



***Le projet de loi 118 doit aussi protéger et
favoriser l'accessibilité aux services en
physiologie respiratoire***

Mémoire présenté à la commission de la santé et des services sociaux

DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION SUR LE PROJET DE LOI no 118

Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services
orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par
une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux

Par :
PASCALE LAMARCHE
Présidente directrice générale UNIMEDIC
JANVIER 2017

Les points saillants de notre mémoire

- Nous saluons l'objectif du projet de loi 118 à l'effet de mettre en place des mécanismes pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services qui sont offerts dans le domaine de la santé respiratoire. Il s'inscrit tout à fait dans l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS). Toutefois, la notion fondamentale de l'accessibilité est absente du projet de loi. Certaines propositions vont même à l'encontre de ce principe.
- Unimédic œuvre dans le domaine des soins du sommeil et de la santé respiratoire depuis 2005 et offre depuis, des services diagnostiques et de traitement dans près de 20 points de service, principalement logés en région. Grâce à la proximité de ses services, la prise en charge des patients est rapide et les risques de détérioration de la santé sont évités pour ceux-ci. La résultante risque de priver 22 000 patients de soins.
- Pour assurer l'accessibilité aux services en santé respiratoire ainsi que leur continuité, nous recommandons :
 - d'ajouter la notion d'accessibilité à l'article 1;
 - de mieux définir les fonctions du centre de physiologie respiratoire (alinéa 1 de l'article 3);
 - de modifier l'article 26 en définissant de façon réaliste les exigences en ce qui concerne les qualifications du directeur et en retirant l'obligation d'avoir des directeurs adjoints. Si l'article de loi était maintenu, les petites et moyennes entreprises qui assurent avec compétence et encadrement les services en régions disparaîtraient.
- Les plus grands risques pour la santé et la sécurité des patients se situent principalement au niveau des ordonnances, de la qualité des suivis, de la prise en charge et de l'autodiagnostic. Il faudra se préoccuper du véritable danger et éventuellement interdire, au même titre que la médication, la vente d'appareils par des particuliers et viser un meilleur encadrement pour le suivi des patients, l'initiation aux traitements, la salubrité et l'hygiène des appareils usagés.
- Les ressources du système public, qui sont déjà rares, pourront ainsi se déployer là où cela est nécessaire et ne seront pas surchargées par des patients qui auront eu des complications et des détériorations en raison d'une prise en charge trop tardive et d'un manque de suivi.
- Les petites et moyennes entreprises en santé respiratoires survivront et pourront se développer pour le plus grand intérêt des citoyennes et des citoyens.

Table des matières

Présentation d'Unimédic et de l'auteure du mémoire	4
1. L'objectif du projet de Loi 118	6
Un incontournable auquel nous adhérons sans réserve et auquel il est impérieux d'ajouter le volet de l'accessibilité.	
2. Pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins	7
Mieux définir les fonctions du centre de physiologie respiratoire	
3. L'article 26 compromet les services en région	8
Des exigences non définies et des ressources insuffisantes	
Un directeur adjoint par lieu de services : un critère irréaliste, irréalisable et non souhaitable	
4. Mieux encadrer : oui, mais quoi?	11
Conclusion	13
Améliorer la qualité, la sécurité et aussi l'accessibilité	

Présentation d'Unimédic

Unimédic, une entreprise fondée en mars 2005 à Jonquière, dans la région du Saguenay Lac-Saint-Jean, œuvre dans le domaine des soins du sommeil et de la santé respiratoire. Agissant comme pionnière régionale en matière d'apnée du sommeil, notre compagnie, en 12 ans, est passée à 20 points de service.

Du diagnostic de type ambulatoire en passant par l'élaboration d'un plan de traitement jusqu'à l'appareillage et au suivi, Unimédic travaille sous la supervision de médecins spécialistes, d'inhalothérapeutes certifiés, et de technologues en électrophysiologie pour offrir aux patients des services professionnels de qualité qui leur permettront d'améliorer leur qualité de vie et de prévenir l'aggravation de leurs problèmes de santé. En matière de diagnostic, Unimédic se démarque en offrant la polysomnographie de niveau 2. Comme la plupart des laboratoires au Québec, elle offre aussi, la polygraphie cardiorespiratoire. Grâce à son sens de l'éthique et à l'excellence de ses soins, elle est régulièrement la référence en région.

