen de résoudre, notamment, des problèmes liés à l'utilisation non efficiente de certaines ressources (recours inopportun à l'urgence, occupation de lits de courte durée pour des clientèles présentant d'autres types de besoins, etc.). Les services de soutien à domicile constituent 80 % des services de première ligne offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Plusieurs conditions essentielles à la mise en œuvre de la *Politique de soutien à domicile* ont été remplies depuis 2003, dont :

- l'adoption d'un mode d'allocation des ressources financières sur une base populationnelle ;
- l'introduction de changements dans les modes d'organisation de services et de pratiques de gestion (notamment la désignation de responsables de la coordination des services pour tous les usagers ayant besoin de services de longue durée, travail en réseaux intégrés) ;
- une reddition de comptes sur la base de résultats (cibles cliniques et budgétaires) ;
- la mise en place des centres de santé et de services sociaux.

Les investissements alloués depuis 2004 et les résultats obtenus

Pour l'année budgétaire 2004-2005, le montant additionnel alloué pour le soutien à domicile s'élève à 61 millions de dollars, ce qui représente 30 % du montant de 200 millions de dollars alloués cette année pour de nouveaux services à la population. Sur ce montant de 61 millions de dollars, la majeure partie — 50 millions de dollars — a été allouée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les montants additionnels octroyés pour le soutien à domicile ont permis d'aider un plus grand nombre de personnes. Ainsi, 157 637 personnes âgées en perte d'autonomie ont bénéficié de services à domicile en 2004-2005, comparativement à 153 714 l'année précédente.

Par ailleurs, le Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie met l'accent sur les services dans la communauté, la seule façon de servir adéquatement l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. Le maintien du modèle actuel, encore trop axé sur l'hébergement en CHSLD, qu'il soit public ou privé, mobilise les ressources pour les personnes hébergées et laisse d'autres personnes à domicile sans services suffisants.

Ce plan d'action se traduira au cours de l'année 2005-2006 par des plans régionaux de mise en œuvre par les agences.

Un montant de 50 millions de dollars a été réservé pour la mise en œuvre de Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie et du Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

Les projets novateurs : un maintien dans les milieux de vie des personnes

Par ailleurs, depuis juillet 2004, des *projets novateurs* ont été mis en place afin de permettre à des personnes en lourde perte d'autonomie d'être maintenues dans leur milieu de vie, plutôt que d'être dirigées vers une ressource institutionnelle d'hébergement.

Ces projets sont réalisés en collaboration avec des partenaires comme des offices municipaux d'habitation, des organismes communautaires ou des coopératives de services à domicile et permettent aux personnes en perte d'autonomie de continuer à vivre dans un milieu qui leur est familier. Cette approche permet aux personnes de demeurer le plus longtemps possible dans un milieu de vie qui ressemble à leur domicile et d'être avec leurs proches, évitant ainsi la rupture de leurs liens sociaux. Dans tous les cas, les services sociaux et de santé sont fournis par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et les autres services, tels l'hébergement, sont assumés par un autre partenaire.

De juillet 2004 à juin 2005, 31 projets de ce type ont été autorisés. Réalisés au coût d'environ 12 millions de dollars sur une base annuelle et récurrente — à l'exception des services d'hébergement —, ils permettent d'offrir des services à 500 personnes âgées en perte d'autonomie.

Les soins palliatifs de fin de vie

En juin 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux a rendu publique une *Politique sur les soins palliatifs de fin de vie*, dont l'implantation sera assurée sur quelques années.

Cette politique fixe les balises qui permettront de structurer l'action dans le domaine des services en fin de vie pour l'ensemble des clientèles. En plus de décrire le contexte et les principaux enjeux auxquels la société québécoise devra faire face, elle propose des solutions et des mesures concrètes pour améliorer les services de fin de vie pour tous, enfants et adultes. Trois principes directeurs qui sous-tendent un partenariat avec l'usager, les proches et les intervenants dans la planification et la prestation des services ont servi de guides pour la définition de ces solutions et mesures. Il s'agit :

- des besoins et des choix des usagers ;
- du maintien des usagers dans leur milieu de vie naturel ;
- et du soutien aux proches.

