

LACRO Discussion Series: 6

**Présentation du
Système de
Santé Québécois**

Mireille Dumont-Lemasson

For additional copies, or for further information about this document, please contact the Regional Office at the following address:

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE
REGIONAL OFFICE FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
CASILLA DE CORREO 6379
MONTEVIDEO, URUGUAY
TELEPHONE: (598-2) 92.20.38/43
TELEX: 22377 UY
FAX: (598-2) 92.02.23

August 1996



ARCHIV
362.1 (714)
D e

LACRO Discussion Series

The Latin American and Caribbean Regional Office Discussion Series is intended to promote exchange and consultation on development issues.

The reports are neither official policy nor documentation of the International Development Research Centre but are intended to reflect a diversity of opinion about development issues in the Latin American and Caribbean Region.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION	1
I. Mise en contexte	2
1.1 La société québécoise à l'aube de l'an 2000	2
1.2 Une vision renouvelée du système socio-sanitaire	4
II. Accessibilité et universalité	5
2.1 Les normes canadiennes	5
2.2 Leur extension dans la province de Québec	6
III. Organisation du système socio-sanitaire québécois	7
3.1 Les finalités	7
3.2 Régionalisation	8
3.3 La démocratisation	9
IV. Couverture des services	10
4.1 Le réseau de première ligne	10
4.1.1 Les centres locaux de services communautaires	10
4.1.2 Les cabinets médicaux privés	14
4.1.3 Les groupes communautaires	15
4.1.4 Autres	15
4.2 Le réseau spécialisé (partiel)	16
4.2.1 Les centres hospitaliers	16
4.2.2 Les centres d'hébergement et de soins de longue durée	17
V. Défis	18
CONCLUSION	20

<u>Tableau 1</u>	
Organigramme du Ministère de la santé et des services sociaux	21

<u>Tableau 2</u>	
Crédits de la mission sociale et sanitaire (1994-1995)	22

ANNEXE 1.
Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

ANNEXE 2.
Les services médicaux

AVANT-PROPOS

Ce document a pour but d'étudier le système de santé en vigueur dans la province de Québec (Canada). Mireille Dumont-Lemasson y développe une analyse lucide mettant en valeur ses principales caractéristiques et ses défis. Son auteur, analyste senior de la Fédération des Centres Locaux des Services Communautaires du Québec, présente dans cet article l'expérience du Québec dans le champ de la santé et du bien-être communautaire. Ceci représente une stratégie extrêmement importante pour tous ceux qui sont en quête de modèles sanitaires de conception holistique et dont la base est la société civile.

L'étude des politiques de santé au Canada, et plus particulièrement dans la province de Québec, est d'une grande pertinence dans le cadre des mutations en cours dans ce secteur en Amérique latine. Cette partie du monde traverse une période de transformation de ses politiques de santé dont les principales tendances se caractérisent par la décentralisation et la privatisation des services. L'orientation de ces changements est fortement influencée par la volonté de moderniser le système et de contrôler la croissance des dépenses de santé. Faute d'une évaluation appropriée, il est essentiel d'en mesurer les effets réels sur l'accessibilité et l'universalité du système de santé et de tenir en compte les effets pervers. Ceci étant précisément le but d'un projet d'étude en cours que le Centre des Recherches pour le Développement International - CRDI - du Canada a soutenu, avec pour objectif de réaliser une étude sur l'impact des ces changements au Mexique, au Brésil et en Argentine.

La réforme que le Québec a entreprise en 1991 repose sur des fondements théoriques qui représentent une avancée notoire dans la vision traditionnelle de la santé, et postule une politique s'appuyant sur une conception holistique qui est non seulement adaptée pour cette province canadienne mais aussi valable pour l'Amérique latine. Evidemment, les stratégies de mise en œuvre se comprennent dans le cadre historique, institutionnel spécifique à l'intérieur duquel les politiques de santé se planifient et s'exécutent. La vocation de la santé publique fait qu'il est de plus en plus nécessaire de dépasser le modèle traditionnel en matière de santé qui repose essentiellement sur la guérison des maladies, les soins individuels et la suprématie de la pratique médicale et curative. Ce modèle se caractérise par le développement de services hautement hiérarchisés (dans lesquels l'institution hospitalière joue un rôle hégémonique) qui privilégie (le modèle...) une technologie avancée, qui est dominé par des groupes d'intérêts. Dans nos pays, les planificateurs de santé mettent chaque fois plus l'accent sur la nécessité d'un meilleur développement du niveau de santé primaire, intégré au sein de la communauté même et orienté vers les objectifs prioritaires de la santé et de la promotion du bien-être collectif.

Sans aucun doute est-il particulièrement intéressant de connaître le système de santé qui, au Québec ainsi que dans tout le Canada, a permis à sa population dans son ensemble d'y avoir gratuitement accès. Ce système constitue une référence dont la valeur est indiscutable pour l'analyse des événements dans la région. Bien que nos sociétés soient

confrontées à des difficultés croissantes inhérentes à la politique de réajustement fiscal, il est judicieux de mettre en évidence comment l'Amérique latine a elle aussi démontré la faisabilité d'expériences de haut impact sanitaire. En même temps, face à la limitation des moyens financiers, la rationalisation du système et la mise en pratique des politiques d'accès universel sont d'autant plus importants.

En dépit des caractéristiques démographiques et épidémiologiques du Québec, qui ne sont pas comparables avec la majorité des sociétés latino-américaines, il existe, dans le cadre des processus de transition épidémiologique, une forte tendance en Amérique latine à une augmentation des maladies chroniques et dégénératives. Le Québec n'a pas seulement positivement résolu en grande partie les problèmes de type infection-contagion et materno-infantil, mais il a aussi réalisé des avancées significatives en matière de maladies chroniques et dégénératives. Ainsi, dans le domaine de la santé maternelle et infantile, le taux de mortalité des enfants nés vivants a chuté ces trente dernières années de 31,5 à 6,3‰ naissances d'enfants nés vivants; à son tour, la mortalité d'origine cardiovasculaire a subi un important fléchissement, ce qui indéniablement est en étroite corrélation avec des changements significatifs dans les modes de vie.

Quoiqu'il en soit, au-delà des acquis du Québec dans le cadre de la santé physique, il est d'un intérêt notoire de souligner la manière d'aborder certains problèmes sociaux, comme la violence familiale mais aussi l'étude des politiques au sujet de la santé mentale. L'intégration de la pratique médico-sociale, insérée dans la dynamique des services communautaires, constitue une riche expérience de travail interdisciplinaire développé depuis la base de la société civile. Il faut insister sur l'importance d'un système de santé qui s'emploie à développer des politiques de promotion et de prévention, depuis la communauté même, intégrant par là la dimension sociale à l'intérieur des services de santé. La hiérarchisation des services de première ligne, tout particulièrement les centres locaux des services communautaires du Québec, constitue une expérience de référence pour la santé publique du continent. L'application de programmes communautaires orientés sur les déterminants de la santé, l'intégration des activités éducatives dirigées vers l'environnement social et la détection précoce des maladies qui ont la plus forte prévalence, représentent des défis d'une importance capitale pour obtenir un impact positif sur la santé collective.

L'analyse de la politique en matière d'institution hospitalière aborde des problèmes qui sont d'actualité dans la plupart des pays, plus spécialement dans le secteur public: la nécessité de se doter d'instruments pour améliorer la gestion hospitalière et augmenter l'efficacité des services hospitaliers et ainsi réduire la durée d'hospitalisation.

Le vide en ce qui concerne la politique de planification et de régulation des institutions s'occupant des personnes du troisième âge ne fait pas exception en Amérique latine. Le changement démographique dans ce domaine sera à l'origine de besoins urgents, et nos sociétés ne pourront pas répondre à la demande croissante des soins de ce secteur. On se devra d'étudier les réponses les plus adaptées face aux nouveaux défis; les politiques de reconversion des lits seront une priorité, ainsi que la concrétisation d'un service de

régulation qui établisse des normes communes qui garantissent l'accessibilité et la qualité des services. Le Québec a réduit sa capacité hospitalière tout en renforçant les services et soins à domicile, ce qui non seulement offre une alternative de moindre coût, mais aussi propose des conditions de bien-être supérieures pour le patient.

Enfin, les défis lancés dans le chapitre final du document sont une priorité pour le futur immédiat et à long terme dans nos pays: les dépenses énormes en matière de médicaments et de technologies, la mise en pratique des politiques des ressources humaines en santé, les coûts engendrés par la surabondance de personnel médical, la nécessité de changer l'équilibre des dépenses institutionnelles vers les services dits de niveau primaire et communautaire, et la réduction des inégalités régionales, sont sans doute des aspects qui font partie d'un besoin de changement à la fois plus étendu et profond. Quant à l'Amérique latine, aux inégalités entre ses régions s'ajoutent les profondes disparités entre les strates sociales ainsi que les conditions de pauvreté de vastes secteurs de sa population. Si on parle du bien-être de nos peuples, on ne peut se rendre qu'à l'évidence que ceux-ci souffrent cruellement de systèmes qui ne leur garantissent pas un accès universel et égalitaire des services de santé. La réalisation des changements de la politique de santé dans le continent latino-américain demande, dans beaucoup des pays qui le constituent, une importante reconversion des rôles exercés par les Ministères de Santé. Leur capacité d'influence et d'action a été limitée à un rôle quasi exclusif de prestataires de services de santé pour la clientèle en grande majorité défavorisée et ce, avec une autonomie administrative et fonctionnelle limitée. Il est donc impérieux que l'Etat assume un rôle indispensable dans la définition des politiques et la prise de décisions en terme de planification, d'exécution et de fiscalisation, du système de santé.

Roberto Bazzani

Centre de Recherches pour le Développement International

Montévidéo, Août 1996

INTRODUCTION

Le système de santé au Canada est sous responsabilité publique et assure à l'ensemble des citoyens un accès universel et gratuit à tous les services de santé médicalement nécessaires quel que soit leur lieu de résidence. Compte tenu des ententes convenues entre le gouvernement fédéral et les dix provinces canadiennes, le champ des services de santé fait partie des programmes appelés à frais partagés et sous responsabilité provinciale. C'est ainsi que le gouvernement fédéral, sous réserve du respect des normes nationales par les provinces, contribue financièrement au financement des services de santé dans chacune d'elles. Ce transfert est soumis au principe de la péréquation, c'est à dire que les provinces les plus pauvres reçoivent davantage que les plus riches. Toutefois, la part fédérale représente actuellement moins de 40% du financement total des services et les provinces en assument la majorité. L'organisation des services relève des gouvernements provinciaux. Ceci explique les différences notables dans la façon dont chaque province oriente, planifie et administre ses propres services de santé et les services dits complémentaires qui incluent les services de nature sociale.

Dans le texte qui suit, nous nous limiterons à la situation québécoise tout en étant conscient que toutes les provinces, à des degrés divers, ont procédé à des changements importants en vue de rendre plus efficaces et efficaces les investissements publics consentis au champ sanitaire. Toutefois, les manières de procéder sont différentes en fonction des valeurs sociales dominantes, de la taille des populations concernées et de l'acuité relative de certains problèmes.

Parmi l'ensemble des provinces canadiennes, le système de santé québécois possède des caractéristiques particulières qui en font un modèle particulièrement intéressant pour les pays d'Amérique latine. La province de Québec a opté pour une organisation de services socio-sanitaires décentralisée et démocratique. Elle s'est dotée depuis 20 ans, d'un réseau de centres locaux de services communautaires (CLSC) original et, à plus d'un titre exemplaire, par sa polyvalence de fonctions et son insertion communautaire. Les 161 centres couvrent tout le territoire québécois et exercent une fonction stratégique d'orientation de la population dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Ils jumellent une offre de services de première ligne autant sanitaires que sociaux pour une population locale, c'est à dire circonscrite géographiquement. La pratique médicale en CLSC caractérisée par le salariat, le jumelage d'une approche curative et préventive et multidisciplinaire a permis de développer un secteur alternatif à la médecine libérale privée. En bref, les CLSC apportent des innovations majeures par leur approche communautaire, leur polyvalence, leur approche multidisciplinaire et leur capacité de réduire certains services spécialisés.

