CSSS - 056M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Association québécoise
des retraité(e)s des secteurs
public et parapublic

Le projet de loi n^{o} 20 : humaniser l'accès aux soins est une responsabilité partagée

Mémoire de l'AQRP à l'occasion des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n°20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*

24 mars 2015

Table des matières

Partie 1 : Présentation 3
1.1 Mission de l'AQRP 3
1.2 Implication publique de l'AQRP 3
1.3 Le projet de loi n° 20 4

Partie 2 : La productivité et la fluidité du système de santé québécois : des données qui font sourciller 4
2.1 Les difficultés d'accès à un médecin de famille 5
2.2 L'accès mitigé aux médecins spécialistes 7
2.3 La pénible informatisation du système de santé 8
2.4 D'importants défis à relever 9

Partie 3 : L'imposition de quotas, la rémunération à l'acte et le financement à l'activité : à la recherche d'un équilibre entre la productivité, l'efficacité et la qualité des soins 10
3.1. Les quotas de patients et la grogne dans le réseau : des prises de position préoccupantes 11
3.2. La rémunération à l'acte et le financement à l'activité 12
3.3. La dignité et le respect des usagers 14

Partie 4 : Par-delà la rémunération des médecins : les principales préoccupations des personnes aînées et retraitées 15
4.1. Les listes d'attentes en hébergement 16
4.2. La hausse de la tarification pour les soins et services destinés aux personnes aînées 17
4.3. La facturation illégale des frais accessoires 19

Partie 5 : Conclusion 20
5.1 Des objectifs réalistes 21
5.2 L'accès aux médecins et aux soins : une responsabilité partagée 22

Sommaire 23

Annexes 24
Annexe 1 25
Annexe 2 28

Partie 1 : Présentation

1.1 Mission de l'AQRP

L'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP) fondée en 1968 est la principale association indépendante de retraités de l'État au Québec. Agissant au nom de plus de 30 000 membres provenant de différents milieux, principalement des gouvernements du Québec et du Canada, mais aussi des sociétés d'État et des municipalités du Québec ainsi que des réseaux québécois de la santé et de l'éducation, l'AQRP s'implique sans relâche en faveur des enjeux qui touchent les personnes retraitées et aînées de la province.

La mission de l'Association est de promouvoir et de défendre les droits ainsi que les intérêts économiques, financiers, culturels, intellectuels et sociaux des quelques 1,3 million de personnes aînées du Québec, dont plus de 308 000 retraités de l'État.

1.2 Implication publique de l'AQRP

Au cours des dernières années, en matière de santé et de services sociaux l'AQRP a notamment participé aux commissions parlementaires, consultations particulières et mandat d'initiative portant sur les conditions de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (2014), sur le projet d'assurance autonomie (2013), sur la question des soins de fin de vie ou de mourir dans la dignité (2013) ainsi que sur le projet de loi n^{o} 16 concernant le resserrement du processus de certification des résidences privées pour personnes âgées (2011). L'AQRP a également produit en 2013 un mémoire qui appuie la dénonciation obligatoire des actes de maltraitance dans le réseau de la santé et services sociaux.

Plusieurs de nos membres, que ce soit à titre de travailleurs syndiqués ou cadres, ont œuvré dans le réseau de la santé et des services sociaux et ont été des témoins privilégiés de nombreuses tentatives d'amélioration de l'accessibilité aux soins. C'est pourquoi leurs points de vue, leurs interrogations et leurs expériences méritent sans aucun doute d'être entendus dans le cadre de ces travaux.

Comme les membres de la commission seront en mesure de le constater à la lecture de ce mémoire, l'AQRP soumet plusieurs interrogations qui exigent des réponses claires afin de bien comprendre la portée réelle de la réforme actuelle et d'écarter toutes formes de confusion dans l'objectif que le projet de loi n° 20 vise, soit augmenter l'accessibilité aux médecins et aux soins.

1.3 Le projet de loi n° 20

Le projet de loi n° 20 a principalement pour objectif d'imposer un « coup de barre » et d'insuffler une nouvelle culture de résultats dans le système de santé québécois, et ce, notamment par les principales mesures suivantes :

- l'obligation pour les médecins de famille d'assurer dorénavant le suivi médical d'un nombre minimal de patients sous peine de se voir infliger des pénalités financières pouvant aller jusqu'à 30 % de leur rémunération;

- l'obligation pour les médecins spécialistes de prendre en charge davantage de patients et d'effectuer un meilleur suivi des demandes de consultation afin de profiter de leur pleine rémunération;

- l'obligation pour les médecins de famille d'assurer un nombre minimal d'heures de travail en institution et d'ajuster leur charge de travail en fonction de l'obligation d'effectuer un nombre minimal d'activités médicales particulières (AMP).

Dans le cadre des travaux de cette commission, l'AQRP fait délibérément le choix de ne pas aborder dans son mémoire la question relative à la procréation assistée, malgré l'importance de ce dossier pour plusieurs familles québécoises. L'AQRP a préféré concentrer son intervention sur son principal cheval de bataille au sein de cette réforme, soit l'accès aux soins de première ligne et le respect des droits et de la dignité des personnes aînées et retraitées du Québec.

Partie 2 : La productivité et la fluidité du système de santé québécois : des données qui font sourciller

Le système de santé québécois, malgré les critiques que nous puissions lui faire, demeure admirable par la vocation et le dévouement de plusieurs milliers de

médecins et de professionnels qui œuvrent pour la très grande majorité à la poursuite du bien commun. En cela, l'AQRP tient à réitérer son immense respect pour des intervenants qui, souvent dans des conditions difficiles, accompagnent et soignent au quotidien les usagers québécois.

Toutefois, certaines zones sensibles et pourtant cruciales pour la fluidité, l'efficacité et la performance de notre système de soins comportent des difficultés, des lacunes et des blocages importants qui méritent d'être soulevés. L'AQRP souhaite donc attirer l'attention des membres de la commission sur les principaux aspects suivants, qui sont révélateurs des principales lacunes et défis qui prévalent au Québec à l'heure actuelle.

2.1 Les difficultés d'accès à un médecin de famille

Depuis un nombre incalculable d'années, le même refrain s'entonne : quand est-ce que tous les Québécois et les Québécoises pourront avoir un accès à un médecin de famille dans des délais raisonnables, tout en conservant la dimension publique de notre système de santé?

Entre 2007 et 2012, les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) nous indiquaient une hausse de l'effectif médical de 8 %, tandis que le nombre d'actes médicaux effectués par les médecins omnipraticiens ont inversement chuté de 8 %[1]. Pendant ce temps, leur rémunération a pourtant augmenté de 35 %[2].