Ainsi, cette politique favorise un accès continu à des services de qualité (médicaux, infirmiers et pharmaceutiques), que ce soit au domicile de la personne, en établissement ou dans les maisons de soins palliatifs. Pour y arriver, des objectifs ont été fixés aux agences régionales afin d'augmenter le nombre de personnes maintenues à domicile en fin de vie et pour offrir à ces personnes davantage de services. Il en sera de même pour favoriser l'accès à des lits de soins palliatifs partout au Québec.

4. RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES

Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

En décembre 2003, l'Assemblée nationale adoptait la Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences régionales la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, basé sur des réseaux locaux de services. Les 95 réseaux locaux de services créés à l'échelle du Québec en juin 2004 ont pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on retrouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS), né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population d'un territoire local.

Avec la création des réseaux locaux de services, les différents intervenants dispensant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Cette responsabilité populationnelle suppose que le réseau se mobilise pour, d'une part, améliorer l'état de santé de toute la population par des actions de santé publique — promotion et prévention — et, d'autre part, améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques, les jeunes en difficulté, les personnes dont l'état nécessite des soins palliatifs. Le fonctionnement en réseau nécessite une hiérarchisation des services qui vise à garantir une meilleure complémentarité des services de première, deuxième et troisième lignes par des mécanismes de référence entre les producteurs de services.

Groupes de médecine de famille

Le Québec a posé les jalons d'une nouvelle organisation des soins de première ligne en implantant les premiers groupes de médecine de famille (GMF). On dénombre actuellement sur l'ensemble du territoire québécois 104 GMF : 71 sont issus du regroupement des médecins en cliniques privées, 17 ont été accrédités dans des établissements publics et 17 autres sont à caractère mixte (association de cliniques privées et d'établissements publics).

La planification stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit la création de 300 GMF qui permettront, à terme, l'inscription auprès d'un médecin de famille d'environ 70 % de la population québécoise. Au 26 septembre 2005, 1 128 médecins et au moins 185 infirmières travaillaient dans les GMF. Trente-deux projets de groupes de médecine de famille sont actuellement en préparation.

L'offre de services du GMF comporte dans tous les cas des activités médicales avec ou sans rendez-vous, en cabinet ou à domicile pour les personnes dont l'état le requiert, durant les heures d'ouverture de la clinique la semaine et sans rendez-vous les fins de semaine. Une réponse adaptée aux personnes inscrites dont l'état de santé est précaire et à celles vivant à domicile en perte sévère d'autonomie est assurée en dehors des heures d'ouverture régulières du GMF. Cette offre de services est rendue possible grâce à la collaboration d'Info-Santé et nécessite une garde médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, assurée par des membres du GMF, en collaboration avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Au 17 septembre 2005, 637 674 patients étaient inscrits à un GMF (inscription électronique de la RAMQ), sur une estimation potentielle d'inscriptions auprès des 104 GMF de près de 1 550 000 personnes.

Un processus d'évaluation formelle de la formule des GMF a été initié par le Ministère dans différentes régions. Des bénéfices sont rapportés pour la clientèle, les intervenants et les partenaires au regard en particulier de l'accessibilité et de la qualité des services offerts. Ainsi, des régions ont constaté une augmentation des heures d'ouverture de certains GMF de leur territoire, alors que d'autres ont noté une augmentation du nombre d'heures du service sans rendez-vous, ou encore un accroissement du nombre de jours de services offerts par année, incluant les jours fériés. D'autres gains ont été notés en matière de suivi des clientèles — grâce, entre autres, à l'intégration des infirmières —, sur le plan de l'accessibilité aux services de deuxième ligne ou encore au regard de l'adaptation des services aux besoins des patients, 24 heures par jour, sept jours par semaine.