Récemment, le Ministère de la santé et des services sociaux a pris des mesures de rationalisation dans le secteur institutionnel pour investir dans les champs de la prévention et des services communautaires notamment en CLSC.

Nous nous proposons dans les pages suivantes de décrire les principales composantes du système de santé québécois. Nous espérons que ce texte pourra servir à des fins de promotion de

l'expertise canadienne et québécoise auprès des responsables des systèmes de santé de pays d'Amérique latine qui sont en processus de réorganisation de leur système de santé.

Nous présenterons, dans un premier temps, certaines caractéristiques générales de la société québécoise et de l'évolution de son système socio-sanitaire. Dans un second temps, nous définirons les normes d'accessibilité et d'universalité. En troisième lieu, nous approfondirons l'organisation du système socio-sanitaire et suivra la présentation des services de première ligne et des services spécialisés. Enfin, nous porterons un regard critique sur les défis d'actualité, sources de nouveaux changements pour le futur.

A l'intention du lecteur, deux annexes plus détaillées sont jointes sur le réseau des centres locaux de services communautaires (CLSC) et sur les services médicaux.

I. Mise en contexte

1.1 *La société québécoise à l'aube de l'an 2000*

La province de Québec compte plus de 7 millions d'habitants, c'est à dire le quart de la population du Canada. Elle est la seule des dix provinces canadiennes dont la langue officielle est le français. La population anglophone représente 11% de l'ensemble de la population et les immigrants 10%. La majorité des anglophones et des immigrants vivent dans la région du Grand Montréal. Il y a également 50 000 Amérindiens et Inuits, appartenant à 11 nations.

Aux fins de la planification des services socio-sanitaires, le territoire québécois est divisé en 18 régions socio-sanitaires comptant en moyenne 250.000 habitants à l'exception de Montréal et des territoires du Grand Nord.

Au cours des 30 dernières années, le Québec a connu des changements sociaux d'une rapidité et d'une ampleur sans précédent. Que l'on songe, par exemple à la diminution de l'importance du rôle de l'église, à l'accroissement du rôle de l'État, à la baisse de la fécondité, au vieillissement de la population, à l'entrée des femmes sur le marché du travail, aux transformations de la famille, à l'émergence de nouvelles façons de penser et à de nouvelles valeurs.

Les années 1990 sont caractérisées par une sévère récession qui a entraîné un fort taux de chômage (13,1% au Québec et 11,1% au Canada en 1993), un écart grandissant dans les revenus entre les groupes les plus riches et les groupes les plus pauvres de la société et enfin un endettement public qui limite la capacité d'intervention de l'État. En corollaire, nous assistons à une intensification des problèmes sociaux.

Comme dans l'ensemble des sociétés occidentales, les principaux indicateurs de l'état de santé et de bien-être des québécois révèlent une nette réduction de la mortalité infantile (de 31.5 pour

1000 naissances vivantes en 1961 à 6.3 en 1993) et de la mortalité par traumatismes, maladies cardio-vasculaires, certains types de cancers et maladies congénitales¹.

Cependant, ce qu'il est convenu d'appeler les "maladies de civilisation" se sont développées notamment de nouveaux types de cancers, des maladies chroniques, des maladies transmises sexuellement dont le VIH/SIDA.

De plus, l'émergence de certains problèmes sociaux se traduisent par un taux de suicide accru notamment chez les jeunes, l'abus de psychotropes, de drogues et des taux importants de détresse psychologique chez certains groupes sociaux. Les problèmes de négligence familiale et de violence conjugale sont aussi plus souvent rapportés.

Ceci dit, des améliorations notables de la santé au Québec sont à souligner, notamment un allongement de l'espérance de vie à la naissance qui atteint en 1991, 80.9 ans pour les femmes et 73.7 pour les hommes. L'espérance de vie sans incapacité est actuellement de 64 ans pour les hommes et de 68.7 pour les femmes et s'améliore également depuis 1979 de 1.9 an pour les hommes et 1.4 an pour les femmes.

Un nombre accru d'indicateurs reliés aux habitudes de vie se sont aussi améliorés telles que la réduction de la consommation de tabac, des habitudes alimentaires plus équilibrées et l'augmentation de la pratique d'activités physiques.²

Enfin, le Québec n'est pas épargné par un phénomène qui touche les sociétés occidentales: l'accès généralisé aux services socio-sanitaires n'a pas enrayé les inégalités face à la santé et au bien-être entre les mieux nantis et les plus pauvres, entre les sexes, les groupes socio-professionnels et entre les milieux de vie. L'émergence de nouvelles formes de pauvreté affectent certains groupes sociaux plus défavorisés économiquement, culturellement et socialement. L'on pense particulièrement aux femmes seules chargées de familles, aux immigrants, aux itinérants et aux personnes sans emploi, jeunes ou adultes.

¹ L'évolution comparée de la mortalité selon la cause de décès de 1971 à 1990 entre le Québec et 13 pays européens selon les données de l'OMS, indique une forte réduction de 46,7% de la mortalité reliée aux maladies du système circulatoire (3ème rang), de 31,7% des maladies de l'appareil digestif (3ème rang), de 33,7% des traumatismes et empoisonnements (6ème rang seulement en raison de la hausse des suicides). Quant aux tumeurs malignes, le Québec se place au 11ème rang en raison de la hausse des tumeurs de l'appareil respiratoire (plus 72,1%) même si l'on note une réduction des tumeurs de l'estomac (-58,1%) et du sein (-9,6%). Source MSSS "Santé et bien-être la perspective québécoise, l'état de santé", 1993, p.11

² Pour plus de détails nous référons le lecteur aux études menées par l'organisme Santé Québec sur l'état de santé des Québécois notamment les résultats de l'enquête de 1992-93: *Et la santé, ça va en 1992-1993?*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé, volume 1, Santé Québec, sous la direction de M. Levasseur, 1995; *Aspects sociaux reliés à la santé*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Santé Québec, sous la direction de P.Caris, 1995; *Variations géographiques de la santé*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3, Santé Québec, sous la direction de P.Provencher, 1995.

La réduction de ces disparités aux conséquences immédiates sur l'état de santé et le bien-être constitue sans aucun doute un axe central de la politique pour la santé et le bien-être dont s'est doté le Québec.

1.2 Une vision renouvelée du système de santé de services sociaux

Dans un contexte où les gouvernements connaissent une situation difficile sur le plan des finances publiques, la prise de conscience des limites inhérentes du système de protection tel que conçu originellement, entraîne la nécessité de réviser la façon de concevoir et d'intervenir en matière de santé et de bien-être. A l'instar des experts de l'OMS, les réformes québécoises et canadiennes³ reconnaissent qu'il ne suffit plus pour améliorer la santé et le bien-être de la population, de développer toujours les services curatifs; d'autres déterminants sont en jeu, soit les facteurs relatifs à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie.

Par ailleurs dans le domaine social, l'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles s'est faite différemment. Les grandes enquêtes menées par l'UNESCO et les grands énoncés des politiques sociales du Bureau International du Travail vont dans le sens de favoriser une intervention proche des milieux de vie, décentralisée et visant à prévenir l'institutionnalisation sous toutes ses formes (placement des enfants et des jeunes, hébergement des personnes handicapées et âgées, hospitalisation). On y préconise un rapprochement entre les structures formelles et informelles d'aide, c'est à dire entre les professionnels ou les institutions avec les personnes de la famille, de l'entourage, d'associations bénévoles. Le rapport Barclay⁴, faisant le bilan complet des services sociaux en Angleterre, influencera fortement les pratiques sociales québécoises. Le développement de l'approche communautaire forme la recommandation substantielle de ce rapport.

Il s'agit désormais d'orienter les pratiques sociales vers la prévention, l'éducation des personnes, la décentralisation des actions, la flexibilité et l'implication directe des personnes dans les solutions à leur propres problèmes.

La majorité des politiques québécoises relatives aux aspects sociaux s'inspirent donc clairement de ces valeurs.⁵ En conclusion, les fondements du système de santé du Québec ont changé de

³ *Nouvelles perspectives pour la santé des Canadiens*, Rapport Lalonde, Gouvernement fédéral, 1974; *La santé pour tous en l'an 2000, Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Rapport Epp, Gouvernement fédéral, 1986; *Objectif santé*, Conseil des Affaires sociale du Québec, Gouvernement du Québec, 1984; *La politique pour la santé et le bien-être*, Gouvernement du Québec, 1992.

⁴ *Social Workers, their role and tasks*, Rapport Barclay, Angleterre, 1982.

⁵ *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1988; *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1989; *Un Québec, fou de ses enfants*, Rapport Bouchard, Gouvernement du Québec, MSSS, 1991; *Vers un nouvel équilibre des âges*, Rapport Pelletier, Gouvernement du Québec, MSSS, 1991; *Une réforme axée sur le citoyen*, (issue des recommandations de la Commission Rochon) Gouvernement du Québec, MSSS, 1990.

paradigme au cours des années 80 et ont été formalisés dans les structures et le financement des services dans les années 90. Le tableau suivant⁶ traduit cette mutation fondamentale.

Fondements du système de santé et de services sociaux au Québec⁷

AVANT LA REFORME DE 1991	APRÈS LA REFORME DE 1991
dans la conception de la santé et le bien-être:	
d'une conception axée sur les problèmes à résoudre:	à une conception axée sur les déterminants de la santé
dans l'approche:	
d'une approche individuelle, curative et spécialisée	à une approche globale, holistique et bio-psycho sociale
dans le rôle de l'Etat:	
d'une prise en charge par l'Etat	à une prise en charge partagée entre les individus, les milieux et l'Etat
dans la dynamique interne du système:	
système pris otage par des groupes d'intérêt corporatistes et professionnels	système impliquant les citoyens dans les processus décisionnels
absence d'objectifs de santé et de bien-être	adoption d'une politique de santé et de bien-être
système centralisé	système régionalisé
de l'hospitalo centrisme	à la première ligne

II. Accessibilité et universalité

2.1 Les principes

Les services de santé et les services sociaux sont des domaines de compétence provinciale au sein de la Fédération canadienne. Ils font l'objet de programmes à frais partagés avec le gouvernement fédéral. L'Etat canadien compense en partie les écarts de richesse entre les provinces, afin que ces dernières offrent des services médicalement requis comparables à

⁶ Copié du *Cadre de référence: les CLSC la première ligne publique au Québec*, Document soumis à la consultation des CLSC, Fédération des CLSC au Québec, 1994, p.19.

⁷ Nous prendrons comme date de référence, la date de l'adoption de la nouvelle Loi qui formalise la réforme du système de santé: *Loi sur les services de santé et les services sociaux modifiant diverses dispositions législatives*, (L.R., 1991, Chapitre 42) Gouvernement du Québec, 1991.

l'ensemble des citoyens. Cette participation financière du Gouvernement fédéral est assujettie au respect par les provinces, des normes nationales fixées dans la Loi canadienne sur la santé⁸.

Ces normes sont de portée générale. Elles correspondent aux principes suivants:

- accessibilité gratuite aux services médicaux et hospitaliers;
- universalité, c'est à dire l'accès, pour tous les citoyens et citoyennes de la province, à tous les services médicalement requis selon des modalités uniformes qui ne créent pas d'obstacles, directs ou indirects (par exemple surfacturation);
- intégralité, c'est à dire l'offre d'une gamme complète de services;
- transférabilité entre les provinces, c'est à dire l'accessibilité complète des services aux citoyens des autres provinces canadiennes;
- gestion publique des services.

