

# ORIENTATIONS EN SANTÉ DE LA CAQ 2018

**POUR UN RÉSEAU DE LA SANTÉ  
PLUS ACCESSIBLE, PLUS EFFICACE  
ET PLUS DÉCENTRALISÉ**

## **LA COALITION AVENIR QUÉBEC À L'ÉCOUTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ**

À l'automne 2017, le porte-parole de la CAQ en matière de santé et de services sociaux, François Paradis, effectuait une tournée dans plusieurs régions du Québec pour dresser l'état du réseau de la santé et des services sociaux et proposer des orientations en vue des élections générales de 2018.

Le député de Lévis est allé sur le terrain rencontrer des patients, des aînés, des préposés aux bénéficiaires, des infirmières, des médecins, des paramédics, des gestionnaires, des élus municipaux, des professeurs, des entrepreneurs et des responsables d'organismes communautaires et de résidences pour personnes âgées.

Ce document s'inspire de la tournée du député et présente les principales orientations en santé et services sociaux d'un futur gouvernement de la CAQ pour donner un accès plus rapide aux professionnels de la santé, assurer une saine gestion des dépenses et impliquer davantage les acteurs du réseau dans la prise de décision. Ce que la CAQ propose, c'est une nouvelle approche, plus humaine et centrée sur le patient. Car les 15 années de régime libéral ont laissé le réseau de la santé et des services sociaux centralisé, bousculé, ignoré et à bout de souffle.

### **ACCESSIBILITÉ : LES QUÉBÉCOIS N'EN N'ONT PAS POUR LEUR ARGENT**

En 2003, Jean Charest et son candidat vedette Philippe Couillard avaient promis d'éliminer l'attente dans le réseau de la santé et des services sociaux. Quinze ans plus tard, force est de constater que les patients et les contribuables n'en ont toujours pas pour leur argent puisque l'accessibilité aux soins et l'efficacité du réseau demeurent problématiques.

Près de 1 600 000 Québécois sont toujours orphelins d'un médecin de famille. Plus inquiétant encore, 59 % des patients sont incapables d'obtenir un rendez-vous et de rencontrer un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades.

En 2018, malgré les réformes imposées par le ministre, le gouvernement libéral demande encore aux Québécois d'être patients. Ceux et celles qui souhaitent rencontrer un médecin de famille rapidement sont confrontés à un parcours difficile dont le résultat est loin d'être garanti, car les consultations sans rendez-vous sont insuffisantes pour combler tous les besoins. Même si les groupes de médecine de famille sont plus nombreux, les cliniques des groupes de médecine de famille (GMF) sont fermées la moitié du temps les soirs et les week-ends.

Ainsi, des dizaines de milliers de patients n'ont d'autre choix que de se rendre dans les urgences, qui débordent régulièrement. Et lorsque surviennent des périodes plus difficiles, comme

la saison grippale, la situation devient catastrophique. En 2016, le Commissaire à la santé et au bien-être affirmait que le Québec affichait la pire performance parmi les pays développés pour l'attente aux urgences. Rien n'indique que la situation ait changé depuis.

Pour ce qui est de l'accès aux soins spécialisés, même si le portrait s'est légèrement amélioré, 14 000 personnes étaient toujours en attente de leur chirurgie depuis plus de 6 mois, selon les données les plus récentes. Quant aux patients qui souhaitent obtenir une consultation pour des services médicaux spécialisés, ils sont toujours confrontés à des délais d'attente atteignant régulièrement plusieurs mois. Pensons, par exemple, aux parents qui attendent près d'un an avant que leur enfant puisse consulter un orthophoniste dans un CLSC pour un trouble du langage.

Déjà victimes d'un manque d'accès aux services de santé, les patients et leur famille doivent maintenant payer plus cher pour se stationner dans les hôpitaux, jusqu'à 24 \$ par jour. De plus, plusieurs dizaines d'hôpitaux et de CHSLD sont vétustes et mériteraient d'être rénovés.

## **LE RÉSEAU DE LA SANTÉ DOIT ÊTRE PLUS EFFICACE**

Malgré toutes les réformes des 25 dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux accapare aujourd'hui plus de la moitié des ressources financières du gouvernement du Québec. À elle seule, la rémunération des médecins, soit 7,6 milliards de dollars cette année, représente plus de 10 fois le budget du ministère des Transports et près de 10 fois celui du ministère de la Justice.

Pendant ce temps-là, il y a eu des coupures de services directs dans les soins à domicile, les CLSC et en santé publique.

À l'instar de la plupart des observateurs, la CAQ est convaincue que notre réseau de la santé et des services sociaux peut et doit être plus performant, mais en s'attaquant aux véritables causes du problème.

D'abord, en permettant à tous les acteurs de la santé de jouer pleinement leur rôle, c'est-à-dire en élargissant les compétences des professionnels afin de favoriser l'interdisciplinarité, la pertinence et la continuité des soins. Ensuite, en revoyant le mode de rémunération des médecins et celui du financement des hôpitaux, qui n'ont pas changé depuis 50 ans. Enfin, en s'attaquant au surdiagnostic et à la surmédication, il sera possible de réaliser des économies importantes.

À terme, ces mesures auront pour effet de rendre notre système de santé plus efficace, et d'améliorer l'accès et la qualité des soins, au grand bénéfice des patients.

## **DÉCENTRALISATION, COLLABORATION, ÉCOUTE**

Au cours de son mandat, le ministre Barrette a utilisé la stratégie du bulldozer, doublée d'une approche autocratique et d'une vision centralisatrice. Il a forcé l'adoption de plusieurs lois à l'Assemblée nationale; il s'est octroyé de nouveaux pouvoirs et il les utilise pour imposer unilatéralement ses décisions. Il a aboli le poste de Commissaire à la santé et au bien-être, un organisme indépendant chargé d'évaluer et de mesurer la performance du réseau de la santé. Désormais, ceux et celles qui craignent que leur emploi soit menacé hésitent à dénoncer des situations inacceptables de peur de subir des représailles. Et ce sont les patients qui se retrouvent, bien malgré eux, au centre de ces bouleversements.

Quant à eux, les professionnels du réseau subissent une pression énorme. Médecins, infirmières, préposés aux bénéficiaires, tous les intervenants sont débordés. L'absentéisme et l'épuisement professionnel sont en forte hausse. La « crise des infirmières » du début de l'année 2018 est une preuve éloquente de ce ras-le-bol.

Depuis quatre ans, les gestionnaires, les usagers, les membres des conseils d'administration et les groupes communautaires ont été carrément ignorés. Gaétan Barrette s'est érigé comme seul maître à bord, ne laissant aucune marge de manœuvre ni aucune initiative à ceux et celles qui sont censés faire fonctionner le système de santé et qui le portent quotidiennement à bout de bras.

Notre réseau de la santé et des services sociaux a donc un besoin urgent d'oxygène. Le prochain ministre de la Santé devra miser sur l'écoute et la collaboration. Il devra prioriser une saine gestion des fonds publics basée sur l'évaluation des résultats et de la satisfaction des patients en utilisant des indicateurs fiables, replacer le patient au centre des décisions et faire confiance aux gestionnaires et aux professionnels afin de rebâtir leur sentiment d'appartenance.

