

Montréal, 26 août 2018

Bernard Mathieu, M.D.
Président
Association des médecins d'urgence du Québec

Bonjour,

La présente fait suite à la demande que vous nous avez fait parvenir dans le cadre de l'actuelle campagne électorale et concernant les enjeux qui touchent de près votre organisation. Il nous fait plaisir de vous transmettre notre réponse qui, nous l'espérons, sera à votre convenance.

1. Comme la congestion perdure, quel est votre plan pour désengorger les services des urgences ? Que comptez-vous améliorer en amont et en aval ?
2. En 2016 et en 2017, au moins 25 % des nouveaux médecins d'urgence ont quitté le Québec en raison de l'indisponibilité de postes à temps complet dans un hôpital. Que comptez-vous faire avec les activités médicales particulières (AMP), les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et la prise en charge imposée de patients ?
3. Comptez-vous réglementer davantage les tâches des médecins ou prévoir leur laisser une meilleure marge de manœuvre pour que ceux-ci puissent concilier les tâches cliniques, administratives, de recherche et d'enseignement avec leur vie personnelle ?
4. Vu que la médecine d'urgence est devenue une discipline en soi, comment comptez-vous assurer le maintien de l'expertise en médecine d'urgence ? Jugez-vous pertinent d'augmenter les postes de résidence en médecine d'urgence spécialisée (MU5) et en formation complémentaire en médecine d'urgence (MU3) ?
5. Les citoyens qui vivent dans les régions rurales et éloignées sont en général plus vieux, avec des besoins de santé significatifs. Dans les urgences québécoises, la mortalité à la suite de traumatismes est deux fois plus élevée dans les urgences rurales ; l'accès à l'imagerie médicale avancée et à plusieurs autres outils diagnostiques est réduit ; moins de 20 % des établissements ruraux disposent d'un chirurgien ou d'un anesthésiologiste de garde 24 heures par jour ; et le recrutement et la rétention de médecins dans les hôpitaux régionaux est plus difficile. Que comptez-vous faire pour améliorer les soins offerts dans les services des urgences des régions rurales et éloignées ?
6. Le plein déploiement de l'informatisation tarde dans plusieurs services des urgences. Comment comptez-vous en accélérer le processus ?
7. La situation des urgences n'est pas uniquement une question de médecins. Nous connaissons une pénurie de plusieurs professionnels de la santé, de personnel de soutien et de liaison, en particulier dans le corps infirmier. Comment comptez-vous améliorer l'embauche et la rétention du personnel nécessaire au bon fonctionnement des services des urgences ?
8. Est-il envisageable de séparer les enjeux de la santé de ceux de la politique et du cycle des élections afin d'assurer la pérennité des interventions dans une vision à plus long terme ?

Les questions très précises adressées par l'AMUQ touchent l'organisation des soins d'urgence et la gouvernance du réseau de la santé. À ce chapitre, un gouvernement de la CAQ entend collaborer avec les professionnels de la santé et les organisations qui les représentent afin d'améliorer l'accès aux soins dans le réseau de la santé, notamment dans les urgences.

La CAQ croit que le 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.

Les règles administratives entourant la gestion des lieux de formation vont peut-être devoir être changé et il faudra peut-être revoir les incitatifs financiers octroyés aux résidents qui vont en région pour une formation de deux ans.

Il est aussi important que le nombre d'admissions en médecine dans les facultés puissent être absorbé par les hôpitaux, notamment pour les stages. Les médecins qui font du tutorat et de l'enseignement doivent avoir du temps avec les résidents et avec l'imposition des nouvelles cibles d'inscription, l'enseignement a peut-être été négligé.

La gestion des PREM est complexe et c'est le moins pire des systèmes pour le moment, mais il n'est pas sans faille. En théorie, ça va, mais il y a des choses à changer dans l'application. Par exemple, le nombre de postes disponibles sur papier était surestimé par rapport à la réalité, les cliniques ou les responsables des réseaux locaux de santé ayant déjà promis, voire confirmé, des postes à certains résidents. Le nombre de PREM par région aurait dû être publié des mois à l'avance afin de permettre aux résidents de faire un choix éclairé. En outre, les critères de sélection des candidats ne sont pas connus et le processus reste très nébuleux.

En mai dernier, la CAQ a dévoilé ses 4 grandes orientations en santé et en services sociaux à l'intérieur d'un [document](#) qui contient une trentaine de mesures concrètes. Certaines d'entre-elles adressent directement les services d'urgence et l'organisation des soins. Voici donc les mesures qui seront déployées par un gouvernement de la CAQ pour améliorer l'accès aux soins de première ligne, réduire l'attente dans les urgences et changer la gouvernance du réseau de la santé.

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

Selon 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 lors qu'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 6 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 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 10 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 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 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 2500 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-réseau 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-réseau. 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-réseau 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

ouvrir les services de consultations sans rendez-vous dans les CLSC, les cliniques-réseau 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-réseau

Même si les groupes de médecine de famille (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 19h 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 de se déplacer plusieurs dizaines de kilomètres 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-réseau 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 1^{ère} 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 et avoir par la suite et si nécessaire, 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 Rendez-vous santé Québec (RVSQ), une plate-forme électronique gratuite qui permettra aux patients de prendre rendez-vous avec médecin de famille sur Internet. Contrairement à la promesse du ministre Barrette, cette plate-forme n'était pas encore déployée partout au Québec à la fin de 2017. Malgré ce retard, la CAQ estime que cette plate-forme électronique va faciliter la prise de rendez-vous auprès d'un médecin de famille. La CAQ entend poursuivre le déploiement du RVSQ partout au Québec et rendre son adhésion obligatoire à 1420 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 2h20 avant de voir un médecin pour la première fois. Ce délai représente le temps entre la fin du 1er 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 n'ont pas vraiment de condition urgente 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 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 les 100 % continuellement et les patients sur civière peuvent attendre jusqu'à 20 heures, ce qui n'est pas acceptable. Le Québec est l'une des sociétés avec l'un des taux de vieillissement de sa population parmi les plus rapides dans les pays développés. Depuis quelques années, cette réalité entraîne un alourdissement de la clientèle 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 dans 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 aînés 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'aînés, 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. Poursuivre le déploiement de 2000 nouvelles infirmières praticiennes spécialisées

D'ici 2024-2025, 2000 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 2000 IPS en première ligne.

Ouvrir des postes d'infirmières à temps complet et abolir le temps supplémentaire obligatoire

Le temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières perdure depuis des années et ne devrait 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 les 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 le temps supplémentaire obligatoire.

Poursuivre les 17 projets-pilotes des ratios de patients par infirmières

En 2015, le gouvernement s'était engagé à lancer un projet-pilote sur la création de ratios sécuritaires de patients par infirmières selon les patients. Certaines études indiquent que ces ratios peuvent réduire les durées d'hospitalisation, les erreurs de médication, 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 d'infirmières et analysera les résultats lorsqu'ils seront terminés.

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 conditions mineures de santé. 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 décloisonner la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences.

Mieux 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 des préposés aux bénéficiaires du Québec et des coroners recommande au gouvernement de créer une nouvelle entité professionnelle à adhésion obligatoire pour les PAB. Cette nouvelle entité professionnelle ne sera pas un nouvel 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 et 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.

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 se concentrer 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.

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 et de partager les meilleures pratiques et de faire circuler les informations. L'information est pourtant à la base de nouvelles 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.

Veillez agréer l'expression de nos considérations distinguées.

L'Équipe de la Coalition Avenir Québec