

Fiche 6.2 : Loi sur la santé et les services sociaux et ses modifications législatives de 1970 à 2022

Cette fiche s'intéresse à l'évolution de la **loi sur la santé et des services sociaux**, et éclaire sur les transformations majeures au fil du temps. Notamment à ses débuts la loi a fait l'objet d'un suivi très systématique et élaboré. Adoptée à une période de relative prospérité, elle s'est confrontée rapidement à une expansion importante du RSSS puis à des crises budgétaires, qui ont obligé à des révisions en profondeur pour que le système puisse perdurer. Elle a fait l'objet de très nombreux examens entre les modifications législatives; nous avons résumé succinctement certains des rapports survenus au cours du temps et ayant entraîné certaines modifications législatives. Nous avons fait le choix de quelques rapports seulement, les plus marquants.

En noir : la loi sur la santé et les services sociaux et ses modifications

En brun : les diverses commissions et rapports au sujet de la loi.

L'intérêt de cette fiche ne réside pas tant dans l'évolution historique de la LSSS, que dans les débats qui l'accompagnent dans lesquels les OC reconnaîtront facilement les enjeux qui sont au cœur même de la question qu'ils cherchent à résoudre.

Date	n. du PL	n.loi	Nom de la loi	Modification
1961			Assurance hospitalisation	La loi assure le financement des soins hospitaliers de courte durée et de services diagnostiques de laboratoire et de radiologie.
1967-1972			Commission Castonguay-Nepveu	Propose un régime universel d'assurance maladie, qui donne naissance au RSSS, avec un financement public. Ainsi, l'État se substitue aux communautés religieuses et autres organisations d'entraide.

1970		Adoption de la loi sur la santé et les services sociaux Création de l'assurance maladie	Début de l' État providence où l'État joue un rôle central. Gratuité des soins pour toute la population Les soins de santé seront publics. Accessibilité universelle et financement public sur la base des revenus d'imposition. Création du ministère des Affaires sociales, des DSC, hôpitaux, CLSC, CRSSS. Les CSS (structure préexistante à la loi) sont incorporés dans les CLSC.
Entre 1976 et 1988		Plusieurs événements (congrès des fédérations d'établissements) et rapports portant sur le rôle des CLSC, l'approche communautaire et les organismes communautaires. Rapports Brunet et Harnois, etc.	Suivi plus spécifique des CLSC , créature nouvelle, issue de communautés, qui occupe une position stratégique dans la planification gouvernementale en lien avec la communauté. Analyse du rôle des CLSC. Après avoir imaginé que les CLSC prendraient en charge les problèmes des communautés, on se rallie au fait que les CLSC ne doivent pas se substituer à la solidarité sociale en place : famille, organismes communautaires et communauté. Face au risque de déresponsabilisation des individus, on cherche plutôt à soutenir l'entraide existante. Professionnalisation des interventions sociales qui impose son expertise et nuit parfois à la participation sociale des citoyens. On se rallie à l'idée que le rôle des CLSC est plutôt d'équiper et supporter les réseaux informels et formels. Reconnaissance du rôle important joué par les OC. On doit leur donner une voix dans les orientations des services et des ressources pour les services qu'ils donnent.
1985-1988		Commission Rochon	Intense développement du RSSS qui a permis l'accès aux soins pour tous. Mais, système de SSS très centralisé qui a du mal à se structurer et à s'adapter tout en devant assurer le quotidien avec 900 établissements. Lourde bureaucratisation et centralisation des activités autour du MSSS. Coût exorbitant et en progression, manque de ressources, particulièrement pour les services sociaux, démotivation du personnel qui ne peut offrir des soins de qualité.