À ce constat s'ajoute le nombre de personnes en attente d'un médecin de famille et inscrites à un guichet d'accès pour clientèle orpheline (GACO), estimé en août 2014 à plus de 370 000 pour l'ensemble des régions du Québec, les régions les plus touchées étant la Montérégie (69 000), l'Estrie (60 000), les Laurentides (38 600) et Montréal (37 000)[3]. En mars 2015, ce nombre serait de 420 000. La controverse qui sévit depuis quelques années autour du déploiement insuffisant de l'offre de service des groupes de médecine familiale (GMF) a pris une nouvelle dimension au cours des derniers mois alors que plus d'une vingtaine de

1. Jean-Philippe Robillard, « Les médecins sont-ils moins travaillants qu'avant, comme le dit Gaétan Barrette? », *Radio-Canada*, [En ligne], 28 novembre 2014, http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/politique/2014/11/28/005-gaetan-barrette-productivite-medecins-verification-faits.shtml
2. Michel Rochon, « Les omnipraticiens québécois offrent de moins en moins de services », *Radio-Canada*, [En ligne], 16 janvier 2013, http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2013/01/16/001-medecins-omnipraticiens-moins-services.shtml
3. Pierre Pelchat, « 370 000 québécois toujours en attente d'un médecin de famille », *Le Soleil*, [En ligne], 24 août 2014, http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201408/23/01-4794146-370-000-quebecois-toujours-en-attente-dun-medecin-de-famille.php

ces groupes se sont vus imposer d'importantes pénalités financières allant même jusqu'à menacer la poursuite des activités pour neuf d'entre eux[4].

Au total, ce serait le quart des 259 GMF qui n'ont toujours pas atteint les quotas de patients que leur avait fixés le gouvernement pour toucher leurs subventions. De plus, les données disponibles indiquent qu'une trentaine de ces GMF ne respecteraient pas la cible de nombres d'heures d'ouverture en semaine et fin de semaine, fixées à 68 heures.

L'engagement électoral du gouvernement actuel, qui faisait augmenter le nombre de GMF à 300, est-il trop audacieux compte tenu des difficultés actuelles liées au respect du contrat signé entre les médecins omnipraticiens et l'État québécois? De plus, la création de 50 « super-cliniques » supplémentaires composées de médecins omnipraticiens, médecins spécialistes, infirmières et autres professionnels, dans un contexte de compressions budgétaires et où tous et toutes crient au manque de ressources et d'effectifs, est-elle réaliste?

L'AQRP demande au ministre de la Santé et des Services sociaux de clarifier l'échéancier et de préciser les modalités de mise en place de ces engagements dans un contexte où :

- les médecins sont historiquement réfractaires à s'engager dans ce type de ressources, compte tenu du type de clientèle soignée;

- les objectifs concernant la diplomation et le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ne sont toujours pas atteints;

- le renouvellement prochain des conventions collectives provoquerait plusieurs départs d'infirmières à la retraite;

- le gouvernement entendrait couper près de 24 millions dans ses programmes de santé publique, ce qui aura pour conséquence de réduire le nombre d'effectifs professionnels en matière de suivi et de prévention[5].

4. Jean-Philippe Robillard, « Les coupes de subventions aux GMF auront des impacts sur les patients », *Radio-Canada,* [En ligne], 22 janvier 2015, http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/01/22/003-quebec-compressions-groupes-medecine-familiale-engagements-cibles.shtml
5. Ariane Lacoursière, « Coupes en santé publique : Montréal perdra de 60 à 70 professionnels », *La Presse,* [En ligne], 3mars 2015, http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/03/01-4848904-coupes-en-sante-publique-montreal-perdra-de-60-a-70-professionnels.php

Au même moment où le gouvernement lance un immense chantier dans le système de santé, l'AQRP se demande, à la lumière des points mentionnés ci-dessus, comment le réseau pourra soutenir cette ambition.

2.2 L'accès mitigé aux médecins spécialistes

Les délais d'attente pour l'accès à un médecin spécialiste, selon le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), classent le Québec au 1er rang des provinces canadiennes en 2014[6], mais ceux-ci sont tout de même assez préoccupants pour être soulignés. De trop grands délais provoquent logiquement une perte de qualité de vie pour les patients et une accentuation des problèmes de santé des personnes, ce qui engendrera à son tour une augmentation des coûts globaux du système.

En novembre dernier, la population apprenait que plus de 20 000 patients attendaient depuis plus de 6 mois pour être opérés et que plus de 7 000 attendaient, pour leur part, depuis plus d'un an. De plus, depuis 2011-2012, 30 000 patients supplémentaires seraient en attente d'une imagerie par résonnance magnétique (IRM) pour atteindre un total de 80 000, ce qui constitue une augmentation de 62 % en moins de 5 ans.

En regard de ces différentes situations, le Sondage national des médecins mené en 2013 nous indiquait toutefois, et cela peut paraître paradoxal, que près d'un médecin spécialiste sur trois du Québec (29 %) prévoyait de diminuer le nombre d'heures hebdomadaires de travail au cours des deux prochaines années, tandis que seulement un peu plus d'un sur dix (11,2 %) prévoyait de les augmenter[7]. De plus, seulement 5,7 % prévoyaient d'augmenter leurs heures de garde au cours de la même période, tandis que 17,4 % envisageaient de les diminuer.

Dans ce contexte, il est difficile de croire à une telle performance en regard des autres provinces canadiennes. Même si le Québec est au premier rang en matière d'attente, les données présentées témoignent d'une grande lourdeur dans le système. Quand les proportions sont transformées en personnes réelles, on constate plus facilement l'urgence d'agir dès maintenant sur la situation.

6. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014 : résultats et analyses*, 2014
7. Sondage national des médecins 2013, *Médecins du Québec*, [En ligne], http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2013-medecins-du-quebec/

2.3 La pénible informatisation du système de santé

Pour mener à terme un projet de réforme axé sur une plus grande productivité des médecins, des professionnels de la santé ainsi que des établissements dans lesquels ils prodiguent des soins, l'accès aux informations relatives aux dossiers médicaux des patients dans des délais rapides et selon des modalités simples devient logiquement l'un des premiers objectifs à atteindre. Toutefois, dans son rapport de 2014 sur la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) indique que pour l'utilisation des technologies informatiques par les médecins, le Québec se situe à 63,8 % d'efficacité, ce qui le confine au bas du classement à l'échelle canadienne[8].