## **ORIENTATION 1**

### **ACCÈS PLUS RAPIDE À DES SOINS DE QUALITÉ**

- Voir un médecin de famille ou une infirmière le jour même ou le lendemain
  - Offrir un médecin de famille à tous les Québécois
  - Revoir le mode de rémunération des médecins de famille
  - Accélérer le déploiement de l'accès adapté
  - Redonner l'accès aux consultations sans rendez-vous dans les CLSC, les cliniques réseaux et les GMF
  - Améliorer l'accès aux soins le soir et la fin de semaine dans les CLSC, les GMF et les cliniques réseaux
  - Continuer le déploiement de Rendez-vous santé Québec
  
- Réduire l'attente à 90 minutes en moyenne avant de voir un médecin à l'urgence
  - Améliorer substantiellement l'accès aux soins de première ligne
  - Revoir l'organisation du travail dans les urgences
  - Ouvrir des lits en dehors des hôpitaux pour désengorger les urgences
  - Investir dans les soins à domicile
  
- Augmenter le taux d'utilisation des blocs opératoires
- Accélérer le déploiement du Centre de répartition des demandes de services pour les médecins spécialistes
- Poursuivre le déploiement des 2 000 nouvelles infirmières praticiennes spécialisées
- Ouvrir des postes d'infirmières à temps complet et abolir les heures supplémentaires obligatoires
- Poursuivre les 17 projets pilotes sur les ratios patients-infirmière
- Décloisonner la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences
- Valoriser le travail des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires en améliorant leurs conditions de travail

## **ORIENTATION 2**

### **REPRENDRE LE CONTRÔLE DE LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS**

- Renégocier l'entente avec les médecins spécialistes
- Revoir la tarification de certains actes médicaux
- Resserrer les règles de l'incorporation des médecins
- Reprendre le contrôle de la gestion des enveloppes budgétaires des médecins et abolir les primes cachées

## **ORIENTATION 3**

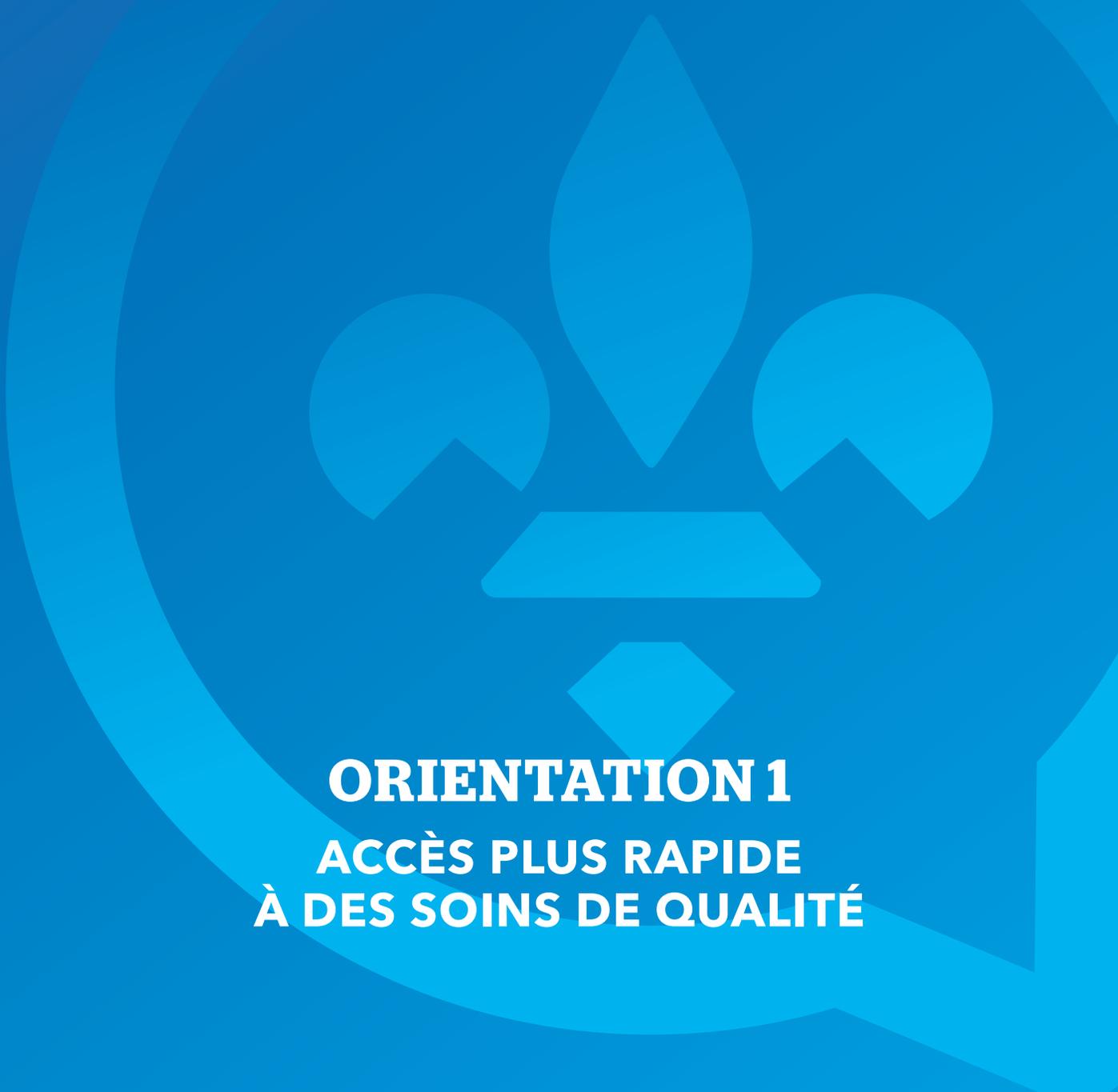
### **UN RÉSEAU DÉCENTRALISÉ, MODERNE ET EFFICACE**

- Redonner plus d'autonomie aux régions, aux usagers, aux gestionnaires et aux conseils d'administration des établissements de santé
- Rétablir le poste de Commissaire à la santé et au bien-être
- Favoriser la pluralité des fournisseurs de soins et de services de santé
- Accélérer le virage vers le financement « à l'activité » des hôpitaux
- Propulser le réseau de la santé du Québec dans l'ère numérique
- Abolir les tarifs abusifs de stationnement des hôpitaux
- Lancer un vaste chantier de rénovation des hôpitaux et des CHSLD

## **ORIENTATION 4**

### **PRÉVENIR ET GUÉRIR**

- S'attaquer au surdiagnostic médical et à la surconsommation de médicaments
- Prévention : agir sur les déterminants de la santé
- Poursuivre le déploiement du Plan d'action en santé mentale
- Prévenir et réduire les accidents mortels dans le réseau de la santé
- Accélérer l'approbation des nouveaux médicaments et investir dans la recherche clinique effectuée au Québec



**ORIENTATION 1**  
**ACCÈS PLUS RAPIDE**  
**À DES SOINS DE QUALITÉ**

## 1. Voir un médecin de famille ou une infirmière le jour même ou le lendemain

Selon l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016 publiée par le Commissaire à la santé et au bien-être, 59 % des Québécois sont incapables de voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades. En moyenne, pour dix pays de l'OCDE, seulement 41 % des patients sont incapables de voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain. Le Québec accuse donc du retard par rapport à d'autres pays, et il y a encore beaucoup de travail à faire pour améliorer l'accès aux soins de première ligne. Un gouvernement de la CAQ instaurera une nouvelle cible afin que les patients puissent pouvoir consulter un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain, afin de mesurer la rapidité d'accès aux professionnels de santé en première ligne et de comparer le Québec avec les pays les plus performants.