				<p>Il y a une reconnaissance des OC pour leur rôle d'entraide et aussi parce qu'ils représentent une porte de sortie au sous-financement des services sociaux, dans un rapport non marchand (contrairement au privé). Début des programmes dans les services sociaux en reconnaissant le socialement requis (en rapport avec droits humains) : violence, déviance et mésadaptation, intégration sociale. L'administration des programmes sociaux incombe aux CLSC et se traduit par un mieux-être pour les populations, mais aussi une bureaucratisation envahissante et une professionnalisation au détriment du soutien des communautés.</p> <p>Il y a des divergences sur les choix faits par la Commission, entre autres sur le fait de ne pas ouvrir le financement au privé (question d'équité + déjà le RSSS ne contribue qu'à 80% des frais de santé) et de limiter le financement public. Les solutions retenues sont vers : la performance et l'efficacité des services, une meilleure coordination, la démocratisation et la gestion participative, la décentralisation, le recours aux OC. Elle retient aussi de prioriser les services sociaux.</p> <p>En résumé, propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le maintien de l'universalité et la gratuité • La régionalisation des ressources et des centres de décision • La création des régions régionales, avec la participation des citoyens aux décisions.
1991	PL120	42	Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives	<p>L'État reste responsable du développement et du financement du RSSS, qui restera public.</p> <p>Mais l'État ne sera pas le responsable exclusif. Tous sont appelés à faire converger leurs efforts : État, autres services publics, individus, familles, communautés, bénévoles et privé.</p> <p>Adoption de modifications à la LSSSS : Régionalisation et création des régions régionales. Mécanismes de représentation démocratiques (les citoyens sont associés aux orientations et à l'évaluation des services);</p> <p>Reconnaissance des OC dans la loi, pour leur rôle d'entraide (dispensateur potentiel de service), et comme agent de changement social.</p>

				Reconnaissance d'un statut légal aux ressources intermédiaires. Article 301 définit l'encadrement légal.
1997			Loi sur l'assurance-médicaments	Mise en place du régime d'assurance médicaments. Régime mixte, public privé, garantissant à l'ensemble des citoyens un accès équitable aux médicaments requis par leur état de santé.
1998	PL404	39	Loi modifiant la LSSSS, modifiant diverses dispositions législatives	Abolition des assemblées régionales de la Régie régionale. Les CA des régies régionales prennent leurs décisions sans consultation des assemblées régionales. Le mandat des CLSC est modifié : ils ne sont plus responsables de la dispensation des services, mais de la coordination de ceux-ci
1999			Rapport d'évaluation de l'impact de régime général d'assurance médicaments	Pour mémoire, la loi sur l'assurance-médicaments a été adoptée deux ans plus tôt, mais ne fait pas partie de la LSSSS. Ce rapport veut étudier l'impact de ce pan d'assurance qui joue un rôle majeur dans les soins aux citoyens et dans les coûts du système de santé. <i>Nous ne donnerons pas de détails supplémentaires vu qu'il ne s'agit pas d'une modification de la LSSSS.</i>
1999			Groupe Arpin : Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec.	Groupe de travail ayant le mandat de faire le point sur la question de la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec . À la demande du ministre, son rôle ne consistait aucunement à remettre en question les principes fondamentaux du système de santé. « Le système de santé québécois est et demeurera public »; néanmoins, le ministre était préoccupé par certaines tendances et par la confusion qu'elles semblaient soulever dans la population. Dans son chapitre 1, le rapport fait un portrait des services de santé sous l'angle public/privé (30% des services de santé ou sociaux sont de nature privée, c'est-à-dire payés par des particuliers ou des assurances). Selon le rapport, l'examen des différentes catégories de dépenses ne permet pas de conclure à l'existence d'une substitution des dépenses publiques de