Unimédic va vers les patients, là où ils sont qu'il s'agisse de

- Alma
- Baie-Comeau
- Chibougamau
- Chicoutimi
- Granby
- La Malbaie
- Lac-Mégantic
- Lévis | Saint-Nicolas
- Nicolet
- Québec | Lebourgneuf
- Québec | Sainte-Foy
- Port-Cartier
- Rimouski
- Matane
- Saint-Georges de Beauce
- Sept-Îles
- Sherbrooke
- Ste-Marie de Beauce
- Thetford Mines
- Victoriaville

Grâce aux services que nous offrons, les citoyens et citoyennes de ces municipalités peuvent recevoir des services diagnostiques fiables et des traitements bénéfiques pour leur santé. Ils peuvent donc passer leurs examens rapidement sans avoir à subir des délais qui peuvent compromettre leur condition et sans devoir déboursier des frais de transport et d'hébergement.

Pour dispenser ses services, Unimédic compte sur près de 40 employés, dont 19 inhalothérapeutes et 3 électro physiologistes ainsi que sur la collaboration d'une dizaine de médecins spécialistes pour l'interprétation des examens effectués dans ses locaux. Ses politiques et procédures sont supervisées par un pneumologue qui est la référence au laboratoire du sommeil du centre hospitalier régional.

Les objectifs d'Unimédic sont notamment de dispenser des soins d'excellence avec sécurité, humanité et compassion, d'établir un lien de confiance et de proximité solide avec sa clientèle en offrant un accompagnement soutenu par des professionnels dévoués et compétents. Reconnaisant le talent et l'engagement de ses employés, Unimédic favorise la création d'un environnement où chaque personne est estimée, respectée et soutenue dans l'exercice de ses fonctions professionnelles, à travers une pratique éthique rigoureuse et respectant en tout point la déontologie.

Présentation de l'auteur

Madame Pascale Lamarche est PDG de l'entreprise Unimédic. Elle a fait des études en administration des affaires, option marketing, à l'Université du Québec à Chicoutimi et au deuxième cycle, en gestion des organisations avec dominante *entrepreneurship*. En 2013, après une carrière de 10 ans à titre de représentante, puis gestionnaire de comptes majeurs, dans l'industrie pharmaceutique, elle se joint à l'équipe Unimédic. En septembre 2014, elle acquiert l'entreprise Unimédic Inc. Elle s'exerce depuis à offrir les meilleurs soins disponibles.

1. L'objectif du projet de Loi 118

Un incontournable auquel nous adhérons sans réserve et auquel il est impérieux d'ajouter le volet de l'accessibilité.

D'entrée de jeu, nous saluons l'objectif du projet de loi 118 à l'effet de mettre en place des mécanismes pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services qui sont offerts dans les secteurs prévus dans la loi, y compris le domaine de physiologie respiratoire dans lequel nous œuvrons. Aucun secteur de notre société, qu'il soit du domaine public ou privé, n'est à l'abri des erreurs ou des malversations. Et, lorsqu'il s'agit de la santé de la population, nous devons comme société et comme professionnels être d'autant plus vigilants.

Cet objectif qui s'inscrit tout à fait dans l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) est cependant incomplet. Le principe de l'accessibilité est absent du projet de loi.

Pourtant la LSSS, à l'alinéa 7 de l'article 1, énonce clairement l'objectif d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. Parmi les moyens prévus à l'article 2, il est stipulé «de rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social (alinéa 4) et de tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions (alinéa 5).

Jusqu'à maintenant, notre entreprise a pu offrir ses services auprès de 22 000 patients et nous avons effectué plus de 5000 activités pré traitement qui se répartissent comme suit : la polysomnographie (985), la polygraphie cardiorespiratoire (1247), l'oxymétrie (122), la titration (2089) et le dépistage (575).

Nous avons déployé nos effectifs dans les régions du Saguenay-Lac Saint-Jean de la Côte-Nord, du Bas-Saint-Laurent, de Québec, de Chaudières-Appalaches, de la Gaspésie, de la Montérégie, de l'Estrie et de Charlevoix. Sans notre présence dans les municipalités de plusieurs de ces régions, les citoyens et citoyennes n'auraient pas eu accès à des services de proximité pour leurs problèmes d'apnée. Nous leur avons évité des déplacements inutiles, ils ont pu bénéficier d'une prise en charge rapide de leurs problèmes et ainsi prévenir une détérioration de leur santé.