**Pour que les patients puissent consulter un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades, la CAQ propose les six mesures concrètes suivantes :**

### 1.1 Offrir un médecin de famille à tous les Québécois

En janvier 2018, près de 1 600 000 Québécois n'avaient toujours pas de médecin de famille, soit près de 21 % de la population. Certains patients cherchent même désespérément un médecin de famille depuis des années. En Ontario, 92 % des patients ont un médecin de famille et dans plusieurs pays (France, Allemagne, Pays-Bas), pratiquement tous les adultes ont un médecin de famille. Avec les 6 900 médecins de famille qui font le suivi de patients en première ligne au Québec, il est possible d'offrir un médecin à tous les patients orphelins en négociant une nouvelle entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et en changeant le mode de rémunération de ses membres.

### 1.2 Revoir le mode de rémunération des médecins de famille

Au Québec, 70 % de la rémunération globale des omnipraticiens est à l'acte. Or, selon plusieurs études et spécialistes, il faut revoir la manière dont les médecins de famille sont rémunérés, car la rémunération à l'acte ne favorise ni la qualité des soins, ni la prise en charge des patients, ni la collaboration interprofessionnelle. Sans abolir totalement les paiements à l'acte, il faut changer le mode de rémunération des médecins et y inclure une plus grande proportion de capitation. Dans un mode de capitation, les médecins reçoivent des honoraires fixes ou un forfait pour chaque patient sur leur liste; ces honoraires peuvent être ajustés en fonction de l'âge, du sexe et des conditions de santé des patients. En Ontario, par exemple, la capitation représente près de 50 % des revenus des médecins de famille qui sont rémunérés

selon une formule mixte, incluant des mesures incitatives, le salaire et le paiement à l'acte. Un gouvernement de la CAQ entamera une révision du mode de rémunération des médecins de famille.

### **1.3 Accélérer le déploiement de l'accès adapté et négocier une nouvelle entente avec la FMOQ pour que 75 % de ses membres y participent d'ici deux ans**

Près de six patients sur dix vont encore consulter dans les urgences pour des problèmes mineurs de santé. L'accès adapté aux médecins de famille est une nouvelle manière pour les patients de pouvoir consulter rapidement leur médecin le jour même ou dans les jours suivants. Concrètement, les médecins réservent des places dans leur horaire pour des consultations à court terme plutôt que de prendre rendez-vous plusieurs semaines à l'avance. Or, malgré un engagement formel en 2015 de la FMOQ de promouvoir l'accès adapté, le gouvernement libéral n'a pas fixé de cible et ne sait toujours pas combien de médecins offrent l'accès adapté.

Selon une estimation très générale de la FMOQ, seulement 2 500 médecins pratiqueraient l'accès adapté, alors qu'il y a près de 6 900 médecins de famille au Québec qui font le suivi médical des patients en dehors des hôpitaux. Ce nombre est insuffisant, et la CAQ négociera une nouvelle entente avec la FMOQ pour que 75 % des médecins de famille participent à l'accès adapté dans les deux ans.

### **1.4 Redonner l'accès aux consultations sans rendez-vous dans les CLSC, les cliniques réseaux et les GMF**

Le gouvernement du Québec a lancé un programme de 50 supercliniques. La CAQ croit que ce programme est intéressant, mais incomplet. En effet, ces cliniques ne couvrent pas les besoins des patients dans toutes les régions du Québec, ferment parfois leurs portes lorsqu'elles débordent et peuvent aussi nuire à la pérennité des plus petites cliniques médicales de proximité, incapables de recruter de nouveaux médecins.

L'ouverture de supercliniques s'est traduite par la fermeture des services de consultations sans rendez-vous dans des CLSC et des cliniques réseaux. À Baie-Comeau et dans Les Etchemins par exemple, les GMF refusent maintenant de soigner les patients orphelins, qui doivent se retrouver à l'urgence. Des cliniques de Charlesbourg, de Vanier, de Beauport et un CLSC de Québec ont été obligés de fermer leurs services sans rendez-vous. À Rimouski, le CLSC a changé de statut et les médecins ont fermé le sans rendez-vous. À Montréal, 34 % des gens n'ont pas de médecin de famille, soit 626 000 personnes.

Sur les 53 cliniques réseaux qu'il y avait au Québec en 2016, 12 n'offrent plus de sans rendez-vous à la clientèle orpheline. De plus, la très forte majorité des GMF sont maintenant réservés exclusivement à leurs patients, ce qui réduit l'accès aux soins de première ligne pour les 1 631 000 patients orphelins. Pour redonner l'accès aux consultations sans rendez-vous de proximité, la CAQ va donc rouvrir les services de consultations sans rendez-vous dans les CLSC, les cliniques réseaux et les GMF, leur attribuant à nouveau du financement.

### **1.5 Améliorer l'accès aux soins le soir et la fin de semaine dans les CLSC, les GMF et les cliniques réseaux**

Même si les GMF sont ouverts 68 heures par semaine, près de la moitié des cliniques médicales qui forment le réseau des GMF, sont fermées le soir après 19 h et la fin de semaine. En région, il n'y a souvent qu'un seul point de service ouvert en soirée ou la fin de semaine pour accueillir tous les patients de l'ensemble du territoire du GMF, qui peut être vaste. Par exemple, le GMF de Portneuf est constitué de 12 installations (cliniques et CLSC), mais une seule est ouverte la fin de semaine, même si le territoire du GMF est vaste. Ainsi, dans certaines régions, les heures d'ouverture sont parfois insuffisantes pour répondre aux besoins des patients malades, qui sont obligés de se présenter à l'urgence ou parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour se rendre dans une clinique d'une ville voisine.

Un gouvernement de la CAQ dressera un portrait réel de l'accès aux soins de première ligne le soir et la fin de semaine et augmentera les heures d'ouverture dans les GMF, les CLSC et les cliniques réseaux où l'accès est insuffisant.

Pour ce faire, un gouvernement de la CAQ va revoir le programme de financement des GMF, déployer des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne et revoir l'organisation du travail dans les cliniques pour offrir un meilleur accès le soir et la fin de semaine.

Un patient malade qui veut consulter un professionnel de la santé le soir ou la fin de semaine pourrait être soigné par une infirmière praticienne spécialisée, à la clinique ou au CLSC, qui elle, si nécessaire, aurait la possibilité de téléphoner à un médecin de garde.