Depuis des années maintenant, et plus particulièrement depuis 2011 avec l'implantation du Dossier Santé Québec (DSQ), la grande question de l'informatisation du système de santé québécois et, malheureusement, de ses déboires, mérite notre attention. Les autres outils informatiques qui opèrent simultanément, en particulier le Dossier clinique informatisé (DCI) et le Dossier médical électronique (DMÉ), n'ont rien pour simplifier l'utilisation optimale des outils en place. Au final, il en résulte de la confusion, des dédoublements et des dépassements de coûts considérables liés à ce manque d'harmonisation des programmes informatisés.

Les problèmes de déploiement qu'a connu le DSQ depuis l'annonce de son implantation en 2011 sont saisissants. Établis à plus de 540 millions de dollars au départ, les coûts estimés au terme de son implantation, soit en 2021, sont dorénavant de 1,6 milliard de dollars, soit près du triple. En 2012-2013, ces dépassements de coûts avoisinaient les 600 millions de dollars. Ces déboires, constatés dès 2012 par le Vérificateur général par intérim du Québec, M. Michel Samson, ont un tel effet que même l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux a récemment évoqué, trois ans plus tard, la possibilité d'abandonner tout simplement le projet!

Concernant le déploiement des dossiers médicaux électroniques à l'échelle canadienne, le dernier Sondage national des médecins (2014) s'est concentré sur l'utilisation des technologies de l'information par les médecins omnipraticiens et spécialistes canadiens. Pour plusieurs des aspects sondés, le Québec traîne de la patte face aux autres provinces canadiennes[9].

---

8. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014 : résultats et analyses*, 2014
9. Sondage national des médecins 2014, *Résultats des médecins par province / territoire,* [En ligne], http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2014-resultats-des-medecins-par-provinceterritoire/

Concernant les raisons pour lesquelles les médecins n'utilisent pas les dossiers électroniques, plus de trois médecins québécois interrogés sur quatre (72 %) ont répondu qu'ils n'étaient tout simplement « pas disponibles », contre 50 % pour le reste du Canada.

À savoir si les médecins québécois interrogés pensaient commencer à utiliser ces dossiers au cours des deux prochaines années, 50 % des médecins omnipraticiens et 61 % des médecins spécialistes interrogés ont répondu par la négative, ce qui est assez surprenant compte tenu de l'importance de ces outils informatisés pour assurer l'accès à l'information ainsi qu'une plus grande fluidité dans le réseau.

Comment améliorer concrètement l'accessibilité si les outils en place ne sont ni disponibles ni appropriés? Comment augmenter le nombre de patients suivis si plus de la moitié des médecins ne souhaitent pas utiliser ces ressources dans un avenir rapproché?

2.4 D'importants défis à relever

Ce portrait sommaire de certaines difficultés éprouvées dans le réseau de la santé et qui contribuent à son manque de productivité et de fluidité nous rappelle l'ampleur des défis qui se présentent devant les membres de cette commission, et plus particulièrement devant le ministre de la Santé et des Services sociaux.

À l'heure actuelle, le manque d'accès à un médecin de famille continue de poser un frein à la performance du système dans son entier, car leur cabinet constitue l'une des seules portes d'entrée du système. Une diminution du nombre de patients pris en charge par les médecins spécialistes ainsi qu'une certaine réticence à employer les outils informatisés, à la lumière des données ci-dessus, envoient aussi un bien drôle de message à l'heure où l'on tente de mobiliser le réseau autour des objectifs de productivité et d'accessibilité. De plus, le déploiement et l'efficacité du dossier informatique se résument depuis sa mise en œuvre en un mot : fiasco.

À la lumière des problématiques exposées, il devient manifeste que la seule problématique de la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes, telle que présentée dans le projet de loi, ne saurait à elle seule redresser le navire amiral.

À ce titre :

COMMENT LA RÉFORME CONTENUE DANS LE PROJET DE LOI N^{O} 20 PEUT-ELLE RENVERSER LA TENDANCE SELON LAQUELLE LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS EST, EN MATIÈRE D'ATTENTE, NETTEMENT SOUS-PERFORMANT?

COMMENT LA RÉFORME CONTENUE DANS LE PROJET DE LOI N^{O} 20 PEUT-ELLE SE RÉALISER SI LES RESSOURCES INFORMATISÉES MISES À LA DISPOSITION DES MÉDECINS SONT INCOMPLÈTES ET NON RÉPANDUES À L'ÉCHELLE DU RÉSEAU?

Partie 3 : L'imposition de quotas, la rémunération à l'acte et le financement à l'activité : à la recherche d'un équilibre entre la productivité, l'efficacité et la qualité des soins

Le projet de réforme, tel qu'il a été présenté jusqu'ici par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans les projets de loi n^{os} 10 et 20, prévoit plusieurs mesures importantes qui, emmaillées les unes dans les autres, doivent en principe réussir à créer un nouveau climat de productivité qui doit remettre selon la formule consacrée « le patient au cœur des préoccupations ».

Or, le regroupement des structures administratives régionales en mégastructures intégrées, le mode de rémunération des médecins à l'acte auxquels s'accolent l'imposition d'un quota minimal de patients et la mise en place d'une nouvelle grille de sanction pour les médecins mettent en relief deux malaises persistants : le statut professionnel ambivalent des médecins et l'impression selon laquelle l'organisation et la rentabilité des soins en viennent à prendre le dessus sur la raison d'être d'un système de soins, le patient.

3.1. Les quotas de patients et la grogne dans le réseau : des prises de position préoccupantes

Les multiples réactions, parfois virulentes, qui émanent des principaux regroupements de médecins et de professionnels de la santé au Québec ont tôt fait de jeter une douche froide quant à la faisabilité de la réforme contenue dans le projet de loi n^{o} 10 et pour celui qui concerne davantage l'objet de la présente commission, le projet de loi n^{o} 20.

Parmi les réactions les plus remarquées, notons celle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) qui dénonce la « déshumanisation » de la pratique de la médecine familiale conséquente à l'imposition de quotas de patients jugés « irréalistes », de même que celle de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) qui dénonce la probable diminution de la qualité des soins et le manque d'attrait de la profession d'omnipraticien entraînant nécessairement la diminution de l'authenticité de la relation médecin-patient qui est au cœur de la pratique médicale.

Même son de cloche du côté de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) qui souligne le risque de débordement chez les médecins ayant notamment pour conséquence de pousser les médecins vers la pratique privée, voire « l'exode ». Pour le Collège des médecins, il y aurait un manque de transparence déplorable en raison du manque de connaissance général de la part des principaux intervenants des projets de règlements qui seront déposés par le ministre.