L'implantation des GMF au Québec contribue donc à la réforme des soins de santé primaires par une organisation de services favorisant l'accessibilité, la continuité et la prise en charge des clientèles inscrites auprès d'un médecin de famille. Ce modèle de pratique médicale de groupe fait appel au travail interdisciplinaire et à la complémentarité des soins, par l'établissement de partenariats formels et informels et contribue à la hiérarchisation des soins de santé par l'établissement d'une première ligne médicale forte.

Les cliniques-réseau (CR)

Afin de répondre aux particularités de la région de Montréal en matière d'organisation des services de première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux a collaboré avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, le Département régional de médecine générale de Montréal et l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, afin de concevoir un modèle de clinique médicale qui réponde à la fois aux caractéristiques de la pratique médicale en milieu urbain et à la nécessité d'offrir aux citoyens un accès à des services prenant la forme des *cliniques-réseau*.

Le but de ces cliniques est, d'une part, d'assurer une accessibilité à des services médicaux sans rendez-vous en dehors des salles d'urgence d'un centre hospitalier tous les jours de l'année ainsi que les soirs de la semaine et, d'autre part, d'assurer une coordination opérationnelle entre les médecins d'un territoire, responsables de la prise en charge médicale de leurs clients, et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) afin d'assurer l'accessibilité et la continuité de l'offre de services à la population. Une clinique-réseau est une clinique bien établie, un groupe de cliniques ou encore l'équipe médicale d'un CLSC, d'un GMF ou d'une unité de médecine familiale qui dessert une population d'environ 50 000 habitants. La clinique-réseau offre des services à la population et assume la coordination et la liaison entre le CSSS et les médecins du territoire sur lequel elle est située. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux assume les coûts de personnel de liaison (infirmière principalement), personnel administratif, ainsi que les frais du support informatique pour les services sans rendez-vous. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Services sociaux verse aux médecins une somme additionnelle de 80 \$ par quatre heures de services sans rendez-vous dispensés en dehors des heures ouvrables (entre 18 h à 22 h le soir et de 8 h à 16 h les week-ends et les jours fériés).

La clinique-réseau donne accès à une gamme complète de services médicaux de première ligne, dont des consultations avec ou sans rendez-vous, 365 jours par année, 12 heures par jour en semaine et 8 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés. La clinique-réseau doit offrir — ou convenir d'ententes pour offrir — des services d'urgence diagnostiques de base (laboratoire, radiographies simples

et échographies). La clinique-réseau s'assure également que des services de garde médicale soient disponibles en dehors des heures d'ouverture pour les clientèles vulnérables, en garantissant l'accès à un médecin en tout temps. Huit cliniques sont actuellement reconnues dans la région de Montréal et sept autres devraient l'être d'ici le 31 mars 2006.

5. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Symposium sur l'utilisation optimale du médicament

En mai 2004, à l'initiative du ministre de la Santé et des Services sociaux, s'est tenu le Symposium sur l'utilisation optimale du médicament. Cet événement réunissait tous les acteurs concernés, afin que tous soient sensibilisés aux divers aspects de cette problématique, qu'ils partagent et échangent des idées, et ce, afin de faciliter la recherche de solutions concrètes et de favoriser leur mise en application dans chacun des milieux représentés.

Lors de ce symposium, plusieurs thèmes ont été abordés. Parmi ceux-ci : les programmes de gestion thérapeutique, la responsabilité des usagers, les nouvelles technologies dans l'amélioration des soins et les stratégies pour améliorer l'utilisation optimale.

Près de 300 personnes y ont participé (professionnels de la santé, universitaires, gestionnaires du réseau et de divers organismes publics, représentants des ordres professionnels, de syndicats et de groupes sociaux, de l'industrie, de même que des députés de l'Assemblée nationale).

Campagne de sensibilisation sur l'usage optimal du médicament

Une campagne d'information sur le bon usage du médicament, d'une durée de trois ans, a été lancée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en septembre 2004. Elle répond à un engagement pris par le ministre de la Santé et des Services sociaux lors du Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments. Son objectif est de favoriser l'adoption et le maintien d'attitudes favorables au bon usage du médicament.