### **1.6 Poursuivre le déploiement de Rendez-vous santé Québec pour la prise de rendez-vous avec un médecin par Internet**

En avril 2017, le gouvernement annonçait la création de Rendez-vous santé Québec (RVSQ), une plateforme électronique gratuite qui permettra aux patients de prendre rendez-vous avec un médecin de famille sur Internet.

Contrairement à la promesse du ministre Barrette, cette plateforme n'était pas encore déployée partout au Québec à la fin de 2017. Malgré ce retard, la CAQ estime que cette plateforme électronique va faciliter la prise de rendez-vous auprès d'un médecin de famille. La CAQ entend poursuivre le déploiement de RVSQ partout au Québec et rendre son adhésion obligatoire à 1 420 établissements de santé (cliniques, GMF, CLSC, etc.) le plus rapidement possible.

## **2. Réduire l'attente à 90 minutes en moyenne avant de voir un médecin à l'urgence**

Les patients ambulatoires qui se présentent dans les urgences du Québec attendent actuellement en moyenne 2 heures 15 minutes avant de voir un médecin pour la première fois. Ce délai représente le temps entre la fin du premier triage par une infirmière et la prise en charge par un médecin. Dans les salles d'attente des urgences, certains patients n'attendent presque pas, alors que d'autres attendront plusieurs heures.

En réalité, 59 % des patients se présentent actuellement aux urgences pour des problèmes de santé mineurs et parce que l'accès aux soins de première ligne est trop long ou impossible. En 2016-2017, 1 665 808 patients (P4 ou P5) se sont ainsi retrouvés aux urgences.

**Un gouvernement de la CAQ réduira le temps d'attente aux urgences avant de voir un médecin à 90 minutes en moyenne d'ici 4 ans, une baisse de 45 minutes par rapport à la moyenne actuelle. Pour ce faire, la CAQ propose les mesures suivantes :**

### **2.1 Améliorer substantiellement l'accès aux soins de première ligne**

- Offrir un médecin de famille à tous les Québécois
- Revoir le mode de rémunération des médecins de famille
- Accélérer le déploiement de l'accès adapté
- Redonner l'accès aux consultations sans rendez-vous en première ligne
- Améliorer l'accès aux soins de première ligne le soir et la fin de semaine
- Continuer le déploiement de Rendez-vous santé Québec

### **2.2 Revoir l'organisation du travail dans les urgences**

La CAQ lancera aussi un forum composé d'administrateurs, de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels, dont le mandat sera de revoir l'organisation du travail dans les urgences en faisant la promotion des meilleures pratiques qui existent au Québec. Certaines urgences performant mieux que d'autres, et il est temps de partager les meilleures pratiques entre les hôpitaux.

Par exemple, après le triage et grâce à un nouveau protocole, des professionnels de la santé pourraient rediriger des patients qui ne sont pas des cas urgents vers une clinique externe, un CLSC, une superclinique ou un GMF grâce à un système de rendez-vous prioritaires. Ainsi, des centaines de milliers de patients aux prises avec de petits problèmes de santé seront dirigés aux bons endroits et attendront moins longtemps avant d'être soignés, ce qui désengorgera les urgences.

### **2.3 Ouvrir des lits en dehors des hôpitaux pour désengorger les urgences**

En raison d'un manque de lits sur les étages dans plusieurs hôpitaux, au Québec, le temps d'attente moyen des patients sur civière aux urgences dépasse toujours les 13 heures. Dans certains hôpitaux très achalandés, le taux d'occupation des civières dépasse continuellement 100 % et les patients sur civière peuvent attendre jusqu'à 20 heures, ce qui n'est pas acceptable.

Au Québec, le taux de vieillissement de la population est parmi les plus rapides dans les pays développés. Depuis quelques années, cette réalité liée au type de clientèle entraîne un alourdissement de la charge de travail aux urgences. Par exemple, des patients âgés qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés restent à l'hôpital plutôt que d'être dirigés vers un CHSLD ou une ressource intermédiaire. Dans les régions où les urgences débordent constamment, un gouvernement de la CAQ ouvrira de nouveaux lits extrahospitaliers en CHSLD, dans les ressources intermédiaires et de type familial, dans les centres d'hébergement pour les personnes avec des troubles de santé mentale et dans les centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle.

### **2.4 Investir davantage dans les soins à domicile pour éviter des hospitalisations**

Il faut absolument permettre aux âgés de vivre le plus longtemps à domicile. Cette option est moins coûteuse pour l'État que l'hébergement en CHSLD, mais le Québec n'a pas encore réussi le virage des soins à domicile. Lors des dernières années, le Protecteur du citoyen a aussi rapporté que des soins à domicile d'âgés, dont la condition physique ou médicale n'avait pas changé, ont été réduits sans justification. Le gouvernement ne possède toujours pas un portrait réel des besoins en soins à domicile et ne sait pas combien de patients attendent des soins, ni depuis combien de temps. Cette situation est d'ailleurs dénoncée depuis plusieurs années par le Protecteur du citoyen. Un gouvernement de la CAQ investira davantage dans les soins à domicile pour répondre à la demande croissante et notamment éviter que des personnes âgées ne se retrouvent inutilement hospitalisées.

### **3. Augmenter le taux d'utilisation des blocs opératoires et signer de nouvelles ententes avec des cliniques privées**

En février 2018, près de 14 000 patients attendaient une chirurgie depuis plus de six mois au Québec, ce qui ne respecte pas la cible fixée par le gouvernement. La CAQ dénonce depuis longtemps la sous-utilisation de certains blocs opératoires, qui ne fonctionnent pas à plein rendement ou qui sont temporairement fermés en raison d'un manque de ressources humaines et techniques. Concrètement, pour augmenter l'utilisation des blocs opératoires, il faut que les infirmières qui assistent les chirurgiens et le personnel qui prépare le matériel pour les opérations soient en nombre suffisant. Afin de réduire les listes d'attente, un gouvernement de la CAQ augmentera l'utilisation des blocs opératoires dans le réseau public en y ajoutant le personnel nécessaire.

De plus, la CAQ entend aussi concrétiser de nouvelles ententes avec des cliniques privées de chirurgie afin que les patients soient opérés rapidement aux frais de l'État, notamment dans la région de Québec. Concrètement, la CAQ propose d'étendre l'actuel projet pilote avec une clinique de chirurgie privée de Québec qui dispose d'un bloc opératoire, afin d'opérer les patients qui attendent depuis plus de six mois dans le réseau public. Cette nouvelle entente avec une clinique privée pourra desservir les patients de Québec, du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie Centre-du-Québec, de la Gaspésie, de la Côte-Nord, du Saguenay Lac-Saint-Jean et de Chaudières-Appalaches (sept régions).

### **4. Accélérer le déploiement du Centre de répartition des demandes de services pour les médecins spécialistes**

Lancé en 2016, le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) devait permettre aux médecins de famille de référer rapidement des patients auprès de médecins spécialistes. Comme d'autres initiatives du ministre, ce nouveau système a connu des ratés et son implantation a été interrompue au début de l'année 2017. En février 2018, en raison d'un conflit entre la FMSQ et le ministre Barrette, seulement neuf spécialités sur les 29 visées initialement par le CRDS peuvent l'utiliser. La CAQ s'engage à poursuivre et compléter le déploiement du CRDS au grand bénéfice des patients d'ici 2019.