				<p>santé par des dépenses privées influant sur les principes fondamentaux du régime public de santé du Québec.</p> <p>En outre, le coût des soins de santé privés, les interdictions légales, et l'attachement de la population au service public, et gratuit constituent des désincitatifs puissants à l'extension du privé.</p> <p>Le chapitre 2 fait une analyse des rapports publics/privés sous l'angle du financement, et de la production, en retenant les 3 principaux acteurs : public, privé sans but lucratif, privé à but lucratif; avec le constat qu'il y a déjà une grande imbrication des rapports. Et de conclure que dans la mesure où le financement, l'administration et la responsabilité demeurent publics, les décisions ne pourraient aucunement être associées à une privatisation du système. De l'avis du groupe de travail, les rapports entre le public et le privé dans la santé et les services sociaux doivent être reconsidérés sous l'angle de l'adaptation globale des systèmes à la « nouvelle donne » de la santé et des services sociaux, en raison des grands changements survenus à l'extérieur et à l'intérieur du système (une partie étant reliée aux technologies et aux communications). Comme dans la plupart des pays occidentaux, et parce qu'on ne pourra pas tout régler par une plus grande efficacité, il y a une nécessaire contribution du privé en ce qui concerne la production des soins de santé. A cette date, le secteur privé à but lucratif dans son volet production concerne essentiellement les médecins, la pharmacie, les laboratoires, les outils technologiques, les services périphériques (administration et services de soutien), l'hébergement des personnes âgées et les services à domicile.</p> <p>Le dernier chapitre analyse diverses propositions de collaboration public/privé avec ou sans but lucratif. Et conclut : <i>non à une privatisation du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population</i>. Les efforts doivent être consacrés en priorité à améliorer le système public actuel. En lien avec les OC, soutenir les efforts de prise en charge du</p>
--	--	--	--	---

				<p>milieu et d'aide à l'autonomie individuelle en assurant un soutien adéquat et une coordination des services des organismes communautaires avec ceux du réseau public, et en créant des conditions favorables à la création de solutions innovatrices du milieu. En favorisant le développement d'un réseau sans but lucratif de services d'aide à domicile de qualité et la diffusion de formules coopératives de santé et d'hébergement originales, le système public contribuerait aux efforts des communautés visant à répondre, par des solutions de solidarité, à des besoins propres à ces communautés et qui ne peuvent trouver de réponses satisfaisantes sur le marché. Le rapport nomme les services à domicile comme un service pouvant être satisfait par l'économie sociale.</p> <p>Le réseau public pourrait également, à certaines conditions, resserrer ou établir des liens de partenariat public-privé lorsque de tels liens permettraient d'améliorer l'accès aux services publics à moindre coût. Notamment privilégier l'achat de places en centre d'accueil privé permettrait de répondre à des besoins permanents ou temporaires d'hébergement avec souplesse et économie.</p> <p>Des possibilités de partenariat entre le public et le privé, limitées pour la santé, plus importantes pour le social. Le secteur social le plus visé est celui des services aux aînés en grande demande: l'hébergement et les services à domicile.</p>
2000-2001			Commission Clair	<p>Mandat : l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux avec pour finalité, d'assurer la pérennité et l'adaptation continue du système aux réalités contemporaines.</p> <p>L'organisation du RSSS datant des années 70 a un sérieux besoin d'adaptation reliée notamment à l'évolution de la médecine (médicaments et technologie, etc.). Les soins se donnent autant en externe qu'à l'interne des hôpitaux et les citoyens vivent davantage dans la communauté, ce qui exige une organisation du RSSS adaptée à un environnement plus large avec une responsabilité des individus face à leur santé, une participation</p>

				<p>de toute la communauté. et un travail d'équipe d'un ensemble de professionnels.</p> <p>La commission émet 36 recommandations et 59 propositions concernant aussi bien l'organisation du RSSS, que sa gouverne et son financement.</p> <p>Quelques-unes des recommandations phares :</p> <p>Que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être.</p> <p>Que l'organisation d'un réseau de 1re ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux; -</p> <p>Que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ; que le volet social de ce réseau de 1re ligne relève des CLSC ; - Que le MSSS précise le mandat du CLSC en vue d'offrir un ensemble minimal commun de services de base partout au Québec; - Que le CLSC ait la responsabilité d'offrir des services psychosociaux de base à la population de son territoire. Que le CLSC soit responsable de favoriser et d'assurer l'accès à des services psychosociaux ciblés pour les groupes et les personnes vulnérables ou en difficulté de son territoire (à noter que les personnes en situation de handicap ne sont pas considérées explicitement parmi les personnes vulnérables); que le CLSC soit responsable de gérer la continuité des services rendus aux clientèles vulnérables et aux personnes en difficulté de son territoire. Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population. (Responsabilité populationnelle)</p> <p>Que le volet médical de ce réseau de 1re ligne soit assumé par des Groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes; des précisions pour l'offre de services pour les jeunes et les familles et des clientèles</p>
--	--	--	--	---