Cette campagne constitue une première au Québec et se veut une importante initiative de prévention, qui devrait permettre de responsabiliser les citoyens au bon usage du médicament. La prévention en matière de santé est incidemment un élément important qui s'est dégagé du Forum des générations².

Débutée en 2004, cette campagne d'information mise cette année sur la promotion de l'importance d'une bonne communication entre le patient et les professionnels de la santé en vue de favoriser l'efficacité des soins prodigués.

² Entre les 12 et 14 octobre 2004, le Forum des générations a permis au gouvernement du Québec de s'associer à d'autres élus et leaders de la société québécoise afin de trouver des solutions concrètes et structurelles à long terme aux deux défis qui se dressent sur la voie du Québec et menacent l'équité entre les générations, soit le fléchissement de la courbe démographique et l'état des finances publiques.

La politique du médicament

En décembre 2004, le gouvernement du Québec déposait un projet de politique du médicament à l'Assemblée nationale. Cette politique comporte quatre axes :

- l'accessibilité aux médicaments ;
- l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments ;
- l'utilisation optimale des médicaments ;
- le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec.

La politique du médicament vise à munir le Québec d'une vision concertée et d'une stratégie permettant de s'assurer que le médicament est accessible à tous, que son utilisation est optimale et que l'on évolue dans un environnement d'affaires où les pratiques commerciales, le prix payé et le développement industriel contribuent au succès de cette stratégie.

Cette politique a été élaborée avec la collaboration des intervenants concernés. Trois des quatre axes se sont en effet grandement inspirés des travaux de différents comités ou de l'opinion de plusieurs experts. Ainsi, un Comité tripartite sur le prix des médicaments (Régie de l'assurance maladie du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Conseil du médicament) a été mis sur pied pour étudier la question du prix des médicaments, de l'accès au marché, des pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques et de la marge des grossistes. Les propositions présentées pour alimenter l'axe portant sur l'utilisation optimale émergent quant à elles de certaines conclusions émises lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament. Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a consulté les partenaires économiques que sont les fabricants de médicaments innovateurs et génériques pour élaborer le quatrième axe.

À la suite du dépôt du projet de politique, 84 mémoires ont été déposés à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et des auditions se sont tenues entre le 20 avril et le 1^{er} septembre 2005.

Un projet de loi devra être déposé pour mettre en œuvre les dispositions de la politique qui exigent des modifications législatives. À la suite de son adoption, un texte final de la politique du médicament sera publié.

Cette politique permettra en outre de faire le point sur les enjeux actuels dans le but de trouver un équilibre acceptable entre les besoins toujours plus grands et la capacité collective de les combler. À terme, la politique du médicament permettra de guider les actions du Ministère et celles des autres intervenants, tout en s'assurant du maintien d'une industrie pharmaceutique québécoise dynamique. Les solutions proposées s'articulent autour de l'optimisation des ressources disponibles.

6. SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET PROMOTION

Plusieurs mesures de santé publique ont été mises en place en vue de mieux cerner l'ampleur des problèmes de santé et pour prévenir ces problèmes. Ces mesures concernent la gestion de la santé publique sur l'ensemble du territoire du Québec, la gestion du système du sang ainsi que le suivi ou la prévention de différentes catégories de problèmes (maladies chroniques, maladies infectieuses, problèmes de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes).

Gestion de la santé publique

Tel que le prévoit la *Loi sur la santé publique* et le *Programme national de santé publique 2003-2012*, toutes les régions du Québec ont élaboré leur plan d'action régional de santé publique. La majorité des centres de santé et de services sociaux, de leur côté, ont élaboré leur plan d'action local de santé publique. Les plans d'action régionaux et locaux de santé publique constituent des pièces maîtresses pour assurer la cohérence des interventions et des services de santé publique offerts sur l'ensemble du territoire québécois. Par ailleurs, en avril 2005, le directeur national de santé publique a rendu public, en conformité avec la *Loi sur la santé publique*, le premier Rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec.

