

*Près de 50 ans à la défense et à la promotion
des droits des citoyens du Québec à recevoir
des soins et des services dignes et adéquats*

CPM EXPRESS

FÉVRIER 2022

**POUR LES COMITÉS D'USAGERS ET DE RÉSIDENTS AFFILIÉS
ET MEMBRES PROTECTION SANTÉ**

Bonjour à tous,

Quelques nouvelles sur diverses actions et représentations prises par le CPM suivant des plaintes provenant de résidents, de familles et de comités :

Soins (médicaux et infirmiers) à domicile – RAPPEL

À la suite du colloque de novembre 2021 sur l'avenir des soins à domicile, il a été convenu que les comités qui le souhaitent fassent parvenir à leurs députés respectifs une lettre type afin que les soins à domicile incluent désormais des soins médicaux. Nous réitérons l'importance d'envoyer une lettre, dont un modèle vous est fourni ci-joint et, le cas échéant, de nous en transmettre une copie.

DÉBUREAUCRATISER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIÈRE LIGNE, À L'URGENCE ET À L'HÔPITAL, POUR LE RENDRE PLUS EFFICACE ET PLUS HUMAIN

Lors des audiences sur le projet de loi 11 sur l'accès aux soins de première ligne, le CPM a rappelé au ministre de la Santé certaines solutions peu coûteuses mais importantes pour améliorer l'accès aux soins de première ligne, à l'urgence ou à l'hôpital :

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).

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). Ajouter des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes en CHSLD. Utiliser la consultation vidéo pour les urgences mineures (éprouvée dans le privé).

Il faut rapprocher l'accès aux services de santé 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. 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.

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.
- 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 la mention *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.

Rapprocher aussi les services de santé des usagers qui ont une grande difficulté à se déplacer

Par exemple, au moyen d'autobus avec les équipements nécessaires qui se déplacent vers les gens.

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.

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.

Pour le maintien des postes d'aides de service en CHSLD

Avec la diminution des effets de la crise sanitaire, des comités entendent de la part de certaines autorités en CHSLD qu'elles planifient de couper les aides de service, ressources importantes pour appuyer le travail important des préposés aux bénéficiaires. Le CPM appuiera évidemment les comités qui dénonceront la suppression projetée et qui demanderont que les aides de service soient maintenues afin d'assurer des soins de chevet et autres auprès des résidents.

MERCI ENCORE POUR VOTRE APPUI !

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 – **Saint-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 affilié
Hôpital de Chicoutimi – **Saguenay**
- **Mme Francine Leroux**, administratrice
Comité des usagers Lac-des-deux-Montagnes – **Laurentides**

(514)-861-5922

SITE WEB www.cpm.qc.ca

COURRIEL info@cpm.qc.ca

PROJET DE LETTRE-TYPE PROPOSÉ AUX COMITÉS AFFILIÉS
À NOS MINISTRES ET DÉPUTÉS

Ce _____

OBJET : Les soins aux personnes âgées équivalent à un véritable apartheid au Québec

Madame, Monsieur _____

Député

Le Comité (d’usagers, de résidents, CUCI) que je représente a eu accès au contenu d’un important colloque organisé par le *Conseil pour la protection des malades* le 10 novembre 2021, sur l’avenir des soins de longue durée, incluant les soins à domicile, en ressources intermédiaires (RI) et en résidences pour aînés (RPA). Je vous écris à ce sujet.

À la lumière des informations très pertinentes données par la conférencière invitée, la Dre Geneviève Dechêne, spécialiste en soins à domicile, nous vous demandons :

1. De revenir immédiatement au texte original de la *lettre d’entente 336* (2018) qui permettait à des équipes médicales en CLSC de suivre leurs patients en fin de vie à domicile jusqu’au décès.
2. D’implanter de toute urgence des équipes médicales 24 heures sur 24 dans tous les CLSC de la province en raison des économies de coûts démontrées et de la réduction importante des hospitalisations des Québécois en fin de vie, qui n’ont plus besoin de soins hospitaliers.

L’avenir des soins de longue durée, en dehors des CHSLD, à domicile, en RI et en RPA, doit en effet être repensé 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 sur 24. En 2018, le ministre de la Santé signait avec le président de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) la *lettre d'entente* 336. Celle-ci autorisait l'implantation dans tous les CLSC d'équipes médicales en fonction 24 heures sur 24, prenant en charge des patients dans leur dernière année de vie. Où en sommes-nous avec l'application de cette entente ??

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 de par 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 les 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. Les urgences au Québec, qui reçoivent ces patients mal en point, subiront aussi de ce fait, moins de pression que présentement.

Au lieu de s'enfoncer dans la récrimination envers les soignants, l'heure est venue de déployer les moyens et les professionnels pour humaniser les soins aux personnes les requérant à domicile.

Cordialement,