### **5. Poursuivre le déploiement de 2 000 nouvelles infirmières praticiennes spécialisées**

D'ici 2024-2025, 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sortiront des universités et iront rejoindre le réseau de la santé. Au Québec, les IPS possèdent la formation la plus poussée au Canada. À ce titre, elles doivent occuper un rôle beaucoup plus important en première ligne. La CAQ croit qu'elles doivent être déployées en priorité en première ligne, où elles pourront soigner des patients qui ne seront pas toujours obligés de voir un médecin pour être traités. Un gouvernement de la CAQ poursuivra le déploiement de ces 2 000 IPS en première ligne.

## **6. Ouvrir des postes d’infirmières à temps complet et abolir les heures supplémentaires obligatoires**

Les heures supplémentaires obligatoires des infirmières perdurent depuis des années et ne devraient pas exister. En 2015, il a été convenu entre le gouvernement et les infirmières d’augmenter de 35 % à 50 % la proportion d’infirmières auxiliaires qui travaillent à temps plein et de 50 % à 62 % celle des infirmières. Or, seulement 50 % des infirmières occupaient un poste à temps plein puisque la majorité des établissements de santé n’ont pas créé de postes à temps plein. La CAQ s’engage à poursuivre le chantier lancé en 2015 avec les infirmières pour la création de postes à temps complet. Il faut aussi revoir la composition des équipes de soins et l’organisation du travail en s’inspirant des meilleures pratiques. À terme, sauf dans des situations très exceptionnelles, la CAQ entend abolir les heures supplémentaires obligatoires.

## **7. Poursuivre les 17 projets pilotes sur les ratios patients-infirmière**

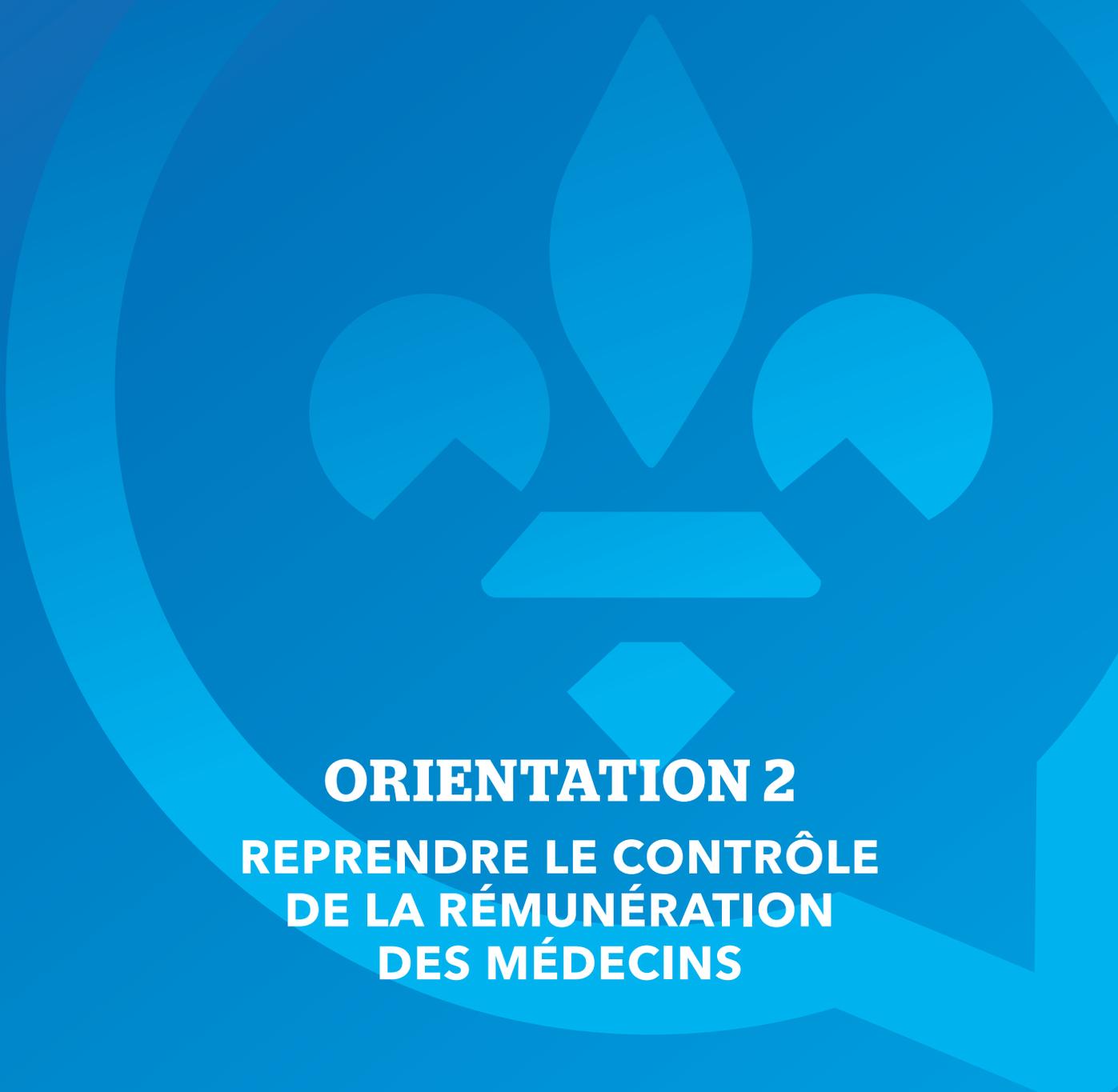
En 2015, le gouvernement s’était engagé à lancer un projet pilote sur la création de ratios patients-infirmière sécuritaires, en fonction du type de patient. Certaines études indiquent que ces ratios peuvent réduire les durées d’hospitalisation, les erreurs de médication et les taux de réadmission à l’urgence. De plus, ces ratios peuvent aussi réduire le taux d’épuisement professionnel et stabiliser les équipes de soins. Toutefois, ces ratios n’existent actuellement qu’en Californie et en Australie, deux systèmes de santé différents du Québec et impliquent des changements majeurs dans l’organisation locale des soins. La CAQ poursuivra le déploiement des 17 projets pilotes pour tester les ratios patients-infirmière et analysera les résultats lorsqu’ils seront terminés.

## **8. Décloisonner la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d’utiliser toutes leurs compétences**

Malgré de récentes ententes entre certains ordres professionnels de la santé et le gouvernement, l’interdisciplinarité doit être davantage favorisée. Par exemple, la rémunération à l’acte des médecins de famille limite encore l’utilisation des connaissances et des compétences des infirmières. En ce sens, le projet pilote Archimède, déployé en avril 2017 dans un GMF de Québec, est intéressant et servira de tremplin dans l’organisation des soins en interdisciplinarité. Il est aussi essentiel de réduire les tâches administratives afin que les infirmières puissent se consacrer aux soins directs aux patients. Les pharmaciens pourraient offrir des soins de proximité, comme la vaccination des patients contre la grippe, ou traiter des troubles de santé mineurs. Bref, l’interdisciplinarité progresse, mais il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. Un gouvernement de la CAQ travaillera avec les ordres des professionnels du réseau de la santé pour decloisonner la pratique médicale, pour permettre aux professionnels de la santé d’utiliser toutes leurs compétences.