Gestion du système du sang

Au regard de la gestion du système du sang, le processus de déclaration des incidents et des accidents transfusionnels a été consolidé et près de 90 % des établissements exploitant une banque de sang sont inscrits dans le processus de déclaration des incidents et accidents transfusionnels. De plus, un système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance visant à informatiser les activités transfusionnelles a été déployé par les 85 établissements exploitant une banque de sang. Ce système permet de suivre l'ensemble des activités transfusionnelles du donneur au receveur et de produire systématiquement des données sur la surveillance des receveurs, sur les réactions transfusionnelles et sur l'utilisation des produits sanguins. À ce propos, il faut souligner que, grâce à son système, le Québec fournit actuellement 80 % des données canadiennes relatives à la surveillance des incidents et des accidents transfusionnels.

Lutte au tabagisme et maladies chroniques

La lutte aux maladies chroniques s'est d'abord traduite par plusieurs mesures préventives concernant le tabagisme. En juin 2005, la *Loi sur le tabac* a été révisée pour introduire des mesures qui limitent davantage l'usage du tabac. La mise en œuvre des centres d'abandon du tabagisme s'est poursuivie. La majorité des régions se sont dotées de tels services, qui sont gratuits et qui ont permis, au cours de la dernière année, de rejoindre environ 4 000 fumeurs, ce qui représente une augmentation de 40 % par rapport à l'année précédente.

Maladies infectieuses

La Table nationale de prévention des infections nosocomiales a été constituée afin d'élaborer et de réaliser un plan d'action intégré de lutte contre les infections nosocomiales. Un soutien financier a par ailleurs été fourni aux hôpitaux. Il a permis l'achat d'équipement et la réalisation de projets immobiliers directement liés à la prévention des infections. Les établissements de soins généraux et spécialisés ont ajouté des ressources afin, notamment, d'atteindre le ratio recommandé par le Comité des infections nosocomiales du Québec, d'une infirmière affectée à la prévention des infections nosocomiales pour 133 lits de courte durée. De plus, un système de surveillance du *Clostridium difficile* a été mis en place. Pour compléter les interventions réalisées en vue de prévenir les maladies infectieuses, une version du volet santé publique du plan ministériel de lutte contre la pandémie d'influenza a été élaborée au cours de l'année. Des travaux se poursuivent afin d'être prêt à faire face à la pandémie si elle devait survenir au Québec.

Problèmes de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Des services préventifs à l'intention des familles vulnérables (faible revenu, faible niveau de scolarité, jeune âge de la mère) ont été consolidés au cours de la dernière année. Ces services visent principalement à assurer le sain développement des enfants et à prévenir les situations d'abus et de négligence auxquelles ils pourraient être confrontés. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, qui allient l'accompagnement des familles durant la grossesse et la petite enfance (entre 0 et 5 ans) à des interventions visant à améliorer la qualité de l'environnement de ces familles, sont implantés dans près des trois quarts des territoires locaux du Québec. Ces services ont rejoint, en 2004-2005, 61 % des femmes enceintes et mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu ainsi que 88 % des jeunes femmes enceintes et mères âgées de moins de 20 ans.

Par ailleurs, 10 des 16 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec se sont dotées d'un plan d'action pour le déploiement de l'approche *École en santé*, fruit de la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation. Cette approche consiste à planifier globalement les interventions de promotion de la santé et de prévention de façon à ce que l'école, la famille et la communauté collaborent pour agir sur les principaux facteurs qui influencent la santé et le bien-être des jeunes ainsi que leur réussite éducative. Des mécanismes nationaux ont été mis en place pour soutenir l'implantation de cette approche et des outils ont été élaborés pour soutenir son déploiement.