Forts de notre expérience en région, nous pouvons affirmer l'importance et la nécessité de fournir des services de proximité en matière de physiologie respiratoire et également d'en assurer la continuité. Les délais pour diagnostiquer une apnée du sommeil, une maladie chronique importante, peuvent entraîner des conséquences graves telles que les complications cardiovasculaires. Les frais de subsistance et de transport encourus pour aller

vers les grands centres peuvent également constituer un obstacle pour les patients qui hésiteront à consulter pour leurs problèmes respiratoires et, le cas échéant, à poursuivre leurs traitements.

Enfin, il est connu que des problèmes de santé qui ne sont pas pris en charge rapidement et qui perdurent ont de fortes chances d'entraîner d'autres problèmes qui généreront à leur tour des frais importants pour le système public de santé.

Nous recommandons donc de modifier l'article 1 de la manière suivante :

« La présente loi a pour objet d'encadrer les activités exercées dans les laboratoires, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire qui ne sont pas exploités par un établissement de santé et de services sociaux afin de contribuer à l'amélioration de la qualité, de la sécurité des services offerts **et de leur accessibilité.** »

2. Pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins

Mieux définir les fonctions du centre de physiologie respiratoire

L'alinéa 1 de l'article 3 du projet de loi 118 définit le « centre de physiologie respiratoire » comme suit : « une personne, société ou association qui réalise des examens diagnostiques de la physiologie respiratoire afin d'évaluer les troubles du sommeil et de l'éveil ».

En cette matière, Unimédic est actuellement en mesure d'offrir tous les examens à l'exception de la polysomnographie de niveau 1 qui oblige le patient à dormir à l'hôpital ou en laboratoire. Cet examen n'est toutefois pas essentiel pour établir un diagnostic fiable et un plan de traitement adéquat. De plus, lorsque non requis, il entraîne des coûts inutiles.

Selon Frédéric Series, de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), dans l'établissement, 80 % des patients sont diagnostiqués avec une polygraphie cardiorespiratoire. C'est un examen que nous sommes en mesure d'effectuer et que l'ensemble des entreprises offrent.

Dans le cadre des activités de notre entreprise, si la polysomnographie de niveau 1 avait été imposée, plus de 2350 patients n'auraient pu être diagnostiqués sur place, de façon ambulatoire et dans des délais normaux. Le plan de traitement de même que sa réalisation auraient été retardés, entraînant des risques de complications et de détérioration mais probablement aussi une augmentation des patients sur les listes d'attente des hôpitaux.

Pour assurer l'accessibilité et la continuité des services diagnostiques, il est donc essentiel de définir plus spécifiquement l'aspect diagnostic des troubles du sommeil.

Nous recommandons donc de modifier l'alinéa 1 de l'article 3 comme suit

« Centre de physiologie respiratoire », une personne, société ou association qui réalise des examens diagnostiques de la physiologie respiratoire afin d'évaluer les troubles du sommeil et/ou de l'éveil ; ces examens peuvent être la polysomnographie de niveau 1 et/ou de niveau 2 et/ou la polygraphie cardiorespiratoire. La polysomnographie de niveau 1 et de niveau 2 et les tests d'éveil ne sont pas une condition requise pour être considéré comme centre de physiologie respiratoire ; toutefois, dans le cas où médicalement nécessaire, c'est le spécialiste qui interprétera l'examen qui réorientera le patient vers un centre hospitalier ou un laboratoire en mesure de réaliser cet examen.

Nous tenons à vous informer que la Polysomnographie de niveau 1 et les tests d'éveil sont disponibles dans un seul laboratoire privé à Ste-Foy, les autres dans la grande région de Montréal.

3. L'article 26 compromet les services en région

L'article 26 du projet de loi compromet les services en région et cela, principalement, pour deux raisons : d'une part, il ne définit pas de façon qualitative les exigences pour les directeurs et directeurs adjoints ; d'autre part, il impose un critère irréaliste et irréalisable, celui d'avoir un directeur adjoint par lieu de services.

Des exigences non définies, des ressources insuffisantes

Si l'on se basait sur les exigences qualitatives du Guide d'exercice du Collège des médecins, publié en mars 2014, sur l'apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil, le nombre de médecins pouvant se qualifier pour l'application de l'article 26 serait totalement insuffisant.