## **9. Valoriser le travail des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires en améliorant leurs conditions de travail**

Le travail des 40 000 préposés aux bénéficiaires (PAB) du réseau de la santé est sous valorisé et mal encadré. Depuis plusieurs années, la Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec et des coroners recommandent au gouvernement de créer une nouvelle entité professionnelle à adhésion obligatoire pour les PAB. Cette nouvelle entité professionnelle ne sera pas un ordre professionnel, mais elle permettra notamment de mieux protéger les patients, de valoriser cette profession et contribuer à combler la pénurie qui touche les établissements du réseau de la santé. Un gouvernement de la CAQ va travailler à la création de cette entité professionnelle pour les préposés aux bénéficiaires, pour que leurs conditions de travail soient plus intéressantes. Par ailleurs, il faut aussi valoriser et améliorer les conditions de travail des 18 000 infirmières auxiliaires du Québec, dont les tâches quotidiennes sont nombreuses et complexes.



**ORIENTATION 2**  
**REPRENDRE LE CONTRÔLE**  
**DE LA RÉMUNÉRATION**  
**DES MÉDECINS**

## **10. Renégocier l'entente avec les médecins spécialistes**

En vertu de l'entente entre le gouvernement Couillard et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), jusqu'en mars 2023, ceux-ci recevraient une rémunération excédentaire d'environ 1 milliard de dollars par année, comparativement à la rémunération des médecins canadiens. Un gouvernement de la CAQ renégociera l'entente avec les médecins spécialistes à partir des conclusions de l'étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en tenant compte du coût de la vie et de l'écart de richesse entre le Québec et le reste du Canada.

## **11. Revoir la tarification de certains actes médicaux**

Le développement de nouvelles technologies a augmenté la productivité des médecins spécialistes et la cadence des soins. Un radiologiste peut ainsi abattre en une journée de travail ce qui lui prenait une semaine il y a 10 ou 15 ans. Toutefois, les tarifs des actes n'ont pas été revus, ce qui a conduit à creuser les écarts entre spécialistes. C'est le cas par exemple des radiologistes et des ophtalmologistes, qui sont les deux spécialités les mieux rémunérées, avec des revenus moyens annuels nets de 563 000 \$ et de 586 000 \$ en 2015-2016, selon la RAMQ. Un gouvernement de la CAQ va revoir la tarification de certains actes médicaux.

## **12. Resserrer les règles de l'incorporation des médecins**

En 2007, le gouvernement du Québec a accordé aux médecins le droit de s'incorporer, ce qui leur permet notamment de réduire leur facture d'impôt. Ce nouveau privilège s'ajoute à des augmentations substantielles de rémunération depuis 2007.

Des fiscalistes ont estimé en 2014 que le gouvernement du Québec et que le gouvernement fédéral se privent d'environ 150 millions de dollars par année. Depuis cette estimation, la rémunération moyenne des médecins a augmenté et plus de médecins se sont incorporés. Plus de 50 % des médecins québécois (environ 12 000) sont maintenant incorporés. Revenu Québec possède une évaluation de l'impact fiscal de l'incorporation des médecins québécois, mais ne veut rien dévoiler.

L'État doit resserrer les règles de certaines pratiques injustifiées de l'incorporation des médecins, afin de récupérer chaque année plusieurs dizaines de millions de dollars qui pourront être réinvestis dans les soins directs aux patients.

Par exemple, les médecins ne devraient pas pouvoir fractionner leurs revenus avec leurs proches si ces derniers ne travaillent pas pour le médecin incorporé.

Aussi, la possibilité de s'incorporer devrait être abolie pour les médecins qui travaillent à temps complet dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (hôpitaux, CLSC, CHSLD, etc.) et qui ne prennent aucun risque financier. Ces praticiens ne devraient pas bénéficier du droit à l'incorporation.

La CAQ resserra donc les règles de l'incorporation pour les médecins. Ainsi, sans abolir complètement ce droit, la CAQ estime que le gouvernement du Québec doit implanter de nouvelles balises pour limiter l'incorporation à des circonstances très précises qui la justifient.

### **13. Reprendre le contrôle de la gestion des enveloppes budgétaires des médecins et abolir les primes cachées**

En 2018-2019, le gouvernement du Québec versera 7,6 milliards de dollars en rémunération aux médecins, mais il n'a aucun contrôle sur la façon dont ces sommes sont distribuées dans les fédérations. En raison du vieillissement de la population, le réseau de la santé a besoin de davantage de psychiatres et de gériatres, mais ce sont les ophtalmologistes et les radiologistes qui se partagent les plus gros revenus en raison du paiement à l'acte qui n'a pas été actualisé et des négociations à l'intérieur de la FMSQ. De plus, des primes parfois cachées peuvent être versées à certains médecins, sans aucun contrôle gouvernemental. Un gouvernement de la CAQ reprendra le contrôle de la distribution des sommes versées aux fédérations médicales, comme le suggère le Vérificateur général du Québec depuis 2015.



**ORIENTATION 3**  
**UN RÉSEAU DÉCENTRALISÉ,  
MODERNE ET EFFICACE**

**14. Redonner plus d'autonomie aux régions, aux usagers, aux gestionnaires et aux conseils d'administration des établissements de santé**

Avec l'adoption sous bâillon de la loi 10 et de plusieurs dispositions des lois 20 et 130, le ministre de la Santé s'est octroyé de très nombreux nouveaux pouvoirs, au détriment de l'autonomie des régions, des établissements et des conseils d'administration. Le gouvernement a même fusionné de force les postes de PDG et les conseils d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine avant de reculer deux ans plus tard. Il faut décentraliser le réseau de la santé. Un gouvernement de la CAQ redonnera aux gestionnaires et aux conseils d'administration des établissements une marge de manœuvre et d'initiative sur leur territoire.

Contrairement à la centralisation du réseau de la santé imposée depuis quatre ans par le ministre Barrette, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'employer à établir les grandes orientations ministérielles, les indicateurs de performance, l'évaluation des résultats et la répartition équitable des ressources entre les établissements. Le MSSS doit laisser aux CIUSSS, aux CISSS et aux autres établissements la gestion quotidienne de la dispensation des soins.

**15. Rétablir le poste de Commissaire à la santé et au bien-être**

Créé en 2006 par l'ex-ministre libéral de la Santé, Philippe Couillard, le Commissaire à la santé et au bien-être a été aboli par le gouvernement libéral. Le poste de Commissaire représente un chien de garde indépendant qui doit mesurer la performance du réseau avec des indicateurs fiables. La CAQ procédera rapidement au rétablissement de ce poste clé dans le réseau de la santé et des services sociaux.