Plus récemment, M^{e} Jean-Pierre Ménard, qui dispose d'une expertise reconnue en matière de défense des droits des patients, n'y allait pas non plus de main morte. M^{e} Ménard a rappelé avec sa vigueur habituelle le niveau de risque important lié à l'imposition de quotas pour les usagers les plus vulnérables du système de santé québécois.

Ces querelles, dans lesquelles les différents intervenants se critiquent, voire s'invectivent par médias interposés, n'ont malheureusement pas pour effet de clarifier les enjeux, mais plutôt d'insécuriser de manière importante les personnes aînées et retraitées et d'instaurer un climat de tension qui est aux antipodes de nos attentes collectives.

L'AQRP déplore que le dirigisme et la manière de faire du ministre aient, depuis le dépôt du projet de loi n^{o} 10, retenu davantage l'attention que la réelle question

de fond qui anime une grande majorité des personnes aînées du Québec : au-delà de la manière, l'accès aux soins sera-t-il *vraiment* amélioré par la réforme?

Pour le moment, le citoyen ordinaire qui demande à être sécurisé est malheureusement désabusé devant ce flux incessant d'information et de données parfois contradictoires. L'AQRP craint notamment que ce conflit, au lieu d'amener des solutions concrètes et constructives au problème d'accès dans le système de santé, se transforme en guerre de clocher et prenne ultimement les usagers en otage au cours des prochaines années.

À ce titre :

COMMENT LA RÉFORME CONTENUE DANS LE PROJET DE LOI N^{O} 20, POURTANT AXÉE SUR UNE MEILLEURE COLLABORATION SUR LE TERRAIN, PEUT-ELLE ÊTRE EFFICACE DANS UN CLIMAT MARQUÉ DE CONFRONTATION ET DE RÉSISTANCE?

3.2. La rémunération à l'acte et le financement à l'activité

La réforme proposée par le projet de loi n^{o} 20 s'appuie sur une intention qui semble *a priori* louable : augmenter le volume de soins. L'arrivée d'un ministre qui entend faire de l'efficacité et de l'accessibilité un *modus operandi* devrait donc de prime abord être de bon augure.

Lors d'une conférence de presse tenue le 25 septembre 2014 en compagnie de la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux insistait sur le « changement de culture » nécessaire dans le réseau, sur l'allègement du fardeau dévolu aux autorités régionales en matière de gestion ainsi que sur la mise en place d'une structure orientée sur les services et sur le patient.

Rappelons qu'au début de l'année 2014, le groupe d'experts pour un financement axé sur le patient avait justement déposé un rapport proposant un cadre d'intervention prioritaire au gouvernement de l'époque afin de ramener

l'usager, ou le patient, au cœur des préoccupations[10]. Les quelques avantages anticipés d'un financement en lieu et en temps réel, sur lequel semble s'appuyer en partie le gouvernement actuel sont non négligeables et laissent, de prime abord, entrevoir une lueur au bout du tunnel pour les usagers :

- accroître le volume de services à la population par la prise en charge supplémentaire de patients par les médecins;
- instaurer un mode de financement directement influencé par le nombre de patients, les services rendus et les résultats obtenus sur le terrain;
- soutenir et renforcer la qualité et l'équité entre les régions dans la prestation de soins.

Toutefois, une philosophie axée sur l'augmentation des sommes financières allouées aux médecins et aux établissements en regard du volume de soins prodigués posséderait plusieurs contreparties[11] :

- possible sous-dispensation de certains services par la sélection de clientèle plus rentable pour les médecins et les établissements;
- réduction des durées de séjour au détriment d'un suivi et de la qualité supérieure des soins prodigués;
- transfert trop rapide de la responsabilité des patients à d'autres établissements;
- manque d'incitation de la part des hôpitaux à coordonner les services de santé prodigués par des fournisseurs communautaires.

En ce qui concerne le projet de loi n^{o} 20, une course au rendement entre des « entrepreneurs » déjà rémunérés à l'acte et des établissements « compétiteurs » nouvellement financés à l'activité pourrait donc, sous couvert d'une plus grande accessibilité et d'un plus grand volume de soins, s'imposer davantage dans le réseau. La vigilance doit être de mise afin que le vocable « usager » ne soit pas remplacé par « client » et qu'il n'y ait pas de sélection indue de patients en fonction de leur profil de santé. En cela repose

10. Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, Gouvernement du Québec, 2014
11. Ibid

probablement l'un des plus grands défis de cette réforme, un défi pour lequel il y a jusqu'ici peu d'éléments de certitude.

L'AQRP demande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux de rassurer les personnes aînées et retraitées du Québec en clarifiant comment la réforme, qui lie la rémunération à l'acte et le financement à l'activité, entend contenir de potentiels dérapages clientélistes au sein des cabinets, établissements et cliniques où des soins sont prodigués.

À ce titre :

COMMENT LE PROJET DE LOI N^{O} 20 PEUT-IL EMPÊCHER LA SURFACTURATION DE CERTAINS SOINS ET SERVICES JUGÉS MOINS RENTABLES POUR LE CORPS MÉDICAL?

3.3. La dignité et le respect des usagers

Comme mentionné à quelques reprises dans ce mémoire, la grande préoccupation de l'AQRP concerne principalement la place et l'attention portée au patient, donc à l'être humain, dans un contexte où l'atteinte de cibles et de résultats quantitatifs semble devenir le principal baromètre servant à évaluer la performance globale du système de soins.

Du côté gouvernemental, l'AQRP convient que le rôle d'un ministre est de donner des directions claires et cohérentes. Toutefois, la méthode de force et de confrontation récemment illustrées par le bâillon, comme utilisée pour l'adoption du projet de loi n^{o} 10, n'est pas, selon l'AQRP, un moyen respectueux et efficace pour faire valoir la pertinence et la nécessité d'un mégaprojet.

En ce qui concerne les médecins, l'AQRP, et ce, même si elle est sensible à certaines préoccupations émises par leurs représentants, croit toutefois que ces derniers doivent faire preuve davantage de prudence et de modération dans leur propos. Les menaces de quitter le réseau public et de s'exiler hors frontière, par exemple, ont principalement pour effet pervers d'alimenter l'insécurité dans la population québécoise, en particulier chez les personnes aînées qui sont plus près que loin des portes de l'établissement ou de la clinique au sein desquels les

médecins pratiquent. Susciter volontairement des inquiétudes de ce type n'est pas une tactique qui fait honneur à la profession médicale.