				<p>spécifiques :personnes âgées (accroissement des services à domicile et hébergement), les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les personnes ayant des maladies complexes, souvent chroniques.</p> <p>La commission instaure le principe de la hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois : des services spécialisés médicaux et hospitaliers de 2e et 3e lignes, des corridors de services, l'affiliation de cliniques de médecins spécialistes à des centres hospitaliers; - la clarification de la mission universitaire et la réorganisation des urgences;</p> <p>De nombreuses propositions visent l'efficacité du système et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs :</p> <p>Que les médecins et les infirmières participent plus activement à l'organisation de la prestation des soins et à leur gestion; que chaque établissement se donne un projet d'organisation de type projet d'entreprise qui associera les cadres, les professionnels et les autres employés à l'amélioration des services à la clientèle. On met en avant le rôle stratégique des directeurs généraux dans la gestion de leur établissement, dans l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux en matière d'organisation des services, de mobilisation du personnel et de performance financière. Renforcer la marge de manœuvre et l'imputabilité des directeurs généraux; implanter des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés.</p> <p>Le système doit être vu comme favorisant l'interdisciplinarité. Importance au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité</p>
--	--	--	--	--

			<p>Le financement public : la performance au service de la solidarité.</p> <p>Vulnérabilité du financement fiscal : - Que le gouvernement établisse des limites-repères du niveau des dépenses publiques maximal acceptable; - Qu'il fournisse au réseau un cadre budgétaire triennal ; pour élargir la couverture des services assurés, que soit exploré le recours à divers modes d'assurance collective, et le recours à un régime de caisse capitalisé. Que le ministère et le Conseil du trésor révisent les modes d'allocation des ressources en conformité avec les objectifs poursuivis en termes d'organisation des services, d'incitations à la productivité et des résultats recherchés ; - Qu'ils adaptent les modes de rémunération et de paiement des acteurs selon une approche similaire; évaluer et réviser constamment le panier de services assurés, les nouvelles technologies médicales et les nouveaux médicaments; avoir un plan de monitoring spécifique de chacun des principaux facteurs de croissance de la dépense de santé et de services sociaux; déployer un programme d'action prioritaire visant l'efficacité et l'efficience dans la gestion globale du réseau. Implanter la carte à puce et le dossier clinique informatique partageable ; réviser les modes de budgétisation ; instaurer des conseils d'administration unifiés</p> <p>Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur ; notamment pour les secteurs en développement pour lesquels les besoins d'investissement sont considérables et/ou l'offre de services doit s'adapter rapidement à l'évolution : Les technologies de l'information ; l'optimisation de l'utilisation des médicaments ; la recherche et le développement ; les services de longue durée; les services à la personne et la communauté par le tiers secteur. La création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, sur une base de capitalisation, orientée vers le support</p>
--	--	--	--

