



DÉCEMBRE 2021

Projet de loi n° 11

Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre

MÉMOIRE DU CONSEIL POUR LA PROTECTION DES MALADES

1. REMARQUES GÉNÉRALES

Depuis bientôt 50 ans, le Conseil pour la protection des malades (CPM), organisme de bienfaisance et à but non lucratif, a soumis près de deux cents mémoires sur divers projets de loi ici même à l'Assemblée nationale.

Feu Claude Brunet, avec deux autres personnes co-fondatrices de l'organisme, continuent d'inspirer le CPM aujourd'hui dans la lutte pour la défense des droits des usagers du réseau de la santé.

Le CPM remercie les autorités de l'avoir invité et accueilli à cette commission afin de donner son bref point de vue sur le projet de loi no 11.

2. COMMENTER LES INTENTIONS DU LÉGISLATEUR

Pourquoi mettre l'accent que sur les médecins dans un projet de loi qui vise surtout à mieux informer le ministre sur la pratique des médecins ? Oui, la pratique médicale chez les médecins omnipraticiens doit être mieux encadrée afin qu'elle soit la plus efficiente possible. Le CPM est d'accord avec cet objectif.

Mais pense-t-on vraiment qu'à eux seuls, les médecins et l'imposition plus serrée d'un nombre de patients à prendre en charge solutionneront les sérieux problèmes d'accès aux soins de première ligne et l'attente interminable des patients, tant à l'urgence, au guichet d'accès qu'à domicile ?

Nous croyons que pour régler enfin l'accès à des soins de première ligne, d'autres professionnel(le)s de la santé doivent être impliqué(e)s. On ne comprend toujours pas l'énergie du gouvernement à ne se concentrer que sur les médecins, du moins dans le projet de loi actuel.

Qu'attendons-nous pour prévoir et autoriser que oui, comme d'autres provinces ou juridictions, au triage de l'urgence, en clinique privée ou à domicile, on pourrait avoir des médecins, mais aussi des infirmiers, des infirmières, des infirmiers praticiens, des infirmières praticiennes, des pharmaciens(ne)s et autres professionnels de la santé qui seraient autorisés à traiter les patients dont l'état correspondrait aux actes (actuels et nouveaux) que ces professionnel(e)s pourraient poser ?

Le gouvernement, le ministre de la Santé et la société québécoise tout entière ont une très bonne occasion d'améliorer la première ligne. Ne la ratons pas.

3. RÉORGANISER LA PREMIÈRE LIGNE

3.1 Il faut réparer les iniquités engendrées par l'inadéquation aux réalités des diverses régions du système des PREM (flux quotidien de travailleurs vers les grands centres urbains, médecins à la retraite, fonctions hospitalières, urgences, CHSLD).

Exemple : dans la région de la Montagne (RLS), les médecins de la région ont inscrit 271 817 patients, mais il reste 37 % de la population, soit 92 405 citoyens, non inscrits. Sur les 271 817 patients inscrits, seuls 125 142 sont originaires de cette sous-région.

Comment expliquer ce qui suit : Montréal compte 645 583 citoyens non inscrits et La Montérégie en compte 345 000. Pourtant, le MSSS alloue davantage de nouveaux médecins de famille à la Montérégie, soit 95 versus 81 pour Montréal. Combien de nouveaux patients sont inscrits dans le 450 à la suite du rapatriement de médecins dans la Montérégie en 2021 ?

3.2 Il faut introduire d'autres professionnel(e)s de la santé dans les soins de première ligne : par exemple, permettre aux infirmiers praticiens et aux infirmières praticiennes d'ouvrir des cliniques, comme en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario (urgences mineures), infirmiers praticiens et infirmières praticiennes en CHSLD, consultation vidéo pour les urgences mineures (éprouvée dans le privé).

3.3 Rapprocher l'accès aux services de santé pour les usagers

3.3.1 Pour une orientation efficace des usagers vers les soins requis : récemment, nous apprenions que près de 400 000 patients par année quittent l'urgence sans avoir été vus par un(e) médecin [1]. Ces centaines de milliers de patients, pour plusieurs d'entre eux, reviennent à l'urgence encore plus mal en point qu'à leur première visite. Nous croyons en effet

qu'une autre mesure, issue du terrain et déjà éprouvée, pourrait et devrait être implantée dans tous les hôpitaux québécois afin d'améliorer, là aussi, l'accès aux soins de première ligne. Il s'agit de mettre en place un système de réorientation entre les urgences et les cliniques de première ligne. Le système pourrait même être utile en matière préhospitalière et en soins à domicile.