L'AQRP demande donc, par considération et respect des usagers, que cesse ce type de moyens de pression et que les médecins omnipraticiens et spécialistes réitèrent haut et fort leur intention d'être des partenaires et des acteurs de premier plan pour la santé et la pérennité d'un système de soins public accessible à tous, sans distinction.

À ce titre :

COMMENT L'IMPÉRATIF DE PRODUCTIVITÉ ET DE RÉSULTATS, AUXQUELS SE GREFFE UN IMPORTANT DISPOSITIF DE SANCTIONS, PEUT-IL FAVORISER UNE RELATION PATIENT-MÉDECIN AXÉE SUR LE RESPECT, L'ÉCOUTE ET LA COMPASSION?

COMMENT L'IMPOSITION D'UN QUOTA DE PATIENTS ET D'UN FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ POURRONT-ILS CRÉER UNE PLUS GRANDE COOPÉRATION ET VALORISER DAVANTAGE LES EFFECTIFS PROFESSIONNELS QUI OEUVRENT DANS LE RÉSEAU?

Partie 4 : Par-delà la rémunération des médecins : les principales préoccupations des personnes aînées et retraitées

Le projet de réforme en trois temps du ministre de la Santé et des Services sociaux vise plusieurs grands objectifs : réduire la lourdeur bureaucratique, inciter la productivité des médecins par la rémunération à l'acte et favoriser l'augmentation du volume de soins par le financement des établissements à l'activité. Or, jusqu'à maintenant, les projets de loi n^{os} 10 et 20 n'ont toujours pas abordé des problématiques criantes dans le réseau et qui méritent d'être débattues plus tôt que tard.

L'AQRP profite donc de la fenêtre ouverte par les présents travaux pour présenter aux membres de la commission certaines préoccupations qui concernent directement l'accessibilité au système de santé et qui vont au cœur des préoccupations de la catégorie de la population dont notre association se fait la porte-parole.

4.1. Les listes d'attentes en hébergement

Depuis l'arrivée en poste de l'actuel gouvernement, ce dossier, qui pourtant est névralgique lorsque l'on aborde la question de l'accessibilité, a jusqu'ici été presque totalement éludé du discours public et politique.

Afin de compenser le manque de suivi des parlementaires sur cette question, l'AQRP, au cours de l'automne 2014, a obtenu par l'intermédiaire de la loi sur l'accès à l'information un portrait actualisé produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux des listes d'attentes en CHSLD ainsi qu'en ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF), deux composantes clés du continuum de soins (voir annexe 1). Malheureusement, le bilan obtenu, qui compare l'évolution de la liste d'attente pour la période 6 des années financières 2013-2014 et 2014-2015, est peu concluant.

En ce qui concerne les CHSLD, destinés aux personnes nécessitant plus de 3 heures de soins par jour, le nombre total de personnes en attente est passé de 4 216 en 2013-2014 à 4 160 pour la même période en 2014-2015, soit une infime diminution de 1,3 %. Dans certaines régions, la situation s'est grandement détériorée, notamment en Estrie (+80 %), dans les Laurentides (+40 %) et en Chaudière-Appalaches (+32 %). L'AQRP a également pu noter une augmentation significative dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue (+12 %), de la Côte-Nord (+10 %) et de Laval (+9 %).

En ce qui concerne les RI-RTF, destinées aux personnes nécessitant entre 1,5 et 3 heures de soins par jour et qui sont de plus en plus appelées à remplir un rôle pivot dans le continuum de soins, nous notons une augmentation de 3 % au cours de la période de référence, soit de 3 224 personnes en attente en 2013-2014 à 3 306 en 2014-2015 (voir annexe 2). Les régions sociosanitaires où la situation s'est le plus détériorée sont celles de la Côte-Nord (+46 %), de Lanaudière (+23 %) et de Chaudière-Appalaches (+20 %). Notons également une augmentation significative dans la région de la Capitale-Nationale (+8 %) et la Montérégie (+6 %).

Malheureusement, la réforme actuelle du système de santé proposée dans les projets de loi n^{os} 10 et 20 n'a encore été jusqu'ici été d'aucun éclairage sur la façon dont la réorganisation prévue allégera les listes d'attente en hébergement et en augmentera l'accessibilité et la qualité à court et à moyen terme.

À ce titre :

COMMENT LE GOUVERNEMENT, EN VERTU DE LA RÉFORME ACTUELLE, ENTEND-IL AUGMENTER L'ACCÈS ET DIMINUER LES LISTES D'ATTENTE EN HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AÎNÉES EN PERTE D'AUTONOMIE?

4.2. La hausse de la tarification pour les soins et services destinés aux personnes aînées

L'ajustement et la simplification de la grille de tarification selon les différentes catégories de soins et de services offerts aux usagers sont également un enjeu déterminant, car les conséquences financières sont directes. Déjà, à certains endroits, les derniers mois ont été riches en mauvaises surprises pour les personnes âgées de 65 ans et plus et laissent supposer une tendance plus lourde en matière de tarification.

Malheureusement, la boîte de Pandore que constitue la tarification laisse entrevoir déjà des fissures qui créent des situations très embarrassantes pour les usagers et qui viennent potentiellement bousculer un des principes fondamentaux qui guident la *Loi canadienne sur la santé,* soit le principe d'accessibilité. Ce principe, qui anime l'esprit du document dans son entier, a justement pour raison d'être de décourager « le recours à des mesures financières ou autres pouvant faire obstacle à la prestation des services de santé publics, afin que tous les Canadiens aient accès aux services de santé quand ils en ont besoin ».

Paradoxalement, à l'automne 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait une circulaire destinée aux directions générales des centres hospitaliers (CH), des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres de réadaptation (CR), des centres locaux de services communautaires

(CLSC) et des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), une norme de pratique et de gestion qui les invite à hausser dès le 1er janvier 2015 les coûts des repas et des services de transport adaptés pour les personnes âgées de 65 ans et plus qui fréquentent les hôpitaux et les centres de jour du Québec (voir annexe 2).

Dans le premier cas, les tarifs suggérés sont haussés de 86 %, tandis que, dans le deuxième cas, la majoration est de 650 %! Illustré de la sorte, cela frise la démesure, voire l'indécence, compte tenu du profil de la clientèle qui devra éponger cette facture à quelques mois de préavis. Si cela est un prélude à ce qui attend la population aînée du Québec, il va de soi que l'avenir ne s'avère guère rassurant.