2.2 Leur extension provinciale

Outre les services médicaux et hospitaliers gratuits dans tout le Canada, chaque province peut également adopter d'autres mesures assurant la gratuité et l'universalité des services qu'elle juge les plus pertinents. Dans le cas du Québec, la couverture universelle inclut donc:

- un régime d'assurance maladie qui couvre en plus des services médicaux gratuits, les services optométriques (personnes de plus de 65 ans et les moins de 18 ans), les services pharmaceutiques et médicaments pour les personnes de plus de 65 ans et les familles vivant de prestations d'aide sociale, des aides techniques, des soins dentaires pour les enfants de moins de 9 ans et des fournitures médicales dans certains cas particuliers;
- l'ensemble des services offerts par les établissements publics ou privés disposant d'une convention avec le Ministère de la santé et des services sociaux, c'est à dire dans:
 - les centres hospitaliers (généraux, spécialisés et ultra spécialisés)
 - les centres locaux de services communautaires
 - les centres de réadaptation (pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, pour les jeunes en difficulté, les jeunes mères en difficulté d'adaptation, pour les personnes consommatrices de drogues et d'alcool)

⁸ 1968: adoption de la Loi fédérale sur la gratuité des services hospitaliers; 1972: adoption de la Loi sur les services médicaux sur la gratuité des services médicaux; 1984: adoption de la Loi canadienne sur la santé

les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (intervention socio-judiciaire dans les cas de négligence, de violence faite aux mineurs, auprès des jeunes contrevenants et dans les cas d'adoption)

les centres d'hébergement et de soins de longue durée (centres dédiés à l'hébergement des personnes âgées en grande perte d'autonomie, aux personnes lourdement handicapées ou atteintes de maladies chroniques évolutives).

De plus, le Ministère accorde un soutien financier à des organismes communautaires à but non lucratif qui offrent des services d'entraide, des services bénévoles, d'accompagnement, d'éducation populaire, de défense des droits, d'hébergement en situation d'urgence aux populations souvent les plus en difficulté. Généralement, cette subvention permet d'assurer l'infrastructure minimale et de maintenir les services largement bénévoles et généralement gratuits. C'est le cas des maisons d'hébergement pour femmes violentées, les popotes roulantes, les centres de bénévolat, etc..

III. Organisation du système socio-sanitaire québécois⁹

3.1 Les finalités

En 1992, le Gouvernement du Québec a adopté une Politique de santé et de bien-être¹⁰ qui comprend 19 objectifs à atteindre au cours des dix prochaines années. Ils ont été formulés en fonction des problèmes de santé et des problèmes sociaux qui affectent le plus la population (adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale, intégration sociale). De plus, la Politique propose six stratégies d'action axées sur le renforcement du potentiel des personnes, la qualité des milieux de vie, les conditions de vie, les groupes vulnérables, un approche intersectorielle et enfin un réalignement du système vers les options les plus efficaces et les moins coûteuses.

La politique de santé et de bien-être oriente donc les trois grandes fonctions du système de santé et de services sociaux. C'est ainsi que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a redéfini:

- l'organisation des services en fonction des cinq champs de la politique indépendamment des établissements ou des professionnels qui en sont responsables; ceci implique que désormais le ministère développe des programmes-cadre en fonction des principales

⁹ Pour des informations complémentaires, nous référons le lecteur à cinq publications du MSSS de la collection Santé et bien-être: la perspective québécoise, 1993: *L'état de santé, L'utilisation des services, Les dépenses, Les ressources matérielles, Les ressources humaines.*

¹⁰ *Politique pour la santé et le bien-être*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1992

clientèles (personnes âgées, enfants et jeunes, personnes handicapées etc..) dans lesquels il exprime ses attentes à l'endroit de l'ensemble des établissements et de l'ensemble des professionnels.

- l'allocation des budgets en fonction de l'état de santé et de bien-être de la population et des résultats obtenus; les paramètres d'allocation interrégionale du budget dévolu à la santé et aux services sociaux sont modifiés. Antérieurement, ils comprenaient le niveau de ressources socio-sanitaires déjà consenties (per capita), les volumes de population, la dispersion géographique des populations, le niveau de pauvreté relatif; aujourd'hui, ils incluent en plus des indicateurs relatifs à l'état de santé. Dans le futur, le MSSS vise à les enrichir d'indicateurs de résultats sur l'état de santé de la population.
- l'évaluation des services; actuellement le Ministère développe des indicateurs permettant à tous les acteurs (MSSS, régies régionales et établissements) de suivre l'évolution de leurs actions en relation avec l'état de santé des populations couvertes et l'atteinte des objectifs de la Politique pour la santé et le bien-être. Ces nouveaux modes d'évaluation devraient permettre d'apprécier l'efficacité du système socio-sanitaire.¹¹

3.2 La régionalisation

Le mouvement de régionalisation et de démocratisation dans le système de santé et de services sociaux a été amorcé après l'adoption d'une nouvelle législation concrétisant les recommandations de la Commission Castonguay Nepveu en 1971. Les responsabilités régionales se sont accrues magistralement à la suite de la Commission Rochon et l'adoption du plus récent cadre législatif de 1991. Désormais nous assistons à une complète redistribution de pouvoirs entre les niveaux provincial, régional et de chaque établissement. Le territoire québécois a été redivisé en 18 régions au lieu des 11 antérieures. Ci-après sont précisées les fonctions respectives de chaque niveau décisionnel.

Niveau provincial: ministère de la Santé et des Services sociaux

- . Définition des priorités, objectifs, orientation
- . Définition des politiques et programmes
- . Approbation des plans régionaux (services, allocation financière)
- . Coordination interrégionale
- . Allocation interrégionale des budgets
- . Emission de permis (ressources privées et publiques)
- . Surveillance et inspection
- . Evaluation et monitoring des indicateurs de santé et de bien-être

¹¹ *Le Québec comparé: Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*, MSSS, 1995. Par ailleurs d'autres outils pédagogiques sont en confection notamment des indicateurs d'atteinte de la Politique pour la santé et le bien-être.

Niveau régional: les Régies régionales de la santé et des services sociaux (18 régies)

- . Participation de la population
- . Respect des droits des usagers et gestion des plaintes (2ème niveau)
- . Définition des priorités régionales
- . Elaboration des plans d'organisation de services
- . Allocation financière aux établissements et aux organismes communautaires
- . Coordination des services dont les services médicaux
- . Mesures de protection de la santé publique
- . Evaluation

Niveau des établissements

- . Participation de la population
- . Respect des droits des usagers et gestion locale des plaintes (1er niveau)
- . Respect de la mission telle que définie dans la Loi
- . Fourniture des services
- . Gestion des ressources humaines et financières
- . Evaluation

L'organigramme du réseau québécois est représenté au tableau 1 en fin de document.

Désormais, les régies régionales ont un pouvoir de gérance direct sur l'ensemble des services publics (hôpitaux, centres d'hébergement, CLSC, centres de réadaptation, centres de protection de la jeunesse, financement des groupes communautaires). En ce qui a trait à la main d'oeuvre médicale, une Commission régionale médicale avise le Conseil d'administration régional pour l'adoption de mesures permettant d'assurer une distribution des services médicaux selon les besoins régionaux.

Cependant, la régie ne gère pas encore la part régionale du budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui couvre le paiement des médecins, les médicaments et les autres programmes complémentaires. Cette exception notable risque avec le temps d'être remise en question par les régies elles-mêmes notamment celles des régions éloignées qui ont de la difficulté à recruter des médecins et à en assurer la rétention.

3.3 Démocratisation

Cette régionalisation ne pourrait avoir qu'un sens technocratique, mais c'est loin d'être le cas. En effet, le cadre légal prévoit la participation de la population au niveau d'un collège électoral régional diversifié qui inclut les représentants municipaux, des milieux de l'éducation, du milieu économique, de groupes communautaires et des élus des établissements (deux représentants d'usagers par catégories d'établissements). L'exercice démocratique est encore jeune puisque les régies sous leur forme actuelle n'existent que depuis 1992.

Avant la réforme de 1991, tout établissement du réseau public fonctionnait comme une entité autonome privée à but non lucratif chapeauté par un conseil d'administration dont la majorité des membres était nommée ou élue par un collège électoral restreint (usagers de services, etc.). Aujourd'hui, dans chaque établissement (hôpital, CLSC, centre d'hébergement etc.), une partie des membres du Conseil d'administration est élue par la population locale au suffrage universel. Dans le cas des CLSC, il s'agit de la majorité des membres de l'instance décisionnelle. Louable dans ces intentions, le premier exercice démocratique de ce genre, en 1992, n'a pas été sans poser de problème puisque, la loi ne mentionnant aucune réserve, une personne pouvait exercer son droit de vote dans plusieurs établissements sans égard à son territoire électoral.

L'autre innovation a été, sans conteste, l'affirmation des droits des usagers des services. En conséquence, lorsque un usager ou sa famille n'est pas satisfait des services reçus, il peut exercer différents recours et se faire entendre en premier lieu auprès de l'établissement, au niveau de la régie régionale et ultimement au niveau des instances provinciales.

Chaque établissement a dû se doter d'un Code d'éthique. Enfin, les comités d'usagers (qui incluent les membres de la famille) dans les établissements de soins de longue durée et dans les hôpitaux sont représentés au Conseil d'administration.

Tous ces changements ont donc transformé la dynamique des établissements à l'endroit de leur clientèle ainsi que les attentes de la population à un traitement équitable et à un service de qualité.

IV. La couverture des services

4.1 *Le réseau de première ligne (avec financement complémentaire ou complet de l'Etat)*

Ce que l'on appelle communément le réseau de première ligne au Québec est composé de trois principales ressources qui sont en contact direct avec la communauté, c'est à dire:

- les CLSC ou centres locaux de services communautaires
- les cabinets privés de médecins
- les organismes communautaires

Compte tenu de leurs particularités nous trouvons important dès maintenant de présenter brièvement chacune d'elles. Tout d'abord, le réseau des CLSC.

4.1.1 Les Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Histoire et mission

Les CLSC sont issus des revendications populaires des années 70 à un meilleur accès aux services dans les milieux défavorisés, à une remise en question des pratiques professionnelles traditionnelles et morcelées, à un plus grand pouvoir des usagers sur les services. Le CLSC est

un établissement parapublic dont la mission est établie par la loi régissant les services de santé et les services sociaux. Créés en 1971, leur développement s'est effectué par phases et a été ponctué de remises en question périodiques. Leur parachèvement a été réalisé en 1986-87.

Aujourd'hui, 161 CLSC et centres de santé (c'est à dire qui jumellent la mission d'un CLSC et la gestion d'un petit nombre de lits de courte ou de longue durée dans les milieux très éloignés) couvrent l'ensemble du territoire québécois. Ils ont été créés pour répondre à une **collectivité locale**, (généralement, la population d'une municipalité régionale de comté) dont la taille peut varier de 9.000 à 120.000 personnes selon la superficie et la dispersion de la population sur le territoire. A l'instar des autres établissements publics, ils sont gérés par un Conseil d'administration autonome, dont les élus de la population résidente forme la majorité des membres.

La mission légale d'un CLSC comprend quatre fonctions de base: **la prévention et la promotion de la santé et du bien-être, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale.**

Le législateur confie au CLSC un rôle central d'orientation de la population qui a des besoins de services autant sociaux que sanitaires dans tout le réseau public et communautaire. Il assure un rôle de porte d'entrée du système ou de guichet unique pour filtrer l'accès à des ressources plus spécialisées.

Le financement des CLSC représente 5.6% de l'ensemble du budget de la province consacré à l'ensemble des soins de santé et des services sociaux soit un montant total de l'ordre de 715 millions de \$ (1995).¹² Comparativement à d'autres pays¹³ qui ont établi des centres de santé locaux sur l'ensemble de leur territoire national, la proportion allouée aux CLSC est relativement faible. En effet, lorsque les centres de santé locaux sont les pourvoyeurs uniques des services médicaux de première ligne à la population, cette proportion se situe autour de 20% du budget dévolu à la santé (Espagne, Finlande, Suède, Cuba). Toutefois lorsque, comme dans le cas du Québec, ces centres occupent une fonction alternative (services médicaux, santé communautaire, prévention) celle-ci est davantage de l'ordre de 10% (Australie). Toutefois, dans les différentes expériences internationales consultées, nous avons rarement trouvé dans le mandat des centres communautaires de santé dans le monde, l'extrême polyvalence de fonctions, notamment sur le plan social, qu'exercent les CLSC du Québec. Ceci met donc en lumière l'inadéquation relative entre l'ampleur de la mission et les moyens pour l'exercer.