			<p>à domicile tout en couvrant également divers types de services d'hébergement.</p> <p>Concernant la gouverne : Que le MSSS confirme la nécessité de régies régionales responsables et imputables envers lui, - Que les régies disposent d'une large marge de manœuvre et d'autonomie pour actualiser les orientations ministérielles de santé et de services sociaux, organiser les services dans la région et allouer les ressources. Constituer un Forum de citoyens pour le conseiller sur les enjeux de santé et de bien-être de la région. Adoption des principes directeurs de gouverne proposés par la Commission : responsabilité populationnelle, territorialité, imputabilité, primauté aux résultats, subsidiarité, importance de la gestion et participation des citoyens.</p> <p>Que les établissements de 1re ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, le ou les CLSC, le ou les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local. Que les établissements et les régies régionales reconnaissent la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives. Que les conseils d'administration des établissements adoptent des moyens efficaces et diversifiés de consultation et d'information de la population. Que les CA des établissements comportent des membres élus.</p> <p><i>On retrouve la majorité des recommandations du rapport incorporées à l'intérieur des trois modifications à la loi qui ont suivi. La création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie tentée en 2013 n'a pas vu le jour malgré les tentatives du gouvernement en place et n'a pas été retenue par la suite.</i></p>
--	--	--	--

2001			Groupe Monmarquette	Assurance médicaments (ce rapport n'est pas résumé puisqu'il concerne la loi sur l'assurance-médicaments), mais on sait à quel point la question des médicaments pèse sur le financement du système de santé et des services sociaux; l'explosion des couts de médicament se confirme.
2001	PL28	24	Loi modifiant la gouverne dans le RSSS	<p>Nouveau cadre d'une gestion axée sur les résultats, selon une perspective de renforcement de l'imputabilité des différents paliers de responsabilité</p> <p>4 grands pôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouverne régionale, non seulement la loi maintient l'ensemble des responsabilités déjà imparties aux régies régionales, mais elle y ajoute certains pouvoirs de surveillance et d'intervention auprès des établissements + l'obligation de produire, pour le ministre, un plan stratégique triennal d'organisation des services. • Gouverne des établissements, la loi modifie la composition de tous les conseils d'administration, notamment en accroissant la présence de membres issus de la communauté, + impose le regroupement des conseils d'administration des établissements locaux. • Conclusion d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité entre Régie et MSSS et entre Régie et établissements (avec indicateurs de reddition de comptes) • Gouverne en santé publique : nomination d'un directeur national de santé publique qui devra assurer la coordination nationale et interrégionale des activités du programme de santé publique. • Création du forum de la population : consultation de la population sur la satisfaction envers les services offerts, sur les besoins en matière d'organisation des services et sur les enjeux du domaine sociosanitaire, et ce, en fonction de la dynamique de chaque région

2003	PL25	12	Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux	Remplacement des régies régionales par des agences de développement des réseaux locaux de santé et services sociaux , dont le mandat est de mettre en place une nouvelle organisation du RSSS. Il est proposé de fusionner les établissements du réseau : CLSC, CHSLD et hôpitaux non universitaires, pour devenir des CSSS (centres de santé et des services sociaux)
2003	PL30	25	Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	Afin de réduire le nombre d'unités d'accréditation syndicale et de décentraliser au niveau local les négociations de certaines dispositions des conventions collectives. Le but poursuivi était de permettre une organisation plus efficace du travail et de répondre plus directement aux besoins particuliers des établissements.
2005			Rapport J. Ménard : Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec.	Ce rapport n'est pas résumé
2005	PL83	32	Loi modifiant la loi sur la santé et les services sociaux et d'autres	Vise l'efficacité et la rationalisation du RSSS, ainsi que l'intégration des services. Fusion d'établissements : Création de 95 CSSS, issus de la fusion des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux, regroupement de toute la première ligne).