Campagne sur la promotion des saines habitudes de vie

À l'automne 2004, le gouvernement du Québec lançait sa campagne de promotion des saines habitudes de vie, ciblant la population en général et de façon plus particulière les jeunes familles. Dans une perspective de prévention de santé publique, des actions sont posées afin d'inciter la population à s'alimenter sainement et à pratiquer de façon régulière une activité physique. Chapeautée par cinq ministères, la force de cette campagne réside dans la mobilisation d'une multitude de partenaires favorisant ainsi les interactions entre les milieux. Cette campagne s'inscrit dans les objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012.

Dans la foulée du Forum des générations, le premier ministre du Québec annonçait en décembre 2004 la mise sur pied de huit équipes de travail, ayant pour mandat d'élaborer des solutions pour permettre au Québec de relever les deux grands défis que posent l'état des finances publiques et le fléchissement de la courbe démographique.

Parmi celles-ci, l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention a publié son rapport en septembre 2005, lequel fait présentement l'objet de travaux au sein du gouvernement du Québec.

7. REDDITION DE COMPTES ET IMPUTABILITÉ

Commissaire à la santé et au bien-être

À la suite de consultations publiques tenues au cours de l'hiver 2004, la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être a été adoptée par l'Assemblée nationale le 16 juin 2005.

Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être devra apprécier et évaluer les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et en faire rapport à la population. Le Commissaire s'attardera de plus aux grands enjeux auxquels fait face le système sociosanitaire québécois : la qualité, l'accessibilité, l'intégration, l'assurabilité et le financement des services, les aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, les médicaments et les technologies ainsi que les déterminants de la santé et du bien-être. Il fera également rapport à la population du Québec sur son appréciation de l'évolution du système au regard de ces enjeux.

Le processus de nomination du Commissaire à la santé et au bien-être a pour but de lui procurer une forte autorité et une grande indépendance dans l'exercice de ses fonctions. Un comité de candidature aura pour mandat de recommander au gouvernement du Québec des personnes qu'il juge aptes à être nommées à titre de Commissaire. Ce comité sera composé de sept députés de la Commission parlementaire des Affaires sociales, dont trois proviendront des partis d'opposition. Aussi, cinq experts de domaines liés à la santé et au bien-être y seront nommés, après consultation des organismes représentatifs. Ces cinq membres proviendront des domaines d'expertise suivants : médecine, soins infirmiers, travail social, évaluation des technologies et éthique. Les deux derniers membres du comité de candidature représenteront respectivement le point de vue des usagers et celui de la population en général.

Le processus de nomination du Commissaire à la santé et au bien-être est rendu à l'étape de mise en place du comité de candidature. La loi prévoit que ce comité a six mois pour remettre ses recommandations au gouvernement du Québec. La nomination du Commissaire entraînera l'abolition du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec. Le personnel de ces deux organismes soutiendra le Commissaire dans la réalisation de ses travaux.

La mise en place d'un Commissaire à la santé et au bien-être garantira à la population du Québec un suivi plus serré et plus impartial des résultats de son système de santé et de services sociaux, de ses progrès et des questions prioritaires.

Un nouveau cadre de gestion axé sur les résultats dans le réseau de la santé et des services sociaux

La Loi sur l'administration publique adoptée en 2000 préconise un nouveau mode de gestion axé sur les résultats. Ces résultats sont mesurés à l'aide d'indicateurs dont la contribution est essentielle à la gestion par résultats, non seulement pour la mesure même des résultats et l'appréciation de la performance, mais aussi pour la prise de décision, l'élaboration et la révision du plan stratégique et des plans d'action, l'allocation des ressources, l'amélioration des services et des modes de prestation de ces services ainsi que pour l'évolution de l'organisation.

Ce nouveau cadre de gestion oblige le Ministère à produire un plan stratégique pluriannuel, un plan annuel de gestion des dépenses et un rapport annuel de gestion. Ces trois documents sont déposés devant l'Assemblée nationale.