En raison des réallocations provenant du secteur hospitalier, ce budget alloué aux CLSC est en hausse. Chaque établissement dispose d'un budget global octroyé annuellement pour assurer la fourniture de l'ensemble des services autant sanitaires que sociaux. Cependant la main d'oeuvre

¹² Nous référons le lecteur au tableau 2 en fin de document sur la répartition des crédits entre les différents postes de dépenses dans le secteur socio-sanitaire.

¹³ Source: Monographies sur l'état des centres communautaires de santé dans 22 pays publiées lors de la Conférence internationale sur les centres de santé communautaires, tenue à Montréal, décembre 1995, sous l'égide de la Fédération des CLSC et autres organisations professionnelles québécoises.

médicale est rémunérée par un organisme payeur central appelé la Régie d'Assurance Maladie du Québec.

Programmes de base

L'on retrouve dans un CLSC des programmes suivants:

- les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation: toute personne qui appelle ou se présente pour une raison sociale ou de santé peut obtenir de l'information, des conseils et être guidée en fonction de ses besoins;
- les services courants (autant sanitaires que psychosociaux) de première ligne. Ces services incluent des services médicaux, infirmiers et psycho-sociaux dont l'accessibilité horaire atteint actuellement plus de 60 heures par semaine. La relève en terme de réponse téléphonique est assurée 24 heures sur 24 en dehors des heures d'ouverture du CLSC par une centrale téléphonique (service Info-santé-CLSC) où des infirmières répondent à toute personne en besoin et si nécessaire se rendent à domicile;
- des programmes dédiés à des clientèles spécifiques qui comprennent des activités préventives ainsi que des modes de prise en charge particuliers pour les personnes les plus à risque. Ces programmes sont: le programme Famille enfance jeunesse, le programme de santé au travail; le programme de santé mentale;
- tous les CLSC assurent à leur collectivité des services de maintien à domicile complets (médicaux, infirmiers, sociaux, aide à domicile et réadaptation) qui s'adressent aux personnes en phase de pré ou post-hospitalisation, en phase palliative, aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui ont des limitations fonctionnelles;
- de plus, chaque CLSC dispose d'intervenants communautaires qui oeuvrent en appui des professionnels du CLSC dans les divers programmes et sur demande de la communauté. Leur rôle fondamental est de supporter le développement des capacités de communauté dans la prise en charge de leurs problèmes locaux, l'amélioration des conditions de vie pour les personnes pauvres et exclues, la création de nouvelles formes d'entraide dans la communauté. Récemment plusieurs CLSC se sont impliqués dans le développement d'emplois à finalité sociale avec les autres acteurs économiques.

Pour plus de détails, nous référons le lecteur à l'annexe détaillée sur les CLSC.

Originalité

Si l'on compare les CLSC québécois avec leurs homologues dans le Canada anglais ou même dans d'autres pays, leur particularité la plus évidente est de rassembler sous le même toit, les services sociaux et les services sanitaires qui, ailleurs, relèvent d'unités administratives différentes.

De plus, alors que la majorité des centres communautaires de santé dans le monde sont souvent des organisations volontaires autonomes ou des appendices locaux des ministères, les CLSC au Québec sont à la fois intégrés au système public officiel tout en maintenant une latitude locale par leur statut corporatif et leur mode de représentation de la population locale.

Le réseau des CLSC a apporté et apporte encore des innovations majeures¹⁴ dans le système public:

- a) leur implication dans la communauté est devenue un modèle à suivre pour d'autres établissements. C'est ainsi qu'au fil des années, les pratiques professionnelles ont été axées sur des approches résolument communautaires c'est à dire impliquant les clients, les groupes sociaux et des autorités locales dans des actions communes. Les professionnels de CLSC sont présents dans tous les milieux de vie de la collectivité: les écoles, les entreprises, les garderies, les différents quartiers et les domiciles des personnes. La direction du CLSC ainsi que les membres du Conseil d'administration sont impliqués dans les enjeux sociaux et politiques de leur communauté. En bref, le CLSC est perçu comme une institution de développement de la communauté et non seulement comme une institution traditionnelle de services socio-sanitaires.
- b) La composition et le fonctionnement multidisciplinaire des équipes de travail, a produit, non sans heurt, des transformations des modèles de pratiques professionnelles particulièrement au niveau médical, dans les actions préventives, dans les approches avec les groupes de la communauté.
- c) Enfin, la rareté des ressources a obligé une efficience accrue contrairement aux institutions ayant une tradition de richesse et de prestige. Il est remarquable de constater que les déficits sont extrêmement rares et que certains chercheurs ont constaté que la productivité des CLSC a augmenté de façon supérieure à celles des autres types d'établissements publics. Actuellement, avec 5.6% du budget du Ministère de la santé et des services sociaux, les CLSC rejoignent, annuellement, par leurs différentes activités, près du tiers des québécois.

¹⁴ *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui*, sous la direction de Louis Favreau, René Lachapelle et Lucie Chagnon, PUQ, 1994. Favreau, L., Hurtubise, Y., *CLSC et communautés locales: la contribution de l'organisation communautaire*, PUQ, 1993. Bozzini, L., *Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec. Description, Evaluation, Perspective*, Journal of Public Policy 9.3 (autumn, 1998): 346-375. Pineault, R., Lamarche, P., Contandriopoulos, D. AP.,JL. *The Reform of the Quebec Health Care System: Potential for innovation*, Journal of Public Health, 1993.

Limites

Le réseau des CLSC s'est développé dans ses débuts sans lignes directrices du Ministère et celles-ci sont arrivées tardivement¹⁵. Une certaine hétérogénéité de la gamme de services et un manque de standards communs en ont résulté. Enfin, selon les milieux, les services médicaux occupent une place plus ou moins significative dans l'offre de services. Dès leur création, les CLSC ont été fortement contestés par l'establishment médical. De ce fait, les cliniques médicales ont réagi améliorant leur propre accessibilité. Les problèmes de recrutement et de rétention des effectifs médicaux en CLSC sont toujours actuels. Enfin, au fil des années, les attentes du Ministère en l'endroit des CLSC se sont accrues et des responsabilités nouvelles leur ont été confiées sans ajout de ressources.

Au moment où les attentes de la population sont très importantes envers les CLSC notamment pour prendre la relève de l'hôpital, l'accessibilité aux services devient un paramètre-clé. Les établissements ont accentué leurs efforts en ce sens mais cela n'a été possible que par réaffectation interne des ressources et la réduction de certaines activités préventives. C'est le cas pour assurer aussi le service Info-Santé-CLSC (service téléphonique de conseil en matière de santé et d'orientation de la population) accessible 24 heures sur 24 mis en place au cours des deux dernières années qui connaît un succès tel que toutes les prévisions d'appels ont été dépassées.

Une certaine sélectivité des clientèles dans l'accès aux services devient une constante faute de ressources suffisantes. C'est ainsi que les services sociaux, les services d'aide à domicile (aide au bain, à la préparation de repas, l'entretien de la maison) et certaines actions préventives sont plus clairement orientés vers les groupes sociaux les plus démunis ou les plus en difficulté.

Enfin, les données sur l'impact des services en CLSC sur l'utilisation des ressources spécialisées et sur la réduction de certains problèmes restent partielles et souvent contestées car peu généralisables faute d'une instrumentation commune sur le plan provincial.

4.1.2 Les cabinets médicaux privés

Selon les statistiques de la Régie d'Assurance Maladie du Québec (RAAQ)¹⁶, 5 440 omnipraticiens et 3 315 spécialistes pratiquant en cabinet privé ont une convention avec la RAAQ. Au Québec comme dans les autres provinces, les services médicaux sont gratuits quelque soit le mode rémunération des médecins (à l'acte, à vacation ou à honoraires fixes). Les médecins en cabinets privés pratiquent à l'acte. Il reçoivent donc un montant de la RAMQ pour chaque type d'acte posé. La rémunération annuelle moyenne est de 108 689\$ par an

¹⁵ *Documents de réflexion sur le rôle des CLSC en santé mentale (1989); L'organisation des services médicaux en CLSC (1993); Les services à domicile de première ligne: Cadre de référence (1994); L'accessibilité 24/7: Service téléphonique (1994), MSSS.*

¹⁶ *Rapport annuel 1994-95, Régie d'Assurance-Maladie du Québec.*

comparativement à 60 483\$ pour une rémunération à salaire qui peut comprendre un nombre d'heures de pratique différent (mi-temps ou temps plein).

Le choix d'ouvrir un cabinet privé n'est soumis à aucune contrainte officielle directe. Cependant, la RAMQ influence désormais par des taux de rémunération différenciée (70 à 120% de la rémunération moyenne), la région d'installation et le lieu d'installation.

Les cabinets privés ont toute latitude dans le choix des services médicaux offerts et gèrent leur cabinet comme une entreprise en assumant tous les coûts d'installation et de secrétariat.

La majorité des consultations médicales en dehors de l'hôpital se font en cabinets privés. Ceux-ci constituent donc un maillon central des services de santé de première ligne. Toutefois, le défi actuel reste d'associer les médecins de pratique privée à la planification des services médicaux locaux notamment en conjonction avec les CLSC et dans les différentes institutions publiques. Cela implique un changement de mentalité important pour le corps médical. Celui-ci doit désormais collaborer à l'adaptation du système de santé dans son ensemble.

4.1.3 Les groupes communautaires

Au cours des dix dernières années s'est développé un réseau alternatif au réseau public, de groupes à finalité non lucrative qui offrent des services de nature bénévole ou à coût modique pour des populations particulières (femmes monoparentales, femmes victimes de violence, jeunes en difficulté, ex-psychiatisés, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes sidéenes etc). Ces groupes survivent en jumelant différentes sources de financement autant fédérales que provinciales. Leur statut dans le système de santé est ambigu. Ils dépendent des priorités gouvernementales mais défendent leur propre autonomie. La nature même des services offerts implique la nécessité de survivre et de se maintenir. Leur rôle est reconnu dans les politiques gouvernementales et ils ont une représentation officielle dans les instances de planification régionale. Ils sont conduits à jumeler leurs efforts avec le réseau officiel et à se concerter avec lui. Bref, ils vivent ce que d'aucuns appellent un partenariat dissymétrique et conflictuel.

4.1.4 Autres

Enfin, il existe également un secteur privé de ressources professionnelles au Québec dont l'ampleur est difficile à cerner faute de statistiques fiables sur ce phénomène. Celui-ci est en croissance dans deux secteurs particuliers: le secteur résidentiel privé pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes, les cabinets de psychologues et de travailleurs sociaux et les médecines alternatives. Ces différents services s'implantent sans aucun contrôle de l'Etat. Règle générale, le client assume tous les frais des services reçus à moins qu'ils bénéficient d'une assurance privée couvrant ce type de services. Cependant les professionnels relevant d'une Corporation professionnelle sont tenus aux règles d'éthique de leur profession. Le cadre législatif actuel ne permet pas d'intervenir adéquatement dans les situations problématiques et il y a un enjeu pour l'avenir.

En résumé, le Québec dispose d'un réseau de première ligne important et diversifié. De l'ensemble de ses composantes dans lequel les CLSC exercent de plus en plus une place centrale notamment dans les fonctions de liaison et d'orientation des personnes en besoins de services et l'ensemble des ressources de la communauté. Tout porte à croire que les services offerts par le réseau actuel des CLSC sont appelés à se développer. Quel sera le sens de ce renforcement? Il peut, pour des impératifs économiques immédiats, être axé sur des services curatifs substitutifs de l'hôpital ou, dans une perspective à long terme, sur les actions préventives et communautaires indispensables pour affronter avec continuité et intensité les problématiques sociales émergentes.