		dispositions législatives	<p>Redéfinition de l'organisation des services, de la définition des établissements, des responsabilités, des mandats. Consacre la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle; Création des réseaux locaux de services (RLS) et des projets cliniques, donc appel à la complémentarité de partenaires, d'autres établissements, du communautaire ou extérieurs au RSSS. Les centres de réadaptation, donc les CRDI-TED restent spécialisés et en dehors des mandats des CSSS, ainsi que les hôpitaux universitaires et quelques hôpitaux ultra-spécialisés. ; mais des services des CRDI sont considérés de 1^{re} ligne et transférés des CRDI vers les CLSC; transferts de services dans la communauté.</p> <p><i>Les dispositions générales concernant les OC ne changent pas. (Autonomie et conclusions d'ententes)</i></p> <p><i>La mise en route des transformations se fait attendre en ce qui concerne la DI et les TSA, d'autant plus que la majorité des financements sont concentrés dans les CRDITED. Les CSSS tardent à mettre en place les dispositions prévues dans la loi faute de financement. Tout reste au point mort (du moins à Montréal) jusqu'en 2010 avec l'application du plan d'accès. Graduellement, les CRDITSA se délesteront de services et de personnes alors que les CSSS ne sont pas encore en mesure de s'en occuper.</i></p>
2006	PL 33	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives	<p>Objectif : améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés.</p> <p>Instauration, dans un centre hospitalier, d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.</p> <p>Le ministre pourra émettre des directives afin de mettre en place des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre accessible dans un délai raisonnable un service médical spécialisé dont il estime le temps d'attente déraisonnable (service alternatif).</p>

			<p>Création d'un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi. La loi prévoit un encadrement de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans un centre médical spécialisé.</p> <p>Un centre médical spécialisé ne peut être exploité que suivant l'une ou l'autre des formes suivantes : 1° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ; 2° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de cette dernière loi.</p> <p>Possibilité, sous certaines conditions, pour un établissement qui exploite un centre hospitalier de s'associer à une clinique médicale afin d'y faire dispenser des services médicaux spécialisés à ses usagers.</p> <p>Possibilité pour une personne de conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi. Le contrat d'assurance devra couvrir le coût de l'ensemble des services liés à ces chirurgies ou traitements, lesquels devront être effectués dans un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants au régime d'assurance maladie. Maintien de l'interdiction de conclure un contrat d'assurance comportant une garantie de paiement à l'égard du coût d'un service hospitalier assuré.</p> <p><i>Ces dispositions ont été prises pour accélérer les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes. Elles constituent une introduction de cliniques privées dans le champ normalement réservé aux hôpitaux, sans frais pour les patients sauf dans les cas de cliniques exploitées par des médecins non participants à l'assurance maladie.</i></p>
2007-2008		Rapport Castonguay;	<p><i>Nous ne résumerons pas l'entièreté du rapport qui comporte une dissidence et n'a pas reçu l'adhésion suffisante du gouvernement pour que ses recommandations</i></p>

		<p>groupe de travail sur le financement du système de santé : en avoir pour son argent</p>	<p><i>principales soient mises en place, notamment l'augmentation de la charge fiscale des contribuables.</i> Le mandat était de formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé.</p> <p>Afin d'assurer la pérennité du système, les membres du groupe de travail proposent de constituer un nouveau « contrat social » reposant sur les valeurs d'universalité, solidarité, équité, efficacité, responsabilité, liberté. Selon eux, le statu quo n'est plus viable puisque la croissance des dépenses publiques en santé, qui accaparent 45 % du budget du Québec, augmente plus rapidement que la richesse collective.</p> <p>Ils en appellent premièrement à une utilisation optimale des ressources déjà présentes.</p> <p>Ils font plusieurs propositions à l'égard du secteur privé. Ces propositions concernent l'organisation des soins de première ligne, les cliniques spécialisées, la pratique médicale, l'assurance des personnes, l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie et les services d'aide à domicile. Le rapport propose la mixité de pratique entre le public et le privé pour les médecins, une plus grande ouverture de l'assurance privée, et l'idée de confier l'administration des hôpitaux à des sociétés privées spécialisées de gestion.</p> <p>Le rapport propose de nombreuses mesures visant plus d'efficience du système.</p> <p>Au niveau du financement, ils proposent la mise sur pied d'un Fonds de stabilisation dont l'objectif à court terme est d'ajuster les dépenses publiques de santé à la croissance de la richesse collective et par la suite de servir de mécanisme d'ajustement face aux risques futurs, et qui serait alimenté par des mesures fiscales -augmentation de la Taxe de vente du Québec (TVQ)- et, par une source liée à l'utilisation des soins -une franchise modulée en fonction des revenus et de l'utilisation des soins médicaux.</p>
--	--	--	--