À cet égard, voici nos principaux constats :

- sur la base des critères du Collège des médecins¹ et de la revue de littérature disponible, nous évaluons que, sur le territoire desservi par Unimédic, seulement sept spécialistes correspondraient aux critères nécessaires pour remplir le rôle prévu à l'article 26 ; dans ce contexte, il serait impossible de délivrer des permis puisque le nombre de directeurs et directeurs adjoints serait insuffisant pour le nombre de laboratoires. Pour le même territoire, afin de satisfaire aux exigences de l'article 26, il devrait y avoir 59 spécialistes du sommeil qui soient disponibles et qui acceptent, sans préjudice envers aucune entreprise, de remplir un rôle de direction ;

- dans l'ensemble du Québec, les documents consultés, nous indiquent qu'à peine une trentaine de spécialistes se qualifieraient pour jouer le rôle prévu de directeurs ; il n'y aurait par conséquent pas assez d'effectifs pour le total d'entreprises répertoriées dans notre secteur d'activité. Nous en avons succinctement totalisé plus de 35 différentes avec nos recherches. Des grandes entreprises ou consortiums nationaux et internationaux peuvent comptés jusqu'à 34 succursales chaque au Québec. De plus, on ne peut présumer de la disponibilité et de la volonté de tous les spécialistes qualifiés à collaborer à titre de directeur avec des laboratoires privés. Dans un contexte de sous-effectifs hospitaliers, un pneumologue de Chicoutimi choisirait-il de diminuer les heures consacrées à des cas de cancer du poumon ou de fibrose pulmonaire pour aller superviser des activités dans des centres déjà bien encadrés ? Mais qui plus est, serait-il sage de les mettre en situation de faire un tel choix ? Il faut également tenir compte du fait que les spécialistes sont concentrés à Montréal en raison du fait que trois cliniques publiques spécialisées dans les troubles du sommeil y sont situées. La meilleure des entreprises régionales se disqualifierait avant même une demande de permis.

Cette insuffisance d'effectifs entraînerait des effets négatifs majeurs :

- plusieurs laboratoires seraient dans l'obligation de fermer leurs portes; les petites entreprises qui assurent actuellement avec compétence et encadrement les services en régions disparaîtraient ;
- plusieurs localités et des régions entières se verraient priver d'exams diagnostiques, de services déjà en place, obligeant les patients à se déplacer vers les grandes entreprises et les grands centres.

Voilà pourquoi, il est essentiel d'établir des exigences normales eu égard aux besoins réels en encadrement, à la taille de l'entreprise et aux ressources disponibles.

Un directeur adjoint par lieu de services : un critère irréaliste, irréalisable et non souhaitable

L'article 26 du projet de loi propose que « Lorsque les activités de laboratoire ou de centre de physiologie respiratoire sont exercées dans plusieurs lieux, un directeur adjoint agissant sous l'autorité du directeur doit être nommé pour chacun de ces lieux, sauf si le directeur exerce lui-même ses activités en conformité avec ce que prévoit un gouvernement ».

Comment une entreprise comme la nôtre qui réussit à offrir des services de qualité dans 20 points de service avec un peu plus d'une vingtaine de professionnels de la santé, peut-elle penser ajouter à sa structure des directeurs adjoints pour chaque point de service ? Certains points de service ne comptent qu'un employé, tel que le montre le tableau ci-dessous. Grâce à la mobilité du personnel, 1 employé peut même desservir trois points de service.

Points de service	Employés	Inhalothérapeutes	Électro physiologistes
Saguenay Lac-Saint-Jean : siège social Malbaie et Chibougamau	13	5	2
Québec Sainte-Marie de Beauce	6	2	1
Baie-Comeau	4	4	
Thetford Mines	6	1	
Victoriaville Nicolet	2	2	
Sainte-Foy et Lévis	1	1	
Saint-Georges de Beauce	1	1	
Sherbrooke Granby Lac Mégantic	1	1	
Alma	1	1	
Sept-Îles Port-Cartier	1	1	
Rimouski Matane	1	1	
Total	37	20	3

Nul besoin d'une grande démonstration pour affirmer que, sur le plan financier, cette exigence constitue une mission impossible. En comptant nos 20 succursales, cela pourrait représenter une addition d'un million sur notre masse salariale.