4.2 *Le réseau spécialisé*

Le réseau spécialisé est composé des autres types d'institutions autant à vocation sociale que sanitaire. Cependant, pour les fins du présent document, nous ne traiterons que des hôpitaux et des centres d'hébergement dont le poids économique est majeur et qui sont, de ce fait, l'objet d'une rationalisation sans précédent.

4.2.1 Les centres hospitaliers

En 1995, le Québec consacre à la mission hospitalière, 6.100,6 millions de \$ (autour de 50% de l'ensemble des ressources consacrées à la santé). Il dispose d'un parc hospitalier de 4 lits par 1000 habitants soit un total de 28 000 lits que le MSSS entend réduire à 2.5 lits par 1000 habitants au cours des prochaines années. La durée de séjour y est plus élevée que dans d'autres provinces (9-10 jours en moyenne par usager). Cela implique la fermeture minimale de 3 000 lits d'ici 1988 jumelée à l'adoption de nouvelles pratiques chirurgicales et médicales ambulatoires.

Le développement des services à domicile en CLSC, de la médecine d'un jour, de la chirurgie d'un jour et l'implication soutenue du corps médical et infirmier de première ligne dans le traitement des situations aiguës ne requérant pas le recours à l'urgence ou l'hospitalisation sont donc à l'ordre du jour.

Cet objectif de réduction reste encore modeste car d'autres provinces se sont données des objectifs encore plus drastiques ou ont déjà atteint en 1995 la norme québécoise et entendent l'abaisser. C'est donc avec un certain retard à ce chapitre que se profile la transformation du système hospitalier québécois.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé un train de coupures dès 1992. Cependant celles-ci de l'ordre de 200 millions par an étaient relativement aveugles et pourraient affecter indistinctement l'ensemble des établissements. Le nouveau ministre Jean Rochon accélère le mouvement en annonçant en sus, des coupures de l'ordre de 700 millions de \$ pour les deux prochaines années concentrées principalement dans le secteur hospitalier.

En conséquence, on observe, à l'échelle provinciale, les transformations suivantes:

- fusion des grands hôpitaux notamment à Montréal, Québec et Sherbrooke;

- fermeture des petits hôpitaux de moins de 50 lits et transformation de ces hôpitaux en soins de longue durée s'il existe un manque de ressources à ce niveau;
- tendance à la fusion dans les milieux ruraux de tous les établissements publics (hôpital, centre d'hébergement et CLSC) pour réduire l'ensemble des coûts administratifs et partager les ressources cliniques;
- investissement important dans les régions urbaines dans le secteur des services à domicile en CLSC.
- amélioration de la budgétisation des centres d'hébergement pour personnes âgées afin qu'ils prennent en charge des personnes âgées en plus lourde perte d'autonomie.
- amélioration des services courants en CLSC et en cabinets privés.

4.2.2. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Le Québec dispose d'environ 60 000 lits dévolus à l'hébergement à long terme (centres de soins de longue durée, ressources intermédiaires et hébergement familial). Le taux d'hébergement public et privé avec permis d'opération pour les personnes âgées au Québec avoisine les 8%. Les ressources dévolues à l'hébergement compte pour plus de 10% des ressources du MSSS soit un budget total de 1.388.9 million de \$ en 1995.

Des processus régionaux d'évaluation et de référence de la clientèle ont été mis en place dans les années 1980 pour gérer les admissions dans les centres de soins de longue durée publics en fonction de leur capacité d'accueil.

Le réseau d'hébergement public québécois accueille, pour la presque totalité de sa clientèle, des personnes âgées de 80 ans et plus ayant des incapacités sévères et permanentes soit sur le plan physique ou cognitif.

Depuis le début des compressions budgétaires et l'adoption du nouveau cadre légal en 1991, les établissements de soins de longue durée ont dû se fusionner pour réduire leurs coûts de gestion et partager leurs ressources professionnelles.

Dans le secteur public, la clientèle admise dans les établissements est assujettie à une contribution financière selon ses revenus pour couvrir la part des services non professionnels, c'est à dire le logement, la nourriture et l'entretien.

En conclusion, le système de santé québécois se caractérise dans une couverture de services large et diversifiée. Cependant, il vit actuellement une transformation majeure qui affecte chacune de ses composantes et le personnel qui y oeuvre. En fait, bien qu'une rationalisation importante du secteur institutionnel ait été entreprise, le défi demeure entier pour le secteur hospitalier.

IV. Les défis

Le Québec investit 13 milliards de dollars dans l'ensemble des services de santé et de services sociaux. Cela représente, en 1994, 9.88% du produit national brut de la province et 30.4% des dépenses de la province. Globalement les dépenses de santé publiques et privées (assumées par les individus en complément du régime public) représentaient en 1991, 2.175,34 \$ comparativement à 2.350,81 \$ au Canada. Au niveau gouvernemental, cet investissement dans la mission sanitaire et sociale doit être réduit et réorienté pour investir dans la mission économique par la création d'emplois et la lutte à la pauvreté.

Le principal défi des autorités dans le secteur socio-sanitaire est à la fois de réduire les coûts, de changer les pratiques professionnelles et de réorienter l'offre et la demande vers des ressources de première ligne lorsque possible.

La rationalisation affecte donc les champs de services les plus coûteux. Les services hospitaliers représentent la moitié des dépenses. Les honoraires médicaux, les programmes de gratuité des médicaments en forment le quart. Globalement il reste donc pour l'ensemble des services de type social (hébergement, CLSC, centres de réadaptation, centres de protection de la jeunesse, recherche et groupes communautaires) et l'administration du système, un tiers des ressources disponibles. Par ailleurs, on estime que les montants consacrés à la prévention représentent à peine 10% des investissements. En conséquence, nous énumérons ci-après les principaux objectifs de changements en cours dans le système socio-sanitaire québécois:

Contrôler les coûts inflationnistes des médicaments

Les médicaments représentent une part croissante des dépenses gouvernementales autant dans le programme de la RAMQ que dans les établissements hospitaliers et d'hébergement. Le gouvernement québécois a mis en chantier un projet d'assurance universelle pour la couverture des médicaments qui améliorera la couverture pour les personnes non couvertes, réduira certainement l'accès pour ceux qui bénéficient actuellement de la gratuité tout en contrôlant les compagnies pharmaceutiques.

Gérer la main d'oeuvre médicale et non médicale

Bien que le salaire moyen des médecins soit sous un étroit contrôle de la part des autorités (plafonnement des salaires quelque soit le nombre d'actes produits), le nombre de médecin par habitant reste très élevé et au cours des 10 dernières années a connu une hausse non justifiée par l'accroissement de la population. De ce fait, on estime de chaque médecin génère en coûts directs (son salaire) et en coûts indirects, (médicaments, soins infirmiers, utilisation de la technologie, examens et analyses de laboratoire etc.) une dépense de l'ordre de 250 000\$ par an.

La puissance des associations médicales traditionnelles et les modes de facturation des honoraires par la Régie d'Assurance Maladie du Québec rendent peu propices une décentralisation de la rémunération des médecins au niveau régional. Cependant, plusieurs mécanismes sont mis en

place pour adapter l'offre de services à la demande. Le Québec vise un contrôle accru des effectifs dans chaque région qui inclura les médecins pratiquant en cabinets privés. Enfin, des mécanismes de contribution des médecins de pratique privée dans les institutions publiques sont en expérimentation actuellement.

Au niveau de la main d'oeuvre non médicale syndiquée, on assiste à la fin des négociations centralisées entre syndicats provinciaux, ministère et associations d'établissements au profit de stratégies de redéploiement de main d'oeuvre de l'hôpital vers d'autres établissements (CLSC et centres d'hébergement) au niveau régional. L'enjeu central est le maintien des emplois et l'adaptation de la main d'oeuvre.

Réduire l'investissement dans le secteur institutionnel

L'autre source de préoccupation reste aussi la part consacrée aux centres hospitaliers qui, selon les standards canadiens et internationaux, reste trop élevée. Le Québec entend réduire progressivement le nombre de lits hospitaliers et la durée moyenne de séjour et les premiers effets de cette stratégie commence à se faire sentir dans les régions urbaines les mieux pourvues en lits de courte durée.

Améliorer la couverture des services de première ligne

Il est remarquable de constater que dans les régions les plus affectées par les coupures donc les régions les plus riches, les instances régionales ont, pour la première fois ces dernières années, réalloué des ressources du secteur institutionnel vers les CLSC et les organismes communautaires en gérant de fortes tensions populaires, syndicales et institutionnelles. Un tel précédent inaugure un mouvement qui, selon toute vraisemblance, ira en s'accroissant.

Viser un meilleur équilibre interrégional

La concentration des ressources institutionnelles et médicales dans les centres urbains et dans certaines régions au détriment des autres régions restent encore une réalité que ne peut résoudre la régionalisation. Le train de coupures en cours affecte en premier les régions riches mais ceci ne donne pas la marge de manoeuvre suffisante encore pour que les régions en déficit puissent développer les ressources qui font cruellement défaut. Le défi de l'équilibre interrégional reste entier actuellement. De plus, le mouvement de régionalisation donne une latitude importante dans les modes de gestion du secteur public. C'est ainsi que l'on observe, selon les régions régionales, des approches différentes qui peuvent conduire à long terme à une composition totalement nouvelle de l'organisation de services mais aussi hétérogène. Cela présage d'ajustements futurs pour le maintien d'une couverture uniforme de services à l'ensemble de la population québécoise.

EN CONCLUSION

A l'intérieur des normes de la Loi fédérale de la santé garantissant l'universalité et la gestion publique des équipements socio-sanitaires dans tout le pays, le système de santé québécois se caractérise par un niveau de développement enviable de ses services de santé et des services sociaux. La gestion intégrée de cette double composante est un atout certain pour maîtriser l'ensemble de ses dépenses publiques. La réforme de 1991 a permis de se doter de finalités plus claires, de favoriser des prises de décision plus proches des populations concernées et de conférer aux usagers et à la population un plus grand pouvoir sur le système socio-sanitaire que par le passé.

Le Québec a instauré un réseau de services par type d'établissements qui occupent des fonctions précises soit de première ligne ou de deuxième ligne. Toutefois, la rationalisation en cours et la contraction des dépenses risquent de rendre désuètes la typologie actuelle. Il faut espérer que ces mutations favoriseront une réelle expansion des services de base de première ligne tout en préservant leur originalité.