2015	PL10	1	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du RSSS, notamment par l'abolition des agences régionales.	<p>La loi vise une encore plus grande efficience du système, consacre l'hôpital comme élément clé (hospitalocentrisme) et abolit toute participation des citoyens et des grandes organisations reliées à la santé et aux services sociaux. Elle concentre tous les pouvoirs au niveau du ministre.</p> <p>Fusion de la quasi-totalité des établissements de la SSS, en 22 CISSS ou CIUSSS, mégastructures qui gèrent conjointement tous les services des CSSS, des CR et autres hôpitaux non encore incorporés antérieurement aux CSSS. Au total, 34 établissements. Chaque région est organisée autour d'un seul CISSS, sauf Montréal (5 CIUSSS) et la Montérégie (3), Gaspésie -les îles de la Madeleine (2).</p> <p>Suppression des Agences de la santé et des services sociaux, et concentration du pouvoir au niveau du Ministre.</p> <p>Fin de l'engagement citoyen au sein des conseils d'administration des établissements, des mécanismes de consultation. Abolition de tous les contre-pouvoirs; commission santé bien-être, associations d'établissements; modification des comités d'usagers.</p> <p>Importantes compressions en santé publique, du rôle de prévention et du travail sur les déterminants de la santé.</p> <p>Centralisation et bureaucratie poussée au maximum.</p> <p>Pour la DI et les TSA, cela signifie incorporation des CRDITSA au système, dilution des seuls services ayant assuré la majorité des services aux Personnes avec DI ou TSA.</p> <p><i>Cette transformation, couplée à de fortes compressions budgétaires crée des ravages pour tous les services auprès des personnes vulnérables et contribue au désinvestissement du personnel.</i></p> <p><i>Elle s'intéresse essentiellement aux services de santé curatifs et entraîne une désaffectation pour le volet services sociaux et celui de la prévention/promotion de la santé.</i></p>
------	------	---	---	---

La question qui préoccupe les OC du CRADI est un des multiples aspects du vaste questionnement que pose l'évolution du système de santé et de services sociaux au Québec. Cela ne concerne pas que le Québec puisque la totalité des pays occidentaux industrialisés qui ont adopté une politique de santé et érigé un système de santé et de services sociaux à cette fin sont confrontés aux mêmes réalités, la première étant l'explosion des coûts de la santé à tel point que le système mis en place risque l'éclatement à tout moment.

D'un pays à l'autre, on a voulu **simultanément assurer** : – **l'équité d'accès aux soins**, – **l'amélioration de la santé**, – **la prévention des maladies**, – **la mise en place d'un financement viable et équitable des prestations de santé et de dépendance**, – **la maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques**. La plupart des pays ont adopté une **même vision de la santé** (celle de l'OMS), celle-ci n'étant plus considérée uniquement comme l'absence de maladie, mais comme un bien-être général soit « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Tous ces pays disent vouloir **miser sur la prévention et le travail sur les déterminants sociaux**. Mais tous sont confrontés à l'accroissement galopant des coûts de santé, essentiellement de nature curative, reliés à l'extraordinaire développement technologique et médical qui, chaque jour, repousse les limites de la vie. Un deuxième défi touche le **vieillesse des populations** qui se traduit en besoin de soutien à domicile et d'hébergement. Le Québec est un des pays les plus confrontés à cette problématique.