**16. Favoriser la pluralité des fournisseurs de soins et de services de santé en faisant appel au secteur privé, en respectant le principe d'universalité qui garantit la gratuité des soins**

Les fournisseurs privés de soins et de services sont déjà présents dans le réseau de la santé et peuvent contribuer à l'amélioration de la performance du système. Les Québécois sont ouverts à ce que le privé puisse jouer un rôle, pour autant que l'universalité et la gratuité des soins soient préservées. Par exemple, avec des ententes particulières, des cliniques privées de chirurgies peuvent fournir des services de qualité et moins dispendieux que dans le réseau public. Dans ces cas-là, les patients sur les listes d'attente et les contribuables sont tous gagnants. La création de nouvelles places en CHSLD peut aussi être réalisée en partenariat avec des entreprises privées, à de meilleurs coûts.

## **17. Accélérer le virage vers le financement à l'activité des hôpitaux**

Encore aujourd'hui, le budget des établissements de santé et de services sociaux est basé sur l'historique des dépenses, puis simplement reconduit au fil des ans moyennant certains ajustements. Cette approche est contreproductive et n'incite pas les établissements à améliorer l'accès, la qualité ou l'efficacité des soins. Avec le système actuel, à la fin de l'année financière, les économies réalisées grâce à une meilleure organisation ne peuvent pas être reportées à l'année suivante. Et si l'hôpital décide d'acquiescer un équipement qui augmente la qualité des soins, mais qui coûte plus cher, il doit couper ailleurs pour le financer.

Le financement à l'activité, aussi appelé financement axé sur les patients, consiste à allouer les ressources aux établissements en fonction des volumes de services rendus à une population d'une région donnée, sur la base du coût préétabli de chaque activité ou épisode de soins. Avec ce mode de financement, les établissements ne perçoivent plus les patients comme une cause de « dépenses », mais plutôt comme une source de revenus.

Dans son rapport publié en 2014, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients propose des balises pour l'implantation d'un tel mode de financement, entre autres, des indicateurs de performance, l'utilisation des meilleures pratiques médicales et la mise en place de systèmes permettant de connaître le coût détaillé de chaque activité. La CAQ est en faveur d'une révision du mode de financement des établissements de santé et de l'implantation progressive du financement axé sur les patients. Cette mesure assurerait l'attribution des ressources budgétaires en fonction des besoins réels de la population.

## **18. Propulser le réseau de la santé du Québec dans l'ère numérique**

L'accès aux données dans le réseau de la santé est difficile et le Québec accuse un retard important dans la collecte des données et dans l'utilisation des technologies de l'information. Par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne sait pas combien de personnes attendent pour rencontrer un orthophoniste dans un CLSC, et il est pratiquement impossible pour une personne de savoir quel est le temps d'attente dans les urgences de sa région. D'autres pays facilitent le parcours des patients et partagent des informations simples, comme le temps d'attente en direct dans les urgences.

Dans ce contexte, il est difficile de comparer la performance entre les établissements pour faire circuler les informations et ensuite faire partager les meilleures pratiques. L'information est pourtant à la base des innovations et pourrait grandement améliorer la performance du réseau, au bénéfice des patients et des contribuables. Plusieurs chercheurs et entreprises du Québec se spécialisent pourtant dans la place que devrait occuper le numérique dans le système de santé, mais pour plusieurs raisons, la machine n'est pas capable de suivre.

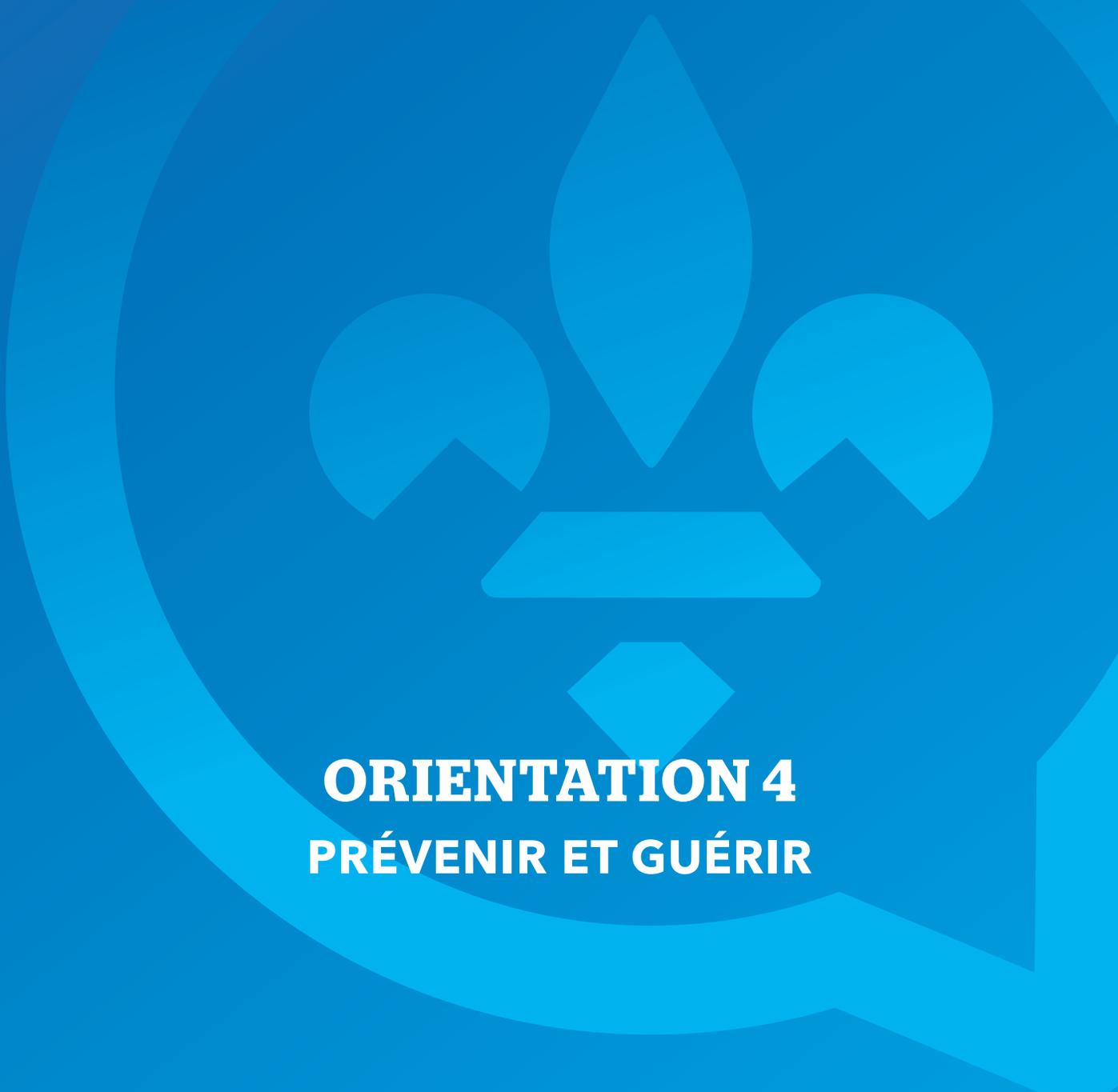
Un gouvernement de la CAQ s'engage à faire entrer le réseau de la santé du Québec dans l'ère numérique en améliorant l'accès et le partage des informations et en favorisant l'utilisation de nouvelles technologies de l'information.