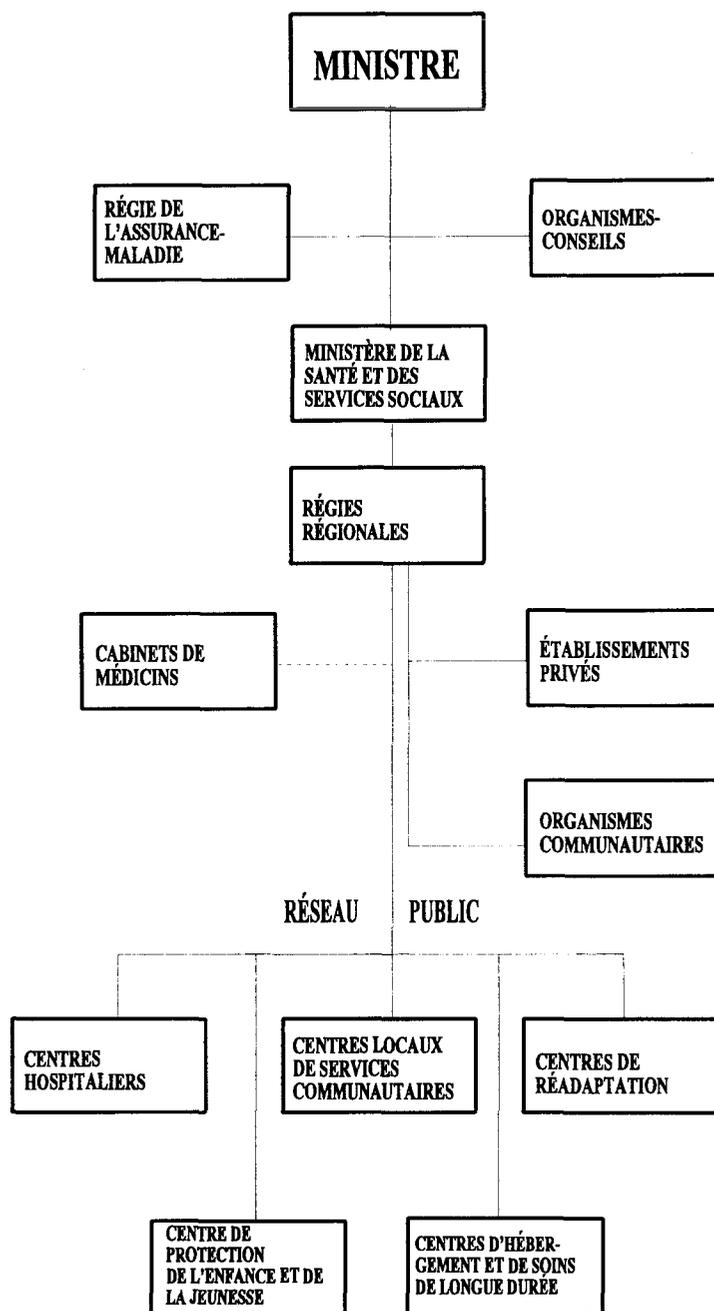
Il est permis de penser que la régionalisation sous sa forme actuelle sera source de questionnement pour le futur si celle-ci ne permet pas de réduire les disparités dans l'accès aux services ou d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être. Il est probable qu'à moyen terme, on observe un nouveau mouvement de décentralisation à l'échelle locale si la fusion des établissements locaux devient la norme.

La place grandissante des problématiques sociales, notamment les conditions socio-économiques amoindries d'une partie significative de la population laissent présager des nouvelles priorités gouvernementales, une approche intersectorielle accrue et des remises en question futures sur l'ensemble des programmes gouvernementaux.

Nous sommes donc en mutation comme dans la majorité des provinces canadiennes et autres pays.

Tableau 1

Le système de santé et des services sociaux



Source: Organigramme produit par Florent Gingras, Service des études opérationnelles et données statistiques, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 2

**Credits de la mission sociale et sanitaire
1994-1995
(en millions de \$ canadiens)**

Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)	715,5	5,63%
Organismes Bénévoles	94,8	0,73%
Centres Hospitaliers	6.100,6	47,20%
Centres de Protection de l'enfance et de la Jeunesse Jeunes en Difficulté Mères en Difficulté	572,8	4,43%
Centres de Réadaptation Déficiência Physique Déficiência Intellectuelle Alcoolisme-Toxicomanie	533,9	4,13%
Centre d'hébergement et de Soins de Longue Durée	1.338,9	11,30%
Recherche	59,7	0,46%
Direction et Coordination Régionale	631,8	4,89%
Office des Personnes Handicapées	43,6	0,33%
Régie de L'assurance-maladie (Médecins, Médicaments)	2.830,8	21,90%
GRAND TOTAL	12.922,7	100.00%

LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

Dans cette annexe, nous traiterons de façon plus détaillée du réseau des CLSC du Québec. Successivement, nous aborderons les dates marquantes de l'histoire des CLSC et leur mission actuelle. Par la suite, nous décrirons leurs caractéristiques, leur gamme de services, et les modes de participation de la communauté, les ressources dont ils disposent et enfin nous conclurons sur les défis actuels.

1. Historique et mission légale

La création des CLSC de même que leur évolution a été marquée de remises en question successives et une évolution de leur mission. Voici les dates importantes qui ont jalonné l'histoire des CLSC:

- 1971: Création des CLSC par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à la suite de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Castonguay-Nepveu). Le CLSC doit assurer à la communauté des services de prévention et d'action communautaire, des services de santé et des services sociaux courants et exercer un rôle de porte d'entrée du système de santé.
- 1985: Moratoire sur leur développement sauf si la création des nouveaux CLSC s'effectue par transfert de ressources des autres catégories d'établissements
- 1987: Sur demande du ministère de la Santé et des Services Sociaux, un rapport d'analyse sur les CLSC (Rapport Brunet) propose que le réseau des CLSC se recentre sur des activités essentielles et levée du moratoire.
- 1991: Adoption d'une nouvelle Loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux après un réexamen du système de santé (Commission Rochon) et redéfinition et confirmation et modification de la mission des CLSC.
- 1995: Coupures budgétaires et reconfiguration des services au niveau régional: possibilité de fusion entre les établissements locaux (CLSC, Centre hospitalier et d'hébergement).

Mission telle que définie par la Loi (art. 80, 1991)

« La mission d'un centre local de services communautaires est, de nature préventive et curative, de réadaptation ou de réinsertion.

A cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.»

2. Les caractéristiques du modèle CLSC et le modèle des soins de santé primaires tels que définis par l’OMS¹

Caractéristiques des CLSC	Caractéristiques des soins de santé primaires
Le territoire	principe de la participation de la collectivité
	relations suivies et continues avec tous les membres de la population desservie
	identification systématique des individus à haut risque
La porte d’entrée	premier point de contact avec le système national
	système d’orientation efficace
L’approche	équipe multidisciplinaire
	responsabilisation des personnes
	identification des individus à risque
	usage approprié de la technologie et de la médication
La polyvalence	assurer la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation

Conformément au modèle de soins primaires de l’Organisation mondiale de la santé, les CLSC se caractérisent par:

- l’identification à un territoire précis facilitant la compréhension des dynamiques locales et des transformations qui l’affectent, la participation de la population, la connaissance des services, la continuité des interventions et des actions préventives dans le temps et auprès des groupes particuliers;
- la notion de porte d’entrée implique que le CLSC exerce une fonction de filtre avant le recours à des services plus spécialisées et oriente les personnes selon les besoins de services;
- l’approche multidisciplinaire favorise une compréhension globale de la personne, de son environnement familial et communautaire et une offre de services complémentaire. Le

¹ Copié du *Cadre de référence: les CLSC la première ligne au Québec*, Document soumis à la consultation des CLSC, Fédération des CLSC, 1994.

professionnel est en appui à la personne dans sa volonté de changement et non le responsable de celui-ci. La mise en commun des connaissances, perceptions avec la communauté permet de cibler les actions auprès des individus ou sur les problèmes perçus comme les plus importants;

- La polyvalence, se traduit dans les axes d'intervention d'un CLSC: les services curatifs en relation avec l'ensemble du système de santé, l'ensemble des activités préventives associées à une démarche pro-active d'intervention et enfin le développement local, c'est à dire, l'action sur les déterminants de la santé en conjonction avec les organismes communautaires, les leaders d'opinion et l'ensemble des acteurs du milieu.

Nous spécifions ci-après, les principales composantes des services et programmes. Toutefois, il faut préciser que tous les CLSC n'offrent la même gamme de services, mais tendent à la compléter selon leurs moyens financiers.²

La Fédération des CLSC, qui représente l'ensemble des CLSC et centres de santé du Québec a exercé un rôle important dans l'harmonisation des pratiques et dans la précision des champs de services en CLSC. Nous référons le lecteur aux publications suivantes.³

3. Les modes de participation de la communauté dans les CLSC et les formes d'engagement des CLSC dans leur communauté

Processus de participation des usagers

Le Conseil d'administration du CLSC est l'instance décisionnelle en ce qui a trait aux orientations, aux priorités de l'établissement, à la bonne gestion des ressources et au choix et à l'évaluation de la direction générale.

Le Conseil d'administration se compose de 11 à 14 personnes dont 5 personnes élues par la population, 3 personnes élues par le personnel, de 2 personnes nommées auxquelles s'ajoutent selon le cas, un maximum de 2 personnes représentant les comités d'usagers et d'un représentant de la Fondation s'il en existe.

² J.A. Vaillant en collaboration avec M.D.Lemasson, *Les CLSC du Québec*, présentation lors du Congrès international sur les Centres communautaires de santé, Montréal, décembre 1995, p.22.

³ FCLSCQ, Document de réflexion, *Le soutien à domicile*, 1991; Document de réflexion, *Les services sociaux*, 1991; Document de réflexion, *L'action communautaire*, 1991; Document de réflexion, *L'accessibilité*, 1991; Document de réflexion, *Les services médicaux*, 1991; Document de réflexion, *Enfance, famille, jeunesse*, 1992; Document de réflexion, *Les services infirmiers en CLSC*, 1992; Document de réflexion, *La santé au travail*, 1992; Cadre de référence, *Les CLSC, la première ligne publique au Québec*, 1994; *La qualité des services dans les CLSC et les centres de santé*, réalisée par le Groupe SECOR, 1994. Collection transformation du réseau, *Le réseau des CLSC partie prenante de la transformation du réseau et du virage ambulatoire*, Vol.1 1995; *Le virage ambulatoire: Introduction*, Vol.2 1995; *Le virage ambulatoire et les services à domicile*, Vol.3, 1995.

Gamme de services en CLSC

<p>SERVICES COURANTS DE SANTÉ</p> <p>INFO-SANTÉ-CLSC</p> <p>PSYCHOSOCIAUX</p>	<p>A. Consultations médicales avec et sans rendez-vous (75% des CLSC)</p> <p>B. Consultations infirmières avec et sans rendez vous (100%)</p> <p>C. Prélèvements (sélectifs)</p> <p>D 16 régions sur 18 couvertes par info-santé</p> <p>E. Consultations psychosociales avec et sans rendez vous (100% des CLSC)</p>
<p>PÉRINATALITÉ ENFANCE-FAMILLE JEUNESSE</p>	<p>A. Informations et éducation sanitaire et sociale aux enfants, parents, écoles, milieux de garde</p> <p>B. Cours prénataux (surtout à femmes à risque)</p> <p>C. Suivi post-natal et vaccinations</p> <p>D. Dépistage pré-scolaire</p> <p>E. Education sanitaire en milieu scolaire (100% des écoles publiques)</p> <p>F. Suivi sanitaire et social des familles, enfants, jeunes en difficulté</p> <p>G. Clinique jeunesse (sexualité et pbs divers)</p> <p>H. Développement communautaire</p>
<p>SANTÉ MENTALE (EN DÉVELOPPEMENT)</p>	<p>A. Prévention, dépistage (dans activités tous programmes)</p> <p>B. Traitement court-terme problèmes transitoires (peu de CLSC)</p> <p>C. Réinsertion des ex-patients psychiatrique (peu de CLSC)</p> <p>D. Développement communautaire</p>
<p>SANTÉ AU TRAVAIL (70 CLSC désignés) Entente entre MSSS et Commission de la santé- sécurité au travail</p>	<p>A. Identification des risques à la santé</p> <p>B. Développement de programmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - information-formation - surveillance médicale - organisation des premiers secours - retraits préventifs - application des mesures de santé publique
<p>MAINTIEN A DOMICILE (100% DES CLSC)</p>	<p>A. Accueil-évaluation orientation</p> <p>B. Services infirmiers, médicaux (peu), d'aide, d'assistance, de répit aux familles, réadaptation, communautaires</p> <p>C. Guichet unique pour l'accès aux ressources d'hébergement public et de maintien à domicile</p>

Les représentants élus de la population du territoire sont majoritaires. Les membres de Conseil exercent un rôle politique des plus notable notamment dans les initiatives intersectorielles et au niveau de la régie régionale. Ils sont les garants de l'imputabilité locale du CLSC.

Plusieurs CLSC se sont dotés de comités d'usagers et de processus de consultation de la population dans la définition de priorités et des programmes. Toutefois, l'implication bénévole dans la dispensation des services au sein même du CLSC reste marginale mais le potentiel de mobilisation par le CLSC est omniprésent lors d'opération massive telle que la vaccination en série des enfants dans les cas d'épidémie ou lors de situation d'urgence collective tel un accident environnemental.