De plus, concernant la fin de la gratuité du transport ambulancier pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne touchent pas le Supplément de revenu garanti (SRV), une recommandation issue des travaux de la Commission de révision permanente des programmes, l'introduction d'une barrière arbitraire de ce type est de bien mince consolation. Il va sans dire que plusieurs aînés et retraités québécois, avec un revenu annuel moyen se situant aux limites de la ligne de démarcation suggérée, pourraient se retrouver, à quelques dollars près, dans une situation très précaire sur le plan financier.

L'AQRP demande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux de rassurer les personnes aînées et retraitées du Québec, de se prononcer en défaveur de ces ajustements démesurés et de s'engager à rendre plus accessibles les soins et les services destinés aux personnes en perte d'autonomie ou à toute autre catégorie de la population jugée plus vulnérable.

À ce titre :

COMMENT LE GOUVERNEMENT ENTEND-IL ÉVITER L'EXPLOSION DES TARIFS LIÉS AUX SOINS ET SERVICES DISPENSÉS AUX PERSONNES AÎNÉES EN PERTE D'AUTONOMIE?

4.3. La facturation illégale des frais accessoires

L'AQRP craint que les mesures instaurées par le projet de loi n° 20 puissent avoir pour effet d'encourager certains médecins à compenser un possible déficit dans l'atteinte des quotas de patients par une augmentation de la tarification de soins et de services normalement couverts par la RAMQ. Aujourd'hui, même si c'est de plus en plus documenté et dénoncé par les médecins et les citoyens et citoyennes du Québec, le gouvernement en place ne s'est toujours pas engagé à rectifier rapidement une situation qui contrevient à l'esprit de la loi.

Rappelons qu'en juin 2013, l'Assemblée nationale a adopté une motion à l'unanimité visant à dénoncer cette pratique qui égrène progressivement les composantes publiques du système. À l'automne 2014, un recours collectif a même été déposé par un citoyen contre le gouvernement du Québec, la RAMQ et les médecins concernant l'imposition de frais jugés abusifs pour l'obtention de médicaments et d'agents anesthésiants normalement couverts.

À ce propos, le regroupement Médecins québécois pour le régime public (MQRP) dans son rapport annuel pour l'année 2013[12] soulignait que de plus en plus de patients, dans le système actuel, se font facturer des frais supplémentaires lors de leurs visites médicales qui contreviennent aux exceptions permises par la loi. Encore plus préoccupant, le MQRP signale dans son mémoire la facturation de frais illégaux même si elle s'effectue « au vu et au su » des autorités. C'est inacceptable.

Qu'en sera-t-il si les quotas de patients établis à la suite du projet de loi n° 20 ne sont pas atteints? Même à l'heure actuelle, l'esprit de la loi est bafoué en toute « légalité », alors comment les médecins, qui sont tentés par ces pratiques, auront-ils tendance à réagir advenant leur manque de « productivité »? Certains médecins vont-ils chercher à amenuiser l'impact des possibles pénalités financières par une surfacturation des services et soins prodigués? La question mérite que nous nous y attardions, surtout compte tenu du laxisme des dernières années en matière de surveillance et de découragement de cette pratique.

Dans le cadre des travaux de la commission, l'AQRP demande au ministre de la Santé et des Services sociaux de prendre clairement position et de rassurer la population sur les actions qui seront menées à court terme pour freiner cette tendance.

12. Médecins québécois pour un régime public (MQRP), *Pas de frais pour les patients : parce payer de sa santé n'a rien d'accessoire*, Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres, juin 2013

À ce titre :

COMMENT LE GOUVERNEMENT ENTEND-IL, EN VERTU DU PROJET DE LOI N^{O} 20, EMPÊCHER LA FACTURATION ILLÉGALE DES FRAIS ACCESSOIRES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ?

Partie 5 : Conclusion

Même si les intentions du ministre de placer le patient au cœur des priorités sont louables, il est toujours difficile pour l'instant de voir comment ce dernier peut se tailler une place à part entière et en toute dignité dans un nouveau système à l'intérieur duquel la préoccupation principale des médecins et des établissements sera dorénavant de boucler les fins de mois. En cela réside probablement le plus grand défi pratique et éthique de la réforme entreprise par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les personnes retraitées, comme le reste de la population, s'attendent à ce que la réforme enclenchée produise un résultat en particulier : la plus grande accessibilité des soins au Québec. Cette accessibilité ne doit pas seulement se calculer à partir d'une inscription nominative dans un répertoire, un guichet ou une liste, mais plutôt à la lumière d'une plus grande ouverture dans le système en permettant aux usagers d'avoir de nouvelles portes d'entrée pour recevoir des soins. Le Québec doit donc se doter de nouvelles clés, car l'accès prend tout son sens lorsque les soins et les suivis sont réellement prodigués.

Le projet de loi n^{o} 20, jusqu'à maintenant, n'apporte toutefois aucun élément de réponse sur cet accroissement des responsabilités des autres professionnels ni de définition concrète de ce que représente l'accès en question. Surconcentrer le débat actuel sur le mode de rémunération des médecins a pour conséquence de diminuer indument la portée globale de la réforme et d'esquiver d'autres aspects névralgiques du continuum de soins, tel que l'AQRP a tenté de les soulever dans ce mémoire.

5.1 Des objectifs réalistes

Comme l'ont souligné plusieurs études menées au cours des dernières années, le manque d'accès à un médecin de famille et à une multitude de soins spécialisés sont bien réels et c'est pourquoi l'AQRP demande un effort commun, raisonnable et concerté entre le gouvernement et les médecins omnipraticiens et spécialistes afin que, peu importe les dissensions, le Québec puisse se doter d'un système de santé souple, ouvert, performant et à la hauteur de ses ambitions.

L'allègement de certaines tâches historiquement dévolues aux médecins au profit d'autres intervenants est selon l'AQRP non seulement possible, mais également nécessaire afin de valoriser de façon maximale toutes les composantes et valeurs ajoutées du système de soins. Comme le souligne le Commissaire à la santé et au bien-être dans son bulletin de mars 2015, « Comme l'accès aux soins est assez difficile au Québec, il est d'autant plus important que les équipes de première ligne aident les patients à obtenir des rendez-vous et à coordonner leurs soins, et ce, particulièrement pour les patients les plus vulnérables, qui nécessitent des soins de plusieurs intervenants »[13].