L'enjeu est évidemment d'avoir un impact au niveau de l'encombrement tout en demeurant sécuritaire. Selon les recherches auxquelles le CPM a eu accès et nos consultations, l'approche de réorientation utilisant les critères de basse priorité (P4-P5) n'est pas reconnue par la communauté médicale. Son implication implique une subjectivité qui ne peut en faire un outil de réorientation. Des recherches ont permis d'observer que le seul projet qui, basé sur des données probantes, a démontré une sécurité et un impact est celui ayant été mis sur pied à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). Les patients sont sélectionnés en utilisant un algorithme médical créé à cette seule fin et depuis, continuellement amélioré par l'équipe de recherche de HSCM. Les patients obtiennent un rendez-vous à même l'urgence, car l'application, incluse dans le projet, permet le lien avec les cliniques de première ligne. [2]

Résultat : les départs avant la prise en charge ont diminué subitement et significativement dès le premier jour, de même que le temps d'attente des patients ambulatoires. Le projet permet de réorienter entre 10 et 15 % des visiteurs à l'urgence et de leur permettre, sans attendre, d'avoir eux aussi accès à des soins de première ligne.

Les patients sont excessivement satisfaits. En effet, lors des études, 1117 patients réorientés ont été questionnés et 95 % d'entre eux pensent que ce programme devrait être implanté partout au Québec.

Celui-ci est continuellement amélioré par l'équipe de recherche de HSCM. Depuis 2015, l'innovation est à l'origine de plus de 130 000 patients réorientés entre 20 hôpitaux, 16 au Québec et 4 en France, et plus de 100 cliniques. Il est donc reproductible.

Une étude récente du CIUSSS Nord-de-L'Île-de-Montréal montre qu'une grande majorité des patients réorientés avec l'algorithme pourraient être pris en charge de façon autonome par des infirmiers praticiens spécialisés ou des infirmières praticiennes spécialisées. Finalement, un projet pilote teste actuellement le système au niveau du préhospitalier et des soins à domicile.

3.3.2 Moins de bureaucratie et plus d'empathie du réseau envers les usagers

- L'utilisateur a besoin de soins, pas de naviguer dans des acronymes.
- Il faut repenser les interfaces téléphoniques et numériques EN SE METTANT DANS LA PEAU D'UN USAGER QUI VEUT RÉGLER SON PROBLÈME DE SANTÉ.
- Exemple : si j'appelle à l'hôpital Charles-Lemoyne, on entend, après une minute et demie de consignes sanitaires, « Bienvenue au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, hôpital Charles-Lemoyne ». Pourquoi ne pas dire « Hôpital Charles-Lemoyne, bonjour ! » Il me semble qu'on se sentirait déjà moins malade.
- L'interface informatique : remplacer les organigrammes de gestionnaires (qui ne disent rien à personne) par des organigrammes d'installation. Par exemple, quels sont les CLSC les plus près de mon code postal ? Actuellement, il faut d'abord aller dans les pages web du CISSS ou du CIUSSS concerné. Labyrinthe inutile. Une seule page pour tous les CLSC du Québec, repérables avec le code postal. C'est suffisant. Même principe pour connaître l'hôpital le plus proche. Et les cliniques sans rendez-vous les plus proches.
- Améliorer l'interface numérique de la prise de rendez-vous en ligne, en se mettant dans la peau d'une personne âgée ou quasi analphabète.
- Autrement dit, les services de Communication du réseau doivent se montrer plus efficaces et plus empathiques.
- Plusieurs usagers ne répondent pas aux appels provenant d'hôpitaux ou de professionnels de la santé qui les contactent pour une opération chirurgicale ou un rendez-vous car, en voyant sur l'afficheur le numéro *confidentiel*, ils n'osent pas répondre, de peur qu'il s'agisse de

fraudeurs de toutes sortes que le gouvernement fédéral échoue toujours et lamentablement à bloquer.

3.3.3 Rapprocher aussi les services de santé des usagers qui ont une grande difficulté à se déplacer : des autobus avec les équipements nécessaires qui se déplacent vers les gens.

3.4 Améliorer le délai d'accès aux médecins spécialistes : en effet, plusieurs patients retournent au cabinet de leur généraliste car leurs symptômes s'aggravent alors qu'ils sont toujours en attente d'un rendez-vous avec le médecin spécialiste.

Plusieurs généralistes traitent régulièrement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces personnes se présentent à plusieurs reprises en cabinet de généraliste, alors que ce dernier n'est pas outillé, sauf pour les médicaments, pour offrir un service de psychothérapie. Il faut augmenter l'offre de psychologues ou thérapeutes en première ligne du réseau public.

3.5 Revoir la situation actuelle des CLSC : l'État continue d'investir régulièrement dans les CLSC, surtout dans les briques, alors que l'offre médicale en ces lieux est fort limitée. Il faut renforcer l'offre médicale, dans ce lieu plus propice à l'interdisciplinarité : infirmiers praticiens et infirmières praticiennes, psychologues, travailleuses sociales, etc.

4. OFFRIR DES SOINS À DOMICILE DIGNES ET ADÉQUATS

La docteure bien connue, Geneviève Dechêne, spécialiste en soins à domicile, a dressé un portrait critique de la situation des soins de longue durée et des soins à domicile au Québec.

Citant l'extrait d'un article publié sous la plume du journaliste André Picard le 8 novembre 2021 dans le journal *The Globe and Mail*, elle a affirmé, comme monsieur Picard, qu'au Canada et au Québec, c'est une situation d'apartheid qu'on réserve aux personnes âgées à domicile, incluant les RPA et les RI. En effet, contrairement aux CHSLD, les grands malades à domicile n'ont pas accès à des équipes médicales et à des infirmières 24 heures : on doit donc les envoyer à l'urgence hospitalière dès qu'un problème de santé les atteint.