La philosophie de prise en charge de la population se réalise au jour le jour dans les façons de faire des professionnels. Ceux-ci développent dans toutes leurs activités une implication soutenue des personnes concernées par les mêmes problèmes ou réalités (groupes de soutien, groupes thérapeutiques, groupes d'entraide).

Ils favorisent l'émergence de solutions communautaires sous forme associative et se retirent progressivement lorsque les groupes sont en mesure d'être autonomes. Ceci donne lieu à un tissu de solidarité des plus permanent et des plus riche. (ex: cuisines collectives; programme de suppléments alimentaires pour les mamans enceintes; regroupement des parents et amis du malades mental, transport et logement adapté, soutien au mouvement des villes et villages en santé, etc.).

La collaboration avec d'autres organismes est le pain quotidien des CLSC. Cette collaboration est incontournable dans les principaux problèmes sociaux (décrochage scolaire, violence familiale et conjugale, appauvrissement, vieillissement des populations et intégration des nouveaux immigrants) qui concernent les populations locales et les formes de celles-ci sont diversifiées. Parmi les réussites qui ont fait école mentionnons, la réduction des bébés de petits poids grâce à un effort financier des entreprises privées et des individus pour les suppléments alimentaires (oeufs, lait, orange) par le biais d'une Fondation spéciale et l'action des professionnels dans les quartiers pauvres et défavorisés; l'action conjointe avec les corps policiers dans le suivi des femmes victimes de violence; le mouvement des villes et santé au Québec n'aurait jamais pu espérer une telle extension sans un soutien des CLSC au niveau local etc..

4. Les caractéristiques majeures de l'organisation des services, leur financement, leur gestion, et de leur niveau d'imputabilité

Les budgets

Le développement financier des CLSC, au cours de vingt dernières années, s'est réalisé majoritairement par la réallocation des budgets et de personnel en provenance des autres établissements publics. Le budget-type d'un CLSC peut varier entre 2 et 6 millions de \$ par an.

Des inégalités de financement entre CLSC demeurent. Ceci explique notamment l'hétérogénéité des services. Les CLSC de création récente (1982-1986) forment un groupe particulièrement désavantagé. Toutefois depuis cinq ans, le MSSS investit davantage dans les CLSC, notamment

par des budgets de développement pour le programme de maintien à domicile qui, a lui seul, représente en moyenne, 30 à 50% du budget du CLSC. La progression du budget est indiquée ci-après.

ÉVOLUTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES DES CLSC ET CENTRES DE SANTÉ			
Année	N. CLSC	Millions de Dollars	% \$MSSS
1971-72	1	0.2	
1981-82	101	160.8	
1991-92	158	652.7	5.0
1994-95	161	715.5	5.5
1995-96	161	732.4	5.7

Source: Gouvernement du Québec, MSSS.

Ressources humaines (équivalent temps plein, ETP et personnes)

Les effectifs professionnels sont très diversifiés et relativement équilibrés entre les domaines social et sanitaire. Au niveau provincial, on compte en 1993-94, 12 420,35 postes syndiqués (ETP) ou 17,956 personnes et 937,29 postes de cadres (ETP) ou 1 019 personnes soit au total 13 357,64 postes (ETP) ou 18 975 personnes.⁴

Les effectifs médicaux

En 1995⁵, 1 233 médecins ou l'équivalent de 833 postes à temps plein (ETP) travaillaient en CLSC. Presque 69,9% étaient salariés, 24,9% étaient payés à l'acte et 15,9% à vacation. (rappelons que ces modes de rémunération ne sont pas mutuellement exclusifs). Ceci correspond à environ 15,9% des effectifs totaux des médecins généralistes du Québec. Il est important de noter que le nombre de médecins oeuvrant en CLSC est en hausse constante depuis trois ans.

L'organisation de services

Les CLSC fonctionnent par équipes multidisciplinaires dans les différents programmes. Ces équipes de taille variable collaborent étroitement à la programmation des activités, se concertent

⁴ *Etat de situation des effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux en 1993-1994*, MSSS.

⁵ *Etat de situation sur la pratique médicale en CLSC*, Association des médecins de CLSC, 1995.

et analysent les résultats. Par ailleurs, au niveau des services courants, les modes de fonctionnement sont davantage unidisciplinaires.

Plusieurs mécanismes sont prévus pour assurer une recherche de la qualité des services cliniques. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (le CMDP est obligatoire si plus de 3 médecins oeuvrent au CLSC). Il a un pouvoir de recommandation au Conseil d'administration sur l'organisation des services médicaux et contrôle la qualité des actes. Par ailleurs, la loi prévoit deux autres Conseils consultatifs (un pour les infirmières, un autre pour le personnel clinique non infirmier) qui doivent veiller à la qualité des services professionnels.

La structure de direction du centre

Le Directeur général est responsable d'implanter les orientations du Conseil d'administration, de la bonne marche de l'établissement, d'instaurer des mécanismes internes qui assurent la qualité des services et la gestion des ressources humaines. Il est généralement assisté d'une équipe de (3 à 6) cadres qui gèrent des secteurs d'activités.

L'imputabilité

Le premier niveau d'imputabilité c'est le Conseil d'administration. Celui-ci en retour rend des comptes au niveau de la régie régionale et du Ministère. L'établissement doit fournir des bilans annuels sur ses activités et sa gestion financière.

La gamme de services peut être modifiée selon des décisions régionales: (exemple service info-santé, développement de services en santé mentale). A cet effet, les régies régionales développent des plans d'organisation de services selon les clientèles ou les grands programmes du Ministère. Généralement des instances consultatives permettent aux différents établissements et organismes impliqués de faire valoir leur opinion avant la décision finale de la régie.

La performance des CLSC est loin d'être facile à apprécier. Il n'existe pas de normes communes qui ont été développées à cet effet. Le Conseil d'agrément des CLSC est le premier organisme dont le mandat est d'agréer les CLSC sur une base volontaire si celui-ci respecte des standards de qualité dans l'ensemble de sa performance: respect des normes légales; accessibilité et gamme de services; gestion des ressources humaines; ancrage dans la communauté et, enfin, satisfaction de la clientèle.

Le ministre dispose de pouvoirs pour mettre les établissements publics dont les CLSC en tutelle ou sous observation, si des fraudes, malversations ou problèmes majeurs de fonctionnement interne se produisent.

5. Les défis

Comme nous l'avons développé en première partie, le système socio-sanitaire québécois entre dans une nouvelle phase de changement. Certains effets sont d'ores et déjà perceptibles.

Impact de la réduction de services hospitaliers

Une forte augmentation de la demande de services sur les CLSC est perceptible depuis que les hôpitaux réduisent la durée de séjour des malades. En théorie, cette réorientation de la demande devait s'accompagner de la réallocation de personnel ou de ressources financières dans le réseau de première ligne et en CLSC. Celle-ci s'amorce à peine. Nous ne pouvons dire si elle sera aussi effective qu'annoncée et suffisante pour maintenir l'offre de services préventive et sociale. Cela reste à démontrer.

Impact des choix régionaux d'organisation de services

Dans chaque région du Québec, les régies régionales décident des réallocations de fonds, de modes de coordination de services. L'on observe actuellement plusieurs tendances:

- l'intégration verticale de services (fusion des établissements donc la recherche des économies par la centralisation des opérations administratives et cliniques; les milieux ruraux de faible densité sont particulièrement ciblés);
- la reconnaissance des CLSC pour contrôler l'accès aux services de deuxième ligne sur le modèle du guichet unique de services pour les clientèles chroniques particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de problèmes de santé mentale;
- D'autres seraient prêts à expérimenter certains aspects des modèles britannique, américain, norvégien. Cela supposerait notamment qu'un système à capitation soit mis en place et que le réseau de première ligne (CLSC, médecins ou autres mandataires) achète des services du réseau de 2ème ligne dans le cadre d'un modèle de gestion cas individualisé normalisé (incluant des variables cliniques et financières).

Il est donc vraisemblable de penser que de nouveaux types d'organisation de services locaux sont en train de naître et que la mission initiale du CLSC à dimension exclusivement locale et communautaire pourra être, selon les modèles privilégiés, d'une ampleur variable. Sa fonction de contrôle de la deuxième ligne (ressources institutionnelles) peut également être plus ou moins exclusive. Enfin, un modèle de pluriétablissement même dit local, confère dans la conjoncture présente un poids structurel plus faible aux dimensions sociales, préventives et communautaires ainsi qu'à la place décisionnelle de la population.

La complémentarité entre les organismes communautaires et les cabinets médicaux privés

Dans le champ social, les organismes à but non lucratif ont développé des services significatifs pour des clientèles généralement mal desservies. Ces réseaux de services sont appelés à être renforcés et d'une certaine façon à devenir une alternative «reconnue» dans le dispositif de services publics et on peut penser que les CLSC devront repenser certains volets de leurs activités en conjonction avec les organismes communautaires.

La même situation peut aussi s'appliquer entre les services médicaux en CLSC et leurs homologues en cabinets privés. Il y a tout lieu de croire qu'une nouvelle conjonction de services

médicaux se fera jour et que celle-ci pourra conduire, selon les territoires, à nouveau partage de responsabilités dans la couverture médicale locale.

L'évaluation des pratiques

Bien que certaines études sectorielles permettent de mesurer certains effets des services rendus, les CLSC ne disposent pas à l'heure actuelle, de l'instrumentation adéquate, ni de l'expertise scientifique pour valider certains choix de pratique sur l'évolution des clientèles, la réduction de certains problèmes ni d'évaluer les coûts qui y sont associés. Cette lacune les rend fragile dans la conjoncture actuelle.

Conclusion

La création et le développement du modèle CLSC au Québec témoigne de la capacité d'innovation du système socio-sanitaire québécois. De marginal à ses tout débuts, ce réseau a pris une expansion notable au cours des 25 dernières années et fait partie du panorama populaire québécois au même titre que son mouvement coopératif. Les grandes forces du modèle sont sans nul doute la participation communautaire, sa capacité d'innovation, son modèle pluridisciplinaire, son enracinement local.

Cependant, la grande décentralisation, l'inégalité de financement, l'absence de certaines consignes claires de la part du Ministère ainsi que le manque d'informations objectives sur les réalisations demeurent des faiblesses.

Quoi qu'il en soit, le réseau des Centres locaux de services communautaires est à nouveau appelé à se transformer avec les priorités et les choix régionaux. L'heure est à l'expérimentation de nouvelles façons de faire ensemble, c'est à dire avec d'autres partenaires de coeur et de raison. L'efficience, l'efficacité, l'imputabilité deviendront des impératifs inéluctables.

Il est donc hasardeux de prédire comment de façon générale, le modèle initial se transformera ni dans quel sens. Il y a lieu d'espérer que le meilleur soit sauvegardé et si le passé est garant du futur, les espoirs sont permis.

LES SERVICES MÉDICAUX

En 1994-95, le corps médical québécois se compose à part sensiblement égale de 8 056 omnipraticiens et de 8 690 spécialistes. L'accès à la profession médicale est fortement sélectif. Cependant, après l'obtention du diplôme, l'admission à la Corporation professionnelle des médecins et l'enregistrement à Régie de l'Assurance maladie du Québec, chaque médecin praticien est assuré de revenus permanents. Ceux-ci peuvent être variables selon la spécialité, mais restent parmi les plus élevés des professions libérales. On estime que le salaire moyen d'un médecin représente l'équivalent de trois infirmières salariées.

Dans cette annexe, nous délivrons certaines informations permettant de comprendre les principaux éléments entourant la pratique médicale et son organisation. Seront abordés successivement, la formation médicale, le mode de paiement des médecins, les mesures incitatives à une meilleure répartition, le rôle du médecin généraliste dans le contrôle aux soins spécialisés, la place particulière des médecins en CLSC en regard des médecins en cabinet privé et des infirmières. Nous concluons finalement sur les enjeux observables au sein du corps médical.