### **19. Abolir les tarifs abusifs de stationnement des hôpitaux**

Les tarifs de stationnement de certains hôpitaux sont beaucoup trop élevés et freinent l'accès aux soins pour les patients et les proches. À Montréal, par exemple, les tarifs dépassent 20 \$ par jour. La CAQ propose que les deux premières heures de stationnement soient gratuites dans tous les établissements de santé du Québec et d'établir un prix plafond de 7 à 10 \$ par jour selon les régions.

### **20. Lancer un vaste chantier de rénovation des hôpitaux et des CHSLD**

Depuis des décennies, les gouvernements successifs ont choisi de ne pas investir suffisamment dans le maintien des infrastructures du réseau de la santé. L'état des hôpitaux, des CHSLD et des autres installations du réseau de la santé est tout aussi inquiétant que celui des écoles. Après plusieurs années, le ministère de la Santé vient de compléter l'inspection des 2 675 bâtiments du réseau de la santé afin de mesurer l'état de vétusté des installations, qui ont en moyenne 50 ans. En mars 2018, 112 CHSLD, 63 centres jeunesse et 57 bâtiments d'hôpitaux étaient considérés en mauvais état. Un gouvernement de la CAQ s'engage à rénover les hôpitaux et des CHSLD et à éliminer le déficit d'entretien.

A large, stylized blue logo is centered on the page. It consists of several geometric shapes: a large teardrop at the top, two semi-circles on either side, a trapezoid below them, and a diamond at the bottom. The entire logo is contained within a larger, light blue speech bubble shape that has a tail pointing towards the bottom right.

**ORIENTATION 4**  
**PRÉVENIR ET GUÉRIR**

## **21. Donner l'INESSS le mandat de s'attaquer au surdiagnostic médical et à la surconsommation de médicaments**

Selon l'Association médicale du Québec (AMQ), le surdiagnostic, le surtraitement et la surmédicalisation affectent les ressources du système de santé, freinent l'accès aux soins et entraînent des risques pour la santé des patients.

Par exemple, il se prescrit au Québec 30 % de médicaments de plus qu'ailleurs au Canada. À titre d'exemple, les Québécois consomment plus d'antidépresseurs que la moyenne canadienne. Certains médicaments accentuent les problèmes de santé mentale. Le problème est inquiétant dans les CHSLD. La CAQ compte sensibiliser les médecins à ce phénomène et mettre des mesures en place pour réduire la surmédication.

Le ministre de la Santé Gaétan Barrette reconnaît l'ampleur du phénomène, mais il a toutefois refusé d'intervenir directement et a renvoyé la balle aux professionnels de la santé : « *si le gouvernement commençait à s'ingérer dans la pratique quotidienne, plusieurs personnes seraient dans les rideaux* ».

Pourtant, le surdiagnostic est un problème systémique. En s'attaquant concrètement et rapidement au surdiagnostic médical, la CAQ croit qu'il est possible de réaliser des économies substantielles à réinvestir dans les soins directs et en prévention. Un gouvernement de la CAQ accordera à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) un mandat fort pour réduire le surdiagnostic médical, en collaboration avec les ordres professionnels de la santé, à partir des recherches scientifiques. Plusieurs provinces canadiennes se sont attaquées à ce phénomène et ont réalisé des économies substantielles.

## **22. Prévention : agir sur les déterminants de la santé**

La santé générale des Québécois se dégrade. Par exemple, l'obésité et l'embonpoint coûtent maintenant 1,5 milliard de dollars par année au système de santé. De nombreuses études internationales soulignent que le système de santé arrive loin derrière d'autres facteurs comme l'éducation, la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, pour expliquer l'état de santé d'une population. Selon la majorité des experts, une place plus importante doit être faite à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être. Le Québec réserve seulement 2,8 % de son budget en santé à la santé publique, comparativement à 5,5 % en moyenne au Canada. Le Québec doit amorcer un rattrapage avec les autres provinces canadiennes, d'autant plus que les investissements en santé publique permettent des économies à long terme.

### **23. Poursuivre le déploiement du Plan d'action en santé mentale**

Une personne sur cinq sera touchée par un trouble mental au cours de sa vie. À l'automne 2015, le gouvernement lançait le Plan d'action en santé mentale pour la période 2015-2020. Ce plan inclut des mesures pour aider et soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux et favoriser la prévention de la maladie mentale et du suicide. Il faut poursuivre le déploiement de ce plan d'ici 2020 et dresser un bilan des résultats et des prochains défis. Dans son plan, la CAQ inclura le dépistage de la dépression et de troubles anxieux chez les adolescents pour réduire les phénomènes de dépendance de tout type. Le Québec peut et doit faire davantage pour améliorer les services en santé mentale.

### **24. Prévenir et réduire les accidents mortels dans le réseau de la santé**

Selon le dernier rapport annuel sur les incidents et accidents du ministère de la Santé et des Services sociaux, 378 personnes sont décédées dans le réseau de la santé en 2016-2017 en raison d'accidents comme des chutes et des erreurs de médication. Il s'agit d'une hausse de 16 % par rapport à l'année précédente. En fait, plus de personnes meurent par des accidents dans le réseau de la santé que sur les routes du Québec. Les trois quarts de ces décès sont survenus chez des personnes âgées de plus de 75 ans. Il faut moderniser les processus et s'assurer qu'un nouveau plan d'action et de prévention puisse réduire au maximum ces accidents.

### **25. Accélérer l'approbation des nouveaux médicaments et investir dans la recherche clinique effectuée au Québec**

De nouveaux médicaments peuvent aider les patients à traiter leur maladie et à vivre mieux et plus longtemps, mais leur approbation par les gouvernements et organismes de réglementation est parfois très longue. Selon une nouvelle étude publiée en avril 2018, le délai moyen d'approbation entre le moment où les nouveaux médicaments sont approuvés par Santé Canada et celui où ils sont remboursés est de 15 mois, mais c'est parfois beaucoup plus. Par exemple, des milliers de patients québécois atteints de cancer ou d'une maladie rare attendent ainsi impatiemment que de nouveaux médicaments soient enfin accessibles et abordables.

Un gouvernement de la CAQ croit que le processus d'examen des médicaments peut être amélioré en faveur de l'accessibilité et de l'abordabilité des nouveaux traitements. En collaboration avec les autres provinces canadiennes et le gouvernement fédéral, il faut revoir les règles administratives et le processus d'approbation des nouveaux médicaments afin d'en accélérer l'approbation et l'inscription sur la liste des médicaments du Québec.

De plus, il est aussi essentiel d'investir davantage dans les essais cliniques qui rendent les traitements innovateurs accessibles aux patients, permettent des économies pour le trésor public, créent des emplois payants et stimulent l'activité économique.



[CoalitionAvenirQuebec.org](http://CoalitionAvenirQuebec.org)