Après qu'on les a convaincus de quitter leur domicile pour entrer en RPA et en RI – supposément pour recevoir de meilleurs soins qu'à domicile – on les leurre, car les soins, les vrais soins de longue durée incluent des soins infirmiers et médicaux 24 heures, ce qui n'est pas offert dans ces milieux de vie.

L'avenir des soins de longue durée en dehors des CHSLD, soit à domicile, en RI et en RPA, doivent être repensés pour favoriser des soins à domicile infirmiers et médicaux continus aux côtés des équipes multidisciplinaires des CLSC, incluant une garde infirmière et médicale 24 heures.

L'État ainsi que les syndicats de professionnels doivent favoriser une meilleure pratique à domicile en supportant mieux les proches aidant(e)s : on se doit de leur offrir un support infirmier et médical 24 heures. Les grands malades, ceux dans leur dernière année de vie surtout, y gagneront conformément à leur aspiration à rester chez eux le plus longtemps possible ; et surtout, les unités hospitalières d'urgence seront moins sollicitées qu'elles ne le sont actuellement. On ne pourra pas réduire les admissions en CHSLD qui reçoivent des patients en lourde perte d'autonomie, mais on pourra réduire la pression sur les ressources intermédiaires qui débordent, si on offre des soins complets à domicile, en RI et en RPA.

Pourquoi l'encombrement et les crises continuelles aux urgences sont-ils uniques au Québec ? Poser la question, c'est y répondre.

CONCLUSION

Tout bien considéré, le Projet de loi no 11, dans sa forme actuelle, manque malheureusement la cible de l'amélioration pérenne de l'accès aux soins de première ligne.

Le gouvernement du Québec et le ministre de la Santé ont pourtant une réelle opportunité d'offrir enfin une réorganisation et un véritable renforcement des soins de première ligne avec une ouverture claire et inclusive vers d'autres solutions et d'autres professionnels pour accueillir les patients en première ligne, comme proposé plus haut. À défaut de saisir cette occasion, le Projet de loi no 11 demeurera une initiative législative isolée qui ne résoudra pas le problème d'accès à des soins de première ligne.

Le tout respectueusement soumis.

Conseil pour la protection des malades
3565, rue Berri, bureau 230 Montréal, Québec H2L 4G3
Tél. : **1 877 CPM.AIDE** ou **1 877 276 2433** ou
514 861 5922 Téléc. : **514 861 5189**
www.cpm.qc.ca / info@cpm.qc.ca

L'équipe du Conseil pour la protection des malades :

- **Me Paul G. Brunet**, président-directeur général
Président du conseil d'administration – **Montréal**
- **M. Pierre Hurteau**, vice-président
Comité des usagers affilié
Comité des résidents du CHSLD Camille-Lefebvre – **Lachine**
- **Mme Micheline Boucher-Granger**, trésorière
Membre cooptée – **Laval**
- **Mme Ginette Boisvert**, secrétaire
Comité des usagers affilié
Centre d'hébergement Christ-Roi – **Mauricie et Centre-du-Québec**
- **Mme Nicole Johnson**, administratrice
Membre cooptée – **Gaspésie**
- **Mme Marielle Raymond**, administratrice
Comité des usagers affilié
Centre hospitalier régional du Grand-Portage – **Rivière-du-Loup**
- **M. Daniel Pilote**, administrateur
Membre coopté – **St-Jean-sur-Richelieu**
- **Mme Nicole Trottier**, administratrice
Membre cooptée – **Abitibi-Témiscamingue**
- **Mme Seeta Ramdass**, administratrice
Comité des usagers affilié
Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) – **Montréal**
- **Mme Ginette Desmarais**, administratrice
Comité de résidents affilié
Hôpital et centre d'hébergement d'Youville – **Sherbrooke**
- **Mme Claire Morin**, administratrice
Comité des usagers affiliés
Hôpital de Chicoutimi – **Saguenay**
- **Mme Francine Leroux**, administratrice
Comité des usagers affilié Lac-des-Deux-Montagnes,
Présidente CUCI des **Laurentides**

M. Benoit Turcotte, chef Administration et web

- Mme Souad Zahzouhi, coordination visites d'évaluation MSSS
- M. Benoit Racette formateur
- Me Stéphanie Yanakis, avocate-conseil
- Me Nancy Piché, avocate-conseil

Références

[1] Gosselin, Janie. *Des milliers de Québécois quittent les urgences sans avoir vu un médecin*. La Presse, 29 janvier 2020.

[2] Chauny J. M., Messier A., Morris J., Paquet J., Marquis M., Castonguay V., Lanthier C., Piette E., Notebaert E., Lessard J., Cournoyer A., Daoust R. (2016). *Mortalité à trente jours des patients triés P4 ou P5 aux urgences*. AMUQ.
<https://www.amuq.qc.ca/assets/Uploads/C2016recherche.pdf>