Avoir accès au bon professionnel au bon endroit et au moment opportun, voilà l'objectif qui a jusqu'ici été embrouillé dans les travaux de la commission depuis le dépôt du projet de loi n^{o} 10, et maintenant dans le projet de loi n^{o} 20. L'octroi de plus grandes responsabilités aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), de même qu'aux autres professionnels étroitement impliqués dans le réseau, mais qui demeurent encore généralement sous-utilisés, tels les pharmaciens en matière de renouvellement des ordonnances, par exemple, doivent donc faire partie de la solution à court terme.

Puisque le vieillissement de la population est une réalité à laquelle le Québec devra faire face au cours des prochaines décennies, cet élargissement de certains champs d'action professionnels est une solution logique, nécessaire et prometteuse pour assurer le dynamisme, l'adaptation et la réussite du système dans son ensemble.

13. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), *Info performance*, Bulletin n^{o} 10, mars 2015

5.2 L'accès aux médecins et aux soins : une responsabilité partagée

Puisque l'instauration d'un climat de collaboration résulte d'une responsabilité partagée, l'AQRP appelle les médecins à faire preuve d'ouverture et d'engagement envers la population québécoise afin de faire en sorte que le statu quo ne soit pas le grand vainqueur de ce nouveau chapitre en santé. L'AQRP invite également le ministre de la Santé et des Services sociaux à faire preuve de sensibilité face aux préoccupations exprimées par les divers intervenants, de même qu'envers les citoyens que nous sommes. Comme le suggérait récemment le D^{r} Alain Vadeboncoeur, le rôle d'un ministre n'est pas seulement de diriger, mais également d'inspirer.

Si la réussite de projets d'envergure, comme ceux compris dans les projets de loi n^{os} 10 et 20, dépendent de la bonne volonté, de l'enthousiasme et du climat de collaboration entre les différents acteurs et pôles du système, nous craignons que les bases actuelles sur lesquelles est assise cette réforme soient jusqu'ici bien fragiles. Elles méritent d'être solidifiées à nouveau. Comme l'AQRP l'a souligné dans ce mémoire, si les partenaires ne sont pas motivés à travailler dans la même direction, tout projet de société, aussi prometteur et ambitieux soit-il, est voué à l'échec.

Le gouvernement, de même que les médecins, doivent dès maintenant se ressaisir et amorcer un dialogue sur de nouvelles bases de compromis et d'ouverture, pour le bien-être de la population du Québec d'aujourd'hui et de demain. L'accessibilité des soins de santé et la dignité des usagers, voilà les véritables priorités.

Sommaire

- Comment la réforme contenue dans le projet de loi n° 20 peut-elle renverser la tendance selon laquelle le système de santé québécois est, en matière d'attente, nettement sous-performant?

- Comment la réforme contenue dans le projet de loi n° 20 peut-elle se réaliser si les ressources informatisées mises à la disposition des médecins sont incomplètes et non répandues à l'échelle du réseau?

- Comment la réforme contenue dans le projet de loi n° 20, pourtant axée sur une meilleure collaboration sur le terrain, peut-elle être efficace dans un climat marqué de contestation et de résistance?

- Comment la réforme contenue dans le projet de loi n° 20 peut-elle empêcher la surfacturation de certains soins jugés moins rentables pour les médecins?

- Comment l'impératif de productivité et de résultats, auxquels se greffe un important dispositif de sanctions, peut-il favoriser une relation patient-médecin axée sur le respect, l'écoute et la compassion?

- Comment l'imposition d'un quota de patients et d'un financement à l'activité pourront-ils créer une plus grande coopération et valoriser davantage les effectifs professionnels qui œuvrent dans le réseau?

- Comment le gouvernement, en vertu de la réforme actuelle, entend-il augmenter l'accès et diminuer les listes d'attente en hébergement pour les personnes aînées en perte d'autonomie?

- Comment le gouvernement entend-il éviter l'explosion des tarifs liés aux soins et services dispensés aux personnes aînées en perte d'autonomie?

- Comment le gouvernement entend-il, en vertu du projet de loi n° 20, empêcher la facturation illégale des frais accessoires dans le système de santé?

Annexes

Annexe 1 :
Liste d'attente en CHSLD et en RI-RTF pour la période financière 6 des années 2013-2014 et 2014-2015

Annexe 2 :
Circulaires publiées en 1992 et en 2014 du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant l'imposition de tarifs liés aux frais de repas et de transport pour les personnes aînées de 65 ans et plus qui fréquentent un hôpital de jour.

Annexe 1 :

Liste d'attente en CHSLD et en RI-RTF pour la période financière 6 des années 2013-2014 et 2014-2015

1- Nombre de personnes en attente d'une place en CHSLD dans chacune des régions sociosanitaires, période 6 des années financières 2013-2014 et 2014-2015.

Régions sociosanitaires	Demandes en attente En attente d'une place en CHSLD 13-14	Demandes en attente En attente d'une place en CHSLD 14-15
1 - Bas-Saint-Laurent	10	15
2 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	32	26
3 - Capitale-Nationale	865	708
4 - Mauricie et Centre-du-Québec	117	108
5 - Estrie	66	119
6 - Montréal	1 389	1 386
7 - Outaouais	155	116
8 - Abitibi-Témiscamingue	99	111
9 - Côte-Nord	58	64
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	9	5
12 - Chaudière-Appalaches	113	149
13 - Laval	201	219
14 - Lanaudière	190	136
15 - Laurentides	233	326
16 - Montérégie	679	672
Total	4 216	4 160

Source : Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), septembre 2013 et septembre 2014.

2- Nombre de personnes en attente d'une place en ressources intermédiaires et en ressources de type familiale (RI-RTF), uniquement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, pour la période 6 des années financières 2013-2014 et 2014-2015, dans chacune des régions sociosanitaires

Les données ne sont pas disponibles en fonction des programmes-services (par exemple, personnes âgées en perte d'autonomie), vous trouverez ci-joint l'ensemble des personnes en attente d'une place en RI-RTF à la période 6 des années financières concernées.

RSS	Demandes en attente En attente d'une place en RI-RTF 13-14	Demandes en attente En attente d'une place en RI-RTF 14-15
1 - Bas-Saint-Laurent	28	28
2 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	118	103
3 - Capitale-Nationale	374	405
4 - Mauricie et Centre-du-Québec	103	105
5 - Estrie	26	18
6 - Montréal	694	648
7 - Outaouais	130	97
8 - Abitibi-Témiscamingue	70	72
9 - Côte-Nord	56	82
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	17	18
12 - Chaudière-Appalaches	143	171
13 - Laval	149	105
14 - Lanaudière	158	195
15 - Laurentides	229	274
16 - Montérégie	929	985
Total	3 224	3 306

Note : Les données sont présentées pour les clientèles ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement, et non uniquement pour la clientèle « soutien à l'autonomie des personnes âgées» (SAPA).