Sur le plan organisationnel, cette exigence est impossible et non nécessaire. Nos services sont déjà soumis à des mécanismes de contrôle rigoureux :

- toutes nos politiques et procédures sont supervisées par un pneumologue reconnu en sommeil. Il est tout à fait en mesure de remplir les fonctions prévues aux alinéas 1,2, 3 et 4 de l'article 26 ;
- avant de pouvoir se prévaloir de nos services, le patient doit subir une évaluation de son médecin traitant et obtenir une ordonnance précise sur des examens souhaités ;
- l'inhalothérapeute doit se baser totalement et uniquement sur cette ordonnance pour procéder à l'examen ; précisons que l'exécution des épreuves de laboratoire de médecine du sommeil est dévolue aux inhalothérapeutes et aux technologues en électrophysiologie mais qu'elle n'ont aucune liberté de choix, elle agissent comme des exécutantes suite à une ordonnance précise.
- les procédures et techniques ainsi que l'équipement utilisé font l'objet d'inspections autant par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)ⁱⁱ que par Agrément Canadaⁱⁱⁱ

- entre l'interprétation des résultats et l'examen, il y a le pointage (Scoring) qui est fait par un électro physiologiste ou un inhalothérapeute accrédité; le rapport est ensuite acheminé à un spécialiste externe, un pneumologue ou un neurologue dans la majorité des cas. Ce spécialiste, membre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) est le seul à être habilité à diagnostiquer le patient;
- par conséquent, le patient d'un laboratoire privé est actuellement protégé par trois codes de déontologie différents: celui des inhalothérapeutes, des technologues en électrophysiologie et du Collège des médecins.

Étant donné tout l'encadrement dont nos services font l'objet, l'ajout de directeurs adjoints dans chacun des points de service ou l'imposition d'exigences inutiles seraient irréalistes, irréalisables et non applicables.

Il est inimaginable de concevoir que des patients souffrant d'apnée du sommeil n'aient pas accès à des services de proximité. Que feront les 22000 patients d'Unimédic si les services de proximité disparaissent?

Il serait illogique de mettre fin à des pratiques exemplaires en matière de soins à la population alors que nous pouvons actuellement prévenir les complications et les détériorations qu'entraîneraient les délais de prise en charge et de suivi. Dans cet esprit, nous pensons que le ministre devrait plutôt favoriser le développement des services de proximité.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au ministre de revoir l'article 26

- en définissant de façon réaliste ses exigences en ce qui concerne les qualifications du directeur;
- de retirer du projet de loi le paragraphe suivant: « Lorsque les activités de laboratoire ou de centre de physiologie respiratoire sont exercées dans plusieurs lieux, un directeur adjoint agissant sous l'autorité du directeur doit être nommé pour chacun de ces lieux, sauf si le directeur exerce lui-même ses activités en conformité avec ce que prévoit un gouvernement »

4. Mieux encadrer : oui, mais quoi?

Unimédic a toujours eu comme préoccupation première la qualité, la sécurité et l'accessibilité aux services. C'est pourquoi nous ne nous opposons pas à l'objectif de mieux encadrer les activités exercées dans les laboratoires de diagnostics d'apnée du sommeil, nommés centres de physiologie respiratoires dans le présent projet de loi.

Dans notre domaine comme dans tous les autres, il est impérieux de s'assurer que les services respectent les normes et les standards de qualité de même que les règles de déontologie.

À ce titre, nous sommes en total accord avec les modalités d'enquête et d'inspection prévues au chapitre V du Projet de loi 118. Unimédic est parfaitement à l'aise d'ouvrir ses portes, en tout temps, à un inspecteur autorisé par le ministère.

Monsieur le ministre, sans rien diminuer à l'importance du projet de loi à l'étude, vous devez être informé que nos préoccupations à l'égard de la sécurité des patients est plus présente dans l'initialisation au traitement et les suivis qui s'y rapportent que les examens diagnostiques eux-mêmes. L'expérience nous montre que le besoin d'encadrement dans les soins d'apnée du sommeil se situe principalement autour des axes suivants : le respect des ordonnances, la qualité et la présence de suivis, la prise en charge des patients et l'autodiagnostic.

Sur ce dernier point, il y a un travail important à faire. Il n'est pas rare d'observer des cas de personnes qui s'auto-diagnostiquent et parviennent à se procurer de l'équipement sans ordonnance ou qui utilisent un appareil usagé, acheté sur Internet ou ayant appartenu à un beau-frère décédé. L'achat d'un masque sans essai ni ajustement par un inhalothérapeute et l'utilisation d'appareils souillés peuvent engendrer des complications graves pour le patient et générer des infections. La pratique pour seule fin commerciale de vendre un appareil sans aucun suivi ne s'inscrit pas dans le traitement optimal souhaité et sécuritaire pour les patients. Les gens magasinent des prix, non un soin global. Le libre marché concurrentiel favorise l'arrivée de toutes sortes d'entreprise.