1. La formation

Quatre écoles de médecine québécoises (Université Sherbrooke, Université Laval à Québec, Université de Montréal, et Université McGill) assurent la formation des nouveaux effectifs médicaux de la province. Chacune d'elle dispose d'un éventail complet de formation (médecin généraliste, en médecine familiale et préventive, dans les différentes spécialités). La formation en santé publique (niveau maîtrise) fait l'objet d'une formation distincte et elle est accessible aux non-médecins.

Le volume des admissions à l'entrée et dans chaque spécialité est contrôlé au niveau provincial selon les mécanismes établis conjointement par le MSSS, les facultés de médecine et les associations médicales.

Les facultés de médecine accréditent les milieux de pratique pour assurer la formation clinique. C'est ainsi qu'une quarantaine de CLSC sont associés à la formation des médecins de médecine familiale conjointement avec les hôpitaux. Les stages sont effectués durant les deux années de spécialisation en médecine familiale.

2. Le mode de paiement des médecins¹

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations médicales québécoises, l'Association des chirurgiens dentistes et autres spécialistes dentaires, des optométristes, des pharmaciens propriétaires et de la Fédération des médecins résidents. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice des

¹ *Rapport annuel 1994-95, Régie de l'assurance-maladie du Québec*

professionnels dans le cadre du régime de couverture publique des services, de même que les dispositions relatives à la rémunération des praticiens.

Trois modes principaux de rémunération sont en vigueur: la rémunération à l'acte, la vacation et le salariat.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométristes et pharmaceutiques. Chaque acte posé est associé à un prix déterminé.

La vacation est principalement réservée aux dentistes et aux médecins omnipraticiens dans les programmes de santé publique, ou dans des circonstances particulières. La vacation consiste en une période de trois heures, payée selon des tarifs négociés.

Le salariat ou appelé aussi honoraires fixes s'applique aux médecins omnipraticiens, spécialistes et dentistes occupant un poste à temps plein (35 heures par semaine) ou à temps partiel (17,5 heures par semaine) dans les établissements où ce type de rémunération est autorisée. Il s'agit principalement des CLSC, des médecins en santé publique et des départements de psychiatrie.

Rappelons que le mode de paiement le plus utilisé est la rémunération à l'acte sauf en CLSC où le salariat constitue la norme.

On observe dans le corps médical lui-même, des changements quant la perception des modes de rémunération notamment avec la diplomation des femmes qui constituent maintenant la moitié des nouvelles générations de la profession. En effet, conquis il y a 20 ans, le salariat à temps partiel ou à temps plein est perçu par le quart des médecins comme un mode de rémunération avantageux qui favorise une médecine plus globale et un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale. D'ailleurs on peut observer en corollaire chez les jeunes médecins de famille, une plus grande ouverture d'esprit à diversifier leurs lieux de pratique (centres d'hébergement, CLSC, hôpitaux et cabinets privés, domicile).

De plus en plus on observe un assouplissement des modes de rémunération pour favoriser l'équilibre entre certains types de besoins et l'ajustement des modes de rémunération. D'ailleurs, même en CLSC on observe cette diversification. La rémunération à l'acte est utilisée pour faciliter le recrutement des médecins qui assurent les périodes de services sans rendez-vous caractérisées par un fort achalandage de clients et de longues heures de présence.

3. Les mesures incitatives a une meilleure répartition médicale

Pour remédier au problème de l'insuffisance des médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, le MSSS, par règlement, désigne après consultation, les territoires ou les lieux d'exercice insuffisamment pourvus. Un système de rémunération différenciée a été introduit depuis plusieurs années. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type de pratique professionnelle.

C'est ainsi que la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'installent dans les territoires où il y a pénurie a été fixée respectivement à 115% et à 120% de la rémunération de base prévue dans les ententes.

Par contre, les nouveaux omnipraticiens ou spécialistes qui s'installent dans les régions bien pourvues reçoivent 70% de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice de leur profession.

De plus, le médecin omnipraticien ayant moins de 10 ans de pratique et qui exerce en cabinet privé doit, pour obtenir la rémunération prévue à son entente, participer aux activités médicales particulières offertes sur son territoire selon les besoins déterminés par la Régie régionale (notamment la Commission médicale); à défaut de participation, il est rémunéré à 70% de la rémunération pour ses activités en cabinet privé.

Les activités particulières dont il est question sont essentiellement la couverture d'un service de garde dans un territoire donné, la couverture des services d'urgence dans les hôpitaux, les services médicaux en CLSC, le suivi à domicile des personnes âgées, handicapées en conjonction avec l'équipe de maintien à domicile du CLSC, et le suivi des personnes hébergées dans les différents établissements publics.

Enfin, d'autres mesures incitatives font partie de ententes. Elles consistent au versement de primes d'éloignement ou d'isolement et de certains coûts associés à l'installation, la formation, bourses et autres.

L'ensemble de ces mesures semblent avoir eu un impact différencié. Certes le plafonnement de la rémunération demeure le moyen par excellence pour contrôler le budget global alloué aux services médicaux québécois. Cependant, la répartition régionale connaît moins de succès dans les villes et villages qui ne possèdent pas de centres hospitaliers et dans les CLSC ruraux et éloignés des centres urbains. En effet, les administrateurs se plaignent de la difficulté de retenir leurs jeunes recrues après les trois ans de "purgatoire" ou après l'expiration de leur bourse. Les médecins quant à eux, se voient dans la situation d'assurer de longues heures de travail en l'absence de relève. Les raisons familiales et culturelles sont souvent cause d'une expatriation. Cependant, les nouvelles règles du jeu rendent difficile le retour dans les villes universitaires compte tenu de la surabondance de ressources médicales. On assiste donc à des tensions intergénérationnelles au sein du corps médical qui ne feront que s'accroître dans la conjoncture présente.

4. Le rôle du médecin généraliste dans le contrôle aux soins spécialisés

Le médecin généraliste ou médecin de famille exerce une fonction de porte d'entrée pour accéder à un spécialiste. Dans la majorité des cas, l'accès au spécialiste se fait sur référence du généraliste. De plus, le médecin traitant doit exercer un rôle de coordination des soins médicaux si plusieurs médecins spécialistes sont requis dans la poursuite du traitement.

Certaines spécialités échappent à cette règle de base du système c'est particulièrement le cas des pédiatres qui continuent de suivre les nourrissons après l'accouchement de la mère à l'hôpital dans leur clinique privée.

Enfin, la prolifération des cliniques externes dans les hôpitaux a introduit une certaine rupture dans la continuité des soins après un séjour hospitalier entre l'équipe hospitalière et le médecin généraliste traitant. D'aucuns s'accordent à dire que certaines de ces cliniques sont davantage des cliniques de première ligne que niveau spécialisé. Enfin, la notion de médecin traitant n'a plus le même sens qu'autrefois. La libre consommation de la population est guidée par des considérations telles que l'ouverture de la clinique médicale ou de l'hôpital en situation d'urgence que le choix d'un médecin en particulier. Enfin, un certain nombre de personnes n'ont pas de médecin traitant. Pour l'ensemble de ces raisons, la notion de dossier médical individualisé et informatisé porté par le patient est en expérimentation dans une région (Rimouski). Tout récemment le Conseil médical du Québec s'est prononcé sur l'importance de donner plus de vigueur aux services médicaux de première ligne et proposait même l'enregistrement des clients auprès d'un même médecin de famille pour une période donnée afin de promouvoir la continuité d'intervention médicale. Enfin, la recherche d'une organisation des services médicaux de première ligne entre CLSC et cabinets privés, la plus accessible possible pour orienter la population en premier vers des services locaux est à l'ordre du jour. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (principal syndicat) est en train de réviser le mode traditionnel de rémunération des médecins pour donner plus d'incitatifs à une pratique médicale qui favorise le suivi des patients.

5. La place particulière des médecins en CLSC en regard des médecins en cabinet privé et la relation avec les infirmières

Depuis les débuts des CLSC, le modèle de pratique médicale s'est positionné comme une alternative au modèle de la médecine à l'acte et libérale conformément aux objectifs même du CLSC. Cette alternative repose sur les principes suivants:

- dans la relation patient-médecin, une approche globale des problèmes de santé de l'individu en relation avec sa famille et son environnement, éviter la consommation non nécessaire de médicaments et d'examen diagnostiques, miser sur le dépistage, la prévention, le suivi en consultation et à domicile; assurer une continuité de l'intervention lors d'épisodes aigus ou de maladies chroniques;
- le mode de paiement à salaire a permis d'introduire une médecine "lente" non liée à la productivité immédiate. Ce type de médecine est particulièrement adapté aux clientèles qui, pour différentes raisons, requièrent une attention individualisée et plus longue. C'est le cas des personnes à faibles revenus, des jeunes familles, des personnes âgées avec des maladies chroniques ou confinées à domicile, des personnes handicapées, des jeunes, des femmes qui sont victimes de violence, etc.
- les médecins de CLSC partagent leur temps entre les services sans rendez-vous appelé urgence mineure, les services de consultation sur rendez-vous pour leur propre clientèle, un support clinique et consultatif dans les programmes de prévention (cliniques de nourrisson, cliniques jeunesse, santé au travail, activités de promotion de la santé, information à la population etc.) et le suivi à domicile des personnes qui sont confinées à domicile ou qu'il est préférable de suivre dans leur domicile.
- de part leur nombre, les médecins sont minoritaires dans l'équipe d'un CLSC. Le soutien de cet environnement multidisciplinaire favorise la référence de la clientèle entre

professionnels notamment dans les situations à dominante sociale et l'adoption de stratégies d'intervention concertées dans les situations particulières. C'est particulièrement le cas dans le programme de maintien à domicile, le suivi des personnes ayant des problèmes chroniques de santé mentale et dans les situations de négligence familiale.

- une interaction étroite entre les équipes de santé du CLSC et les Directions régionales de santé publique (mandat des régies régionales) permet d'assurer également une étroite collaboration dans les programmes de protection de la santé publique et une surveillance épidémiologique locale.

Le CLSC a toujours été actuellement un terrain d'expérimentation de nouveaux rapports entre le corps médical et le corps infirmier. Depuis les débuts, un certain nombre d'actes ont été délégués des médecins aux infirmières. Mais cette pratique connaît une extension encore plus grande qui n'a pas d'équivalent dans les autres établissements traditionnels. Quatre CLSC sont des établissements pilote pour la pratique de sages-femmes et plus récemment, se dessine un rôle accru des infirmières lors des premiers contacts dans les cliniques d'urgence mineure où celles-ci en vertu de protocole convenu avec les médecins exerceront la première évaluation et procéderont si nécessaire au traitement. Elles référeront au médecin les situations complexes.

Bien que globalement, les services médicaux en CLSC représentent au Québec, une portion faible des services rendus, on observe une croissance notable des effectifs au cours des trois dernières années autour de 20%. L'augmentation de la fréquentation des services, de la satisfaction de la clientèle ainsi que le rôle croissant des CLSC dans la formation médicale ont légitimé vingt ans plus tard, les choix initiaux.

En conclusion, les défis de la pratique médicale au Québec se profilent ainsi:

- l'accroissement du contrôle régional des effectifs médicaux en vue d'une meilleure répartition intra et interrégionale
- la diversification des milieux de pratique
- le renforcement du rôle du médecin généraliste traitant
- l'assouplissement des modes de rémunération pour favoriser l'adaptation des services à certains types de pratique
- l'ouverture à une prise en charge multidisciplinaire des clientèles requérant des services polyvalents à long terme

LACRO Discussion Series

1. *Potential for Partnership*, Tim Draimin - July, 1994.
2. *LACRO Survey: The Role of Regional Office*; R. Bazzani, C. Seré and A.D. Tillett - October, 1994.
3. *A New Research Dialogue: Canadian and Latin American Research Communities*; Eva Egron-Polak, Jean-Pierre Lemasson, Gregg Macdonald - November, 1994
4. *Environmental and Natural Resource Management Priorities for Latin America and the Caribbean*; A.D. Tillett, Carlos Seré - June 21 - 23, 1995
5. *Private Initiative, Public Purpose: New Linkages Between Canada and Latin America*; Edward T. Jackson - March 1996