La reddition de comptes qu'effectue le Ministère à chaque année devant l'Assemblée nationale doit reposer sur une information fiable et crédible et permettre d'apprécier les résultats par rapport aux intentions annoncées. Plus que jamais, notamment en raison de l'importance des dépenses qu'il entraîne, le système québécois de santé et de services sociaux doit faire état des objectifs qu'il poursuit et rendre compte de leur atteinte.

C'est notamment dans cette perspective que la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux a été modifiée. Des changements importants ont été apportés à la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux afin d'instituer dans le réseau de la santé et des services sociaux une gestion axée sur les résultats. Ces modifications législatives obligent les agences régionales à convenir d'ententes de gestion et d'imputabilité avec le Ministère et de produire un rapport annuel de gestion. Les établissements doivent convenir pour leur part d'une entente de gestion et d'imputabilité avec leur agence régionale et produire un rapport annuel de gestion.

Les ententes de gestion et d'imputabilité

Les ententes de gestion et d'imputabilité, dont le contenu prend appui sur les éléments apparaissant au plan stratégique ministériel, fixent annuellement les cibles de production de services qui incombent aux agences régionales et aux établissements du réseau sociosanitaire, établissent leur imputabilité au regard de l'atteinte de ces cibles, en même temps que l'obligation du Ministère de soutenir les agences et les établissements dans cette démarche, au moyen notamment des ressources humaines et technologiques et du financement requis.

Ainsi, le Ministère a conclu pendant l'été 2005 des ententes de gestion et d'imputabilité avec les agences. Ces ententes fixent, sur la base d'indicateurs de performance identifiés pour les services de chacun des programmes-services et des programmes-soutien, des engagements à atteindre pendant l'exercice 2005-2006. Ces ententes font suite aux ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec ces agences pour l'exercice 2004-2005, ententes pour lesquelles le Ministère a exigé une reddition de comptes au cours des derniers mois.

8. SANTÉ DES AUTOCHTONES

Rappelons d'abord que pour l'ensemble des communautés autochtones au Québec, le financement des services de santé et des services sociaux offerts sur réserve relève du gouvernement fédéral. Le Ministère participe par ailleurs aux discussions avec les communautés amérindiennes afin d'assurer le meilleur arrimage avec son réseau dans l'organisation des services de santé et à certains projets où son expertise est mise à contribution pour la formation du personnel autochtone.

Par ailleurs, depuis 1976, les communautés autochtones cries, naskapiés et inuites possèdent leur propre système de planification, d'organisation et d'offre de services en santé et en services sociaux financé en quasi-totalité par le Québec.

Le 31 mars 2005, au terme de plus de deux ans de discussions, le gouvernement du Québec a signé une entente particulière avec la nation crie du Québec totalisant 152 millions de dollars afin de concrétiser la mise en œuvre du chapitre 14 de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois en matière de prestation des soins de santé et des services sociaux.

Cette entente complémentaire à *l'Entente concernant une nouvelle relation entre le gouvernement du Québec et les Cris du Québec* — connue sous le nom de « Paix des Braves » —, conclue en février 2002, prévoit une formule de financement stable et prévisible pour la région. Elle s'appuie sur un plan stratégique développé par le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, lequel définit les moyens à mettre en place et les ressources nécessaires pour une organisation de services intégrés. Cette approche favorise le développement et la prise en charge par les Cris d'une organisation de services de santé et des services sociaux mieux adaptée aux besoins particuliers de la population autochtone vivant dans chacun des neuf villages cries.

Ainsi, une organisation de services décentralisés et plus intenses dans chacun des villages permettra aux Cris de se doter de moyens plus adéquats pour prévenir et agir sur la nature des problèmes de santé qu'ils jugent prioritaires et qui découlent, entre autres, des changements observés dans leur mode de vie au cours des 30 dernières années. Comparés au reste de la population, les Cris sont plus à risque de souffrir de diabète de type 2 et gestationnel, de caries dentaires, d'obésité, de maladies cardiovasculaires et d'arthrite. La plupart de ces problèmes sont en grande partie attribuables à la disparition graduelle des habitudes de vie traditionnelles, à la réduction des efforts physiques quotidiens, aux changements d'habitudes alimentaires reliés à la transformation de leur habitat et à la difficulté d'obtenir des aliments de remplacement frais et nutritifs à des prix abordables, compte tenu des frais importants de transport dans ces régions éloignées et isolées.