Outre le défi de la **maitrise des couts**, les questions qui reviennent le plus sont :

- La **dépendance des citoyens** face à un système dont on voudrait qu'il réponde à tout, la disparition des aides et soutiens que les individus, familles et communautés ont toujours développés, et leur capacité de résilience,
- La croissance des soins de santé au **détriment de la prévention, du travail sur les déterminants sociaux, et des services sociaux**,
- **Les dangers de politisation** où s'opposent le droit individuel et l'intérêt collectif et où le rationnement va favoriser le développement de groupes d'intérêt.
- **La disproportion des ressources dédiées à la santé** : « un accès universel aux services médicaux et hospitaliers ne suffit pas pour réaliser l'équité devant la maladie. Le système de santé n'est pas équitable, si la part qu'il occupe

dans les dépenses publiques compromet la capacité de l'État d'offrir à tous l'accès à l'éducation, de combattre la pauvreté ou de protéger l'environnement. Une société qui fabrique des malades ne se rachète pas toujours en offrant des soins gratuits » (rapport Castonguay 2008).

Face à cela les dispositions les plus courantes sont :

- En premier lieu, l'amélioration de la **performance du système** (tous les pays y mettent beaucoup d'espoir, mais on commence à en voir les limites)
- Garder la **croissance des coûts sous contrôle!**
- Un **processus permanent** d'ajustement et de réformes (le pire étant de vouloir poursuivre comme aux prémices de ces systèmes)
- Des activités de **prévention** soutenues (l'investissement à long terme le plus efficace pour réduire la croissance des coûts),
- Une **première ligne forte et efficace**, des services décentralisés, bien coordonnés et efficaces; déployés sur le territoire et situés à proximité des milieux de vie; (la population est en meilleure santé, elle est satisfaite des services reçus, et l'ensemble du système de soins coûte moins cher.); avec des **services spécialisés regroupés**, afin de créer des pôles d'excellence;
- **Une hiérarchisation fonctionnelle** de l'organisation des services, c'est-à-dire la mise en place de continuums en vue de répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une grande partie de la clientèle. Ces continuums reposent sur un ensemble de mécanismes qui permettent, à la fois, de diriger l'utilisateur vers le ou les services requis au bon moment et aussi de bien gérer l'éventail des services offerts à chaque usager.
- Le **développement d'un éventail de plus en plus large de services « légers »** (soutien à domicile, services dans le milieu de vie, ressources transitoires, etc.) à la place de services en établissement. Quand les conditions cliniques le permettent, afin de favoriser l'utilisation de la ressource la plus pertinente.
- Un accent sur la **décentralisation** pour que les décisions puissent être prises au niveau où se situe l'action, ce qui favorisera également l'innovation et la motivation
- La **participation de la population** aux choix des priorités et aux décisions.

Dans son rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé de février 2008 (pages 51 à 57), Castonguay écrit que la société ne pourra jamais répondre à toute la demande de soins, et d'ailleurs, elle ne l'a jamais pu. Cette réalité brise certaines utopies. Les populations occidentales sont habituées d'évoluer dans l'axe du rêve, cherchant à rendre accessible sans exception au plus grand nombre tout ce que promet la technologie. Toutes les sociétés doivent plus que jamais se demander à quels services de santé il faut donner priorité, déterminer lesquels seront couverts par le régime public et lesquels relèveront de la prévoyance personnelle. Pour aider à sortir de l'impasse actuelle, il faut poser la question à partir non pas du droit des individus à recevoir tous les soins qu'ils croient nécessaires, mais d'une préoccupation proprement éthique, celle de la solidarité. Jusqu'où doit aller cette solidarité ? Quelles formes doit-elle prendre ? Voilà les questions qu'il faut débattre publiquement. Si on ne pose pas le problème de cette manière, les débats se résumeront à des luttes de pouvoir pour le contrôle du système.

Pour ce qui est du Québec, on peut reconnaître que les mesures adoptées se situent dans la ligne des solutions généralement suggérées. Alors que certains pays préconisent une forme de participation financière de l'utilisateur (souvent sous forme de ticket modérateur), le Québec tient pour l'instant fortement à l'universalité et la gratuité de ses soins.

Par contre, si le régime public couvre presque en totalité les soins médicaux et les soins hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, ainsi que certains services liés à la perte d'autonomie, dès que l'on sort de l'hôpital et que l'on recherche les services d'un dentiste, d'un optométriste, d'un