Dans notre domaine, le plus grand risque pour la santé et la sécurité des patients est la liberté pour le patient d'acquérir un appareil sur le web, ou tout autre détaillants qui ne place pas les soins d'excellence comme priorité. Dans le cas d'un traitement non adéquat, est-il nécessaire de mentionner les coûts qui s'ensuivent pour le système public.

Il faudra penser éventuellement à interdire, au même titre que la médication, la vente par des particuliers et viser un meilleur encadrement pour le suivi des patients, l'initiation aux traitements, la salubrité et l'hygiène des appareils usagés et démonstrateurs utilisés à des fins de titration et location.

Conclusion

Améliorer la qualité, la sécurité et aussi l'accessibilité

Pour bonifier le projet de loi 118, Unimédic recommande donc

- de modifier l'article 1 pour y ajouter l'essentielle question de l'accessibilité
- de mieux définir le « centre de physiologie respiratoire » ;
- de revoir l'article 26 en définissant de façon réaliste les exigences en ce qui concerne les qualifications du directeur et en retirant du projet de loi le paragraphe suivant : « Lorsque les activités de laboratoire ou de centre de physiologie respiratoire sont exercées dans plusieurs lieux, un directeur adjoint agissant sous l'autorité du directeur doit être nommé pour chacun de ces lieux, sauf si le directeur exerce lui-même ses activités en conformité avec ce que prévoit un gouvernement »

C'est à ces conditions que les patients souffrant d'apnée du sommeil pourront continuer à avoir accès dans leurs régions à des services de proximité qui les prennent en charge rapidement tant du point de vue du diagnostic, du plan de traitement que du suivi.

Par ailleurs, nous tenons à répéter que les plus grands risques pour la santé et la sécurité des patients se situent principalement au niveau des ordonnances, de la qualité des suivis, de la prise en charge des patients et de l'autodiagnostic. Il faudra penser éventuellement à interdire, au même titre que la médication, la vente d'appareils par des particuliers et viser un meilleur encadrement.

En acceptant nos recommandations, le ministre peut être assuré d'atteindre l'objectif du projet de loi 118 concernant la qualité et la sécurité des services. Mais qui plus est, il le bonifiera en protégeant l'accessibilité à des services de proximité déjà bien encadrés, notamment sur le plan médical.

Enfin, nous tenons à préciser trois effets positifs de notre approche :

- les ressources du système public, qui sont déjà rares, pourront se déployer là où cela est nécessaire ;
- le système public ne sera pas surchargé par des patients qui auront eu des complications et des détériorations en raison d'une prise en charge trop tardive et d'un manque de suivi. Ils continueront de recevoir les services chez eux.
- les petites et moyennes entreprises qui assurent, avec compétence et déontologie, les services en santé respiratoires en région survivront et pourront se développer pour le plus grand intérêt des citoyennes et des citoyens ;

Sachant que la prérogative principale du Ministre de la santé est ici d'assurer la sécurité et l'accessibilité des soins de santé au Québec, nous n'avons pas abordé l'aspect économique et le développement de nos PME dans ce mémoire. Nous voulons cependant attirer votre attention sur le fait qu'en acceptant nos recommandations, il s'avèrerait répondre également à la volonté de notre gouvernement en préservant nos PME et les emplois dans nos régions.

*« Saint-Georges, le 13 mars 2014. – En cette 9e journée de campagne électorale, le chef du Parti libéral du Québec, Philippe Couillard, annonce cinq nouvelles initiatives pour nos PME. Ces mesures stimuleront la création d'emplois, la croissance économique, l'innovation et les exportations dans toutes les régions du Québec. Elles sont au cœur du plan de redémarrage de notre économie du Parti libéral du Québec. Notre économie est en panne. Le Parti Québécois a brisé l'élan économique du Québec. Les PME représentent 50 % des emplois. Elles créent 80 % des nouveaux emplois. Celles qui en sont à leur première année d'existence créent de 20 à 25 % des nouveaux emplois. Elles sont vitales à la relance de notre économie et à la création d'emplois. Elles méritent un gouvernement qui comprend leurs enjeux. **Les PME ont besoin de souffler, et le plan du Parti libéral du Québec leur donnera l'oxygène nécessaire. - Philippe Couillard** »*