L'entente signée avec les Cris leur permet de mettre sur pied des projets conçus par les communautés elles-mêmes et de s'assurer que les services dispensés le soient dans la perspective holistique souhaitée par les Cris, c'est-à-dire selon une approche qui tient compte de la globalité des besoins des membres de leur communauté (besoins sociaux, spirituels, besoins de santé, de perspective de travail, de logement, etc.).

Pour ce qui est des Inuits, de nombreux travaux sont menés actuellement en collaboration avec la Régie régionale du Nunavik pour évaluer leurs besoins. Une attention particulière est portée aux programmes de prévention jugés prioritaires, au regard notamment de l'organisation des services aux jeunes, dont la protection de la jeunesse, et des services destinés au support des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Un grand enjeu consiste à optimiser l'utilisation des ressources actuellement mises à la disposition des établissements et à les organiser de façon à ce qu'elles répondent le plus adéquatement possible aux besoins de ces populations disséminées dans des villages isolés et difficiles d'accès.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a par ailleurs financé une recherche terrain, menée en collaboration avec la Direction de la santé publique du Nunavik, qui vise à mieux connaître l'état de santé de la population inuite mais, surtout, à comprendre à quelles conditions les actions de prévention, de sensibilisation et d'éducation peuvent compter sur le développement d'approches communautaires afin que les services offerts soient culturellement adaptés.

CONCLUSION

Ce survol des mesures mises de l'avant au Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux au cours de la dernière année illustre bien tant les progrès réalisés que les efforts à poursuivre. Il faut d'ailleurs souligner que ce rapport laisse volontairement de côté bien d'autres mesures et initiatives prises dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois, puisqu'il se limite principalement aux secteurs identifiés dans l'entente des premiers ministres intervenue lors de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale sur la santé tenue en septembre 2004. Le présent document apparaît donc dans ce contexte comme un outil additionnel d'information à la population. Il ne remplace pas les autres moyens habituels et récurrents de reddition de comptes, notamment le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mentionnons par ailleurs qu'au niveau de la réduction des temps d'attente — principal objectif de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la Santé de septembre 2004 —, les progrès importants dans l'amélioration de l'accessibilité et de la productivité dans les secteurs de la cardiologie tertiaire et de la radio-oncologie dont nous avons rendu compte ont été réalisés non seulement au prix d'investissements majeurs en haute technologie et en ressources humaines, mais également grâce à l'instauration d'un mode de gestion des patients en attente basé sur leur niveau de besoin. Pour l'atteinte de ces résultats, il a fallu s'assurer la collaboration des cliniciens des spécialités concernées afin de développer les outils nécessaires au partage et à l'échange d'une information de qualité sur les besoins réels des patients. Pour espérer atteindre le même degré de réussite dans les autres secteurs prioritaires, comme nous l'avons signalé, nous entendons améliorer notre connaissance du contenu des listes d'attente. Nous entendons aussi agir au niveau de l'organisation du travail et des services, standardiser certaines pratiques, effectuer une analyse continue des listes d'attente et revoir les modalités dans la préparation et la sortie des patients, tout en s'assurant d'un haut niveau de qualité et de sécurité des services. Dans un premier temps et à court terme, nous orienterons nos efforts sur les remplacements articulaires, c'est-à-dire les arthroplasties de la hanche et du genou, pour ensuite nous attaquer progressivement à l'ensemble des services.

Enfin, la présentation de l'ensemble de ces résultats dans le présent bilan démontre que le gouvernement du Québec remplit son engagement de reddition de comptes envers sa population.



www.msss.gouv.qc.ca