Source : Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), septembre 2013 et septembre 2014

Annexe 2 :

Circulaires du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant l'imposition de tarifs liés au frais de repas et de transport pour les personnes aînées de 65 ans et plus qui fréquentent un hôpital de jour (2014,1992)

NORMES ET PRATIQUES DE GESTION, Tome II, Répertoire

Santé et Services sociaux Québec

CIRCULAIRE

Expéditeur
Le sous-ministre adjoint à la Direction générale des finances, des immobilisations et du budget

Date
2014-10-03

Destinataires (*)
Les directrices générales et les directeurs généraux des centres hospitaliers (CH), des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres de réadaptation (CR), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Sujet
Tarification des repas et du transport des personnes inscrites en centre de jour ou en hôpital de jour pour les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie

CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 25 NOVEMBRE 1992 (1992-090)
MÊME CODIFICATION

OBJET

La présente circulaire a pour objet de proposer une tarification uniforme aux établissements qui fournissent des repas et du transport à une personne inscrite en centre de jour ou en hôpital de jour dans un CH, un CSSS, un CLSC, un CR ou un CHSLD. Les bénéfices escomptés de l'application d'une telle mesure se traduiront par une plus grande équité de contribution entre les personnes bénéficiaires de mêmes services à travers le Québec.

PRINCIPE

Une personne inscrite dans un centre de jour ou un hôpital de jour doit assumer le coût de ses repas et de son transport, lequel est déterminé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à partir du rapport financier des établissements. Les tarifs sont appliqués par l'administration de chaque établissement.

(*) Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires, au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/documentation
« Normes et Pratiques de gestion »

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Service de l'allocation des ressources	418 266-7111	2014-033			
Document(s) annexé(s)		**Volume**	**Chapitre**	**Sujet**	**Document**
		03	01	42	02

Par souci d'équité entre les bénéficiaires des services d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour, le Ministère propose une tarification uniforme pour les repas et le transport fournis par l'établissement ou l'organisme communautaire qui gère ces programmes. En ce qui concerne les transports, le tarif retenu représente la moitié du coût réel moyen. Cette orientation a pour objectif de ne pas trop creuser l'écart avec les tarifs en vigueur pour l'utilisation du transport adapté.

MODALITÉS

1) Tarification des repas : 6,50 $ par repas

Le Ministère évalue à 6,50 $ le prix d'un repas fourni à un bénéficiaire inscrit dans un centre de jour ou un hôpital de jour. Il est proposé d'appliquer ce tarif à compter du 1er janvier 2015.

2) Tarification du transport : 5 $ par voyage

Le coût moyen d'un transport fourni à un bénéficiaire inscrit dans un centre de jour ou un hôpital de jour est estimé à 10 $. Il est proposé d'appliquer un tarif représentant la moitié du coût, soit 5 $ pour un aller simple à compter du 1er janvier 2015.

Dans la mise en application de ces tarifs, il est proposé d'échelonner sur un horizon n'excédant pas 3 ans la hausse par rapport au tarif actuellement en vigueur dans l'établissement. L'étalement devra être conçu de manière à éviter un choc tarifaire.

COMPTABILISATION

Les établissements de santé et de services sociaux comptabilisent les revenus selon les normes énoncées dans le Manuel de gestion financière.

SUIVI

Le service ressource cité en référence est disponible pour tout renseignement additionnel.

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

François DION

N° dossier	Page
2014-033	2

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Normes et pratiques de gestion Tome II. Répertoire

Circulaire

Expéditeur(s)

Le sous-ministre

Date

1992-11-25

Destinataires

Les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et des organismes communautaires concernés

Sujet

Tarification des repas et du transport des personnes inscrites en centre de jour ou en hôpital de jour pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie.

OBJET

La présente circulaire a pour objet de proposer une tarification uniforme des repas et du transport fournis à un bénéficiaire inscrit dans un établissement ou un organisme communautaire opérant un programme de centre de jour ou d'hôpital de jour, pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie. Les bénéfices escomptés de l'application d'une telle mesure se traduiront par une plus grande équité de contribution entre les personnes bénéficiaires de mêmes services à travers le Québec.

PRINCIPES

Au niveau des principes, il s'avère légitime qu'une personne inscrite dans un centre de jour ou un hôpital de jour pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, assume le coût de ses repas et de son transport. Toutefois, à ce jour, les tarifs ont toujours été fixés par l'administration de chaque établissement. Il en résulte une situation où l'on observe des écarts de tarifs importants.

Par souci d'équité entre les bénéficiaires des services d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour, le Ministère propose une tarification uniforme pour les repas et le transport fournis par l'établissement ou l'organisme communautaire qui opère ces programmes.

Service ressource

Directions des liaisons S.L.D.

Téléphone

(418)643-7441

N° dossier

1992-090

Document(s) annexé(s)

Volume	Chapitre	Sujet	Document
03	01	42	02

AS-400

MODALITÉS

1) **Tarification des repas: 3,50$ par repas**

Le Ministère propose que le prix d'un repas, fourni à un bénéficiaire inscrit dans un établissement ou un organisme communautaire qui opère un centre de jour ou un hôpital de jour pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, soit fixé à 3,50$ à compter du 1er janvier 1993.

Le tarif suggéré est inférieur au coût moyen d'un repas en C.A.H., qui s'élevait à 4,00$ en 1988/1989 - selon les données du Comité interne du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la contribution des adultes hébergés.

2) **Tarification du transport: 0,75$ par voyage**

Le Ministère propose que le prix d'un transport fourni à un bénéficiaire inscrit dans un établissement ou un organisme communautaire qui administre un centre de jour ou un hôpital de jour pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, soit fixé à 0,75$ pour un aller simple, à compter du 1er janvier 1993.

Le tarif suggéré est le même que celui fixé par les deux commissions de transport des communautés urbaines de Montréal et de Québec, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

COMPTABILISATION

Les établissements de santé et de services sociaux comptabilisent les revenus selon les normes énoncées au Manuel de gestion financière.

Le Ministère tiendra compte de ces revenus additionnels lors de l'approbation budgétaire.

SUIVI

Le service ressource cité en référence est disponible pour tout renseignement additionnel.

Le sous-ministre,

Original signé par

André TRUDEAU

N° dossier: 1992-090 Page: 2