NOTES

ⁱ **La définition du guide d'exercice du Collège des médecins publié en mars 2014 sur l'apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil.**

« Pour être reconnu comme détenant une formation en médecine du sommeil, un médecin doit être :

- membre en règle du Collège des médecins du Québec ;
- en pratique active au Québec ;
- qualifié selon l'un des cheminements de formation ci-dessous :

Cheminement (1) : avoir complété une formation postdoctorale (fellow) à temps plein en médecine du sommeil, remplissant les objectifs de formation décrits par un des organismes du cheminement (2) et détaillés dans le cheminement (4), dans un établissement universitaire reconnu, d'une durée d'au moins 12 mois avec attestation d'atteinte des objectifs signée par le médecin superviseur dûment formé en médecine du sommeil, tel que défini dans ce document par un cheminement (1) ou (2).

Cheminement (2) : avoir obtenu un diplôme de l'American Board of Sleep Medicine, de l'American Board of Internal Medicine-Sleep Medicine, de l'American Board of Psychiatry and Neurology-Sleep Medicine ou de l'American Board of Pediatrics-Sleep Medicine.

Cheminement (3) : avoir complété 36 mois de recherche en médecine du sommeil, dont 80 % du temps a été dévolu à la recherche sous la supervision d'un médecin dûment formé en médecine du sommeil, tel que défini ici par un cheminement (1) ou (2), le travail de recherche ayant permis d'obtenir un diplôme de maîtrise ou un doctorat. La dernière année pourra être complétée à titre de membre d'une faculté, à condition que 80 % du temps ait été consacré à la recherche, 20 % réservé à la pratique clinique pertinente de la médecine du sommeil, dont 1 journée par semaine en clinique externe (10 %) et le reste en bloc ou l'équivalent pour 10 % du temps supplémentaire. L'atteinte des objectifs devra être confirmée par le directeur de recherche.

Cheminement (4) : pour les médecins spécialistes en pneumologie, médecine interne, neurologie-EEG, psychiatrie-EEG ou pédiatrie déjà en exercice au 13 décembre 2013, avoir accumulé au cours des cinq dernières années de l'expérience en clinique et des connaissances générales en médecine du sommeil. Le médecin spécialiste doit avoir acquis et pouvoir démontrer son expertise dans le diagnostic et le traitement non seulement de l'apnée obstructive du sommeil, mais également d'un éventail de pathologies respiratoires et non respiratoires du sommeil ; avoir révisé les traces et interprété des tests de laboratoire (minimalement 200 polysomnographies en laboratoire, 75 polygraphies cardiorespiratoires du sommeil) ; et être familiarisé avec les

différentes technologies, de façon à remplir les mêmes objectifs que s'il avait complété une formation (fellow) en médecine du sommeil en vue d'un examen du cheminement (2). L'atteinte des objectifs de compétences devra être appuyée par une lettre du directeur dûment formé (cheminement 1 ou 2), qu'il soit directeur de laboratoire ou de service et ayant supervisé le candidat. Les activités de rayonnement (recherche, présentations, publications) et la formation médicale continue peuvent être présentées. »ⁱ

ii Les principes de base de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) : « La mission de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) est d'assurer la protection du public. Pour ce faire, il supervise l'exercice de la profession selon les normes établies et des standards élevés de pratique. Il favorise de plus le développement professionnel, le maintien et l'actualisation des compétences de ses membres pour offrir des soins sécuritaires et de qualité. »ⁱⁱ

iii Les principes de base d'Agrément Canada : « L'agrément atteste l'engagement de l'organisme de se conformer aux normes les plus exigeantes en matière de prestation de soins. Agrément Canada est un organisme indépendant, à but non lucratif et entièrement canadien. Depuis plus de 55 ans, nous sommes l'organisme d'agrément de confiance au Canada. Agrément Canada existe parce que les Canadiens s'attendent à des soins de haute qualité et qu'ils veulent s'assurer que les systèmes de santé, peu importe leur taille, offrent des soins de qualité en toute sécurité. Les organismes agréés par Agrément Canada mettent tout en œuvre pour se conformer à nos normes. Ils le font, car la qualité des soins de santé leur tient à cœur. Tous les quatre ans, des visiteurs formés à cet effet (des professionnels de la santé chevronnés provenant d'organismes agréés) se rendent dans les organismes et effectuent une visite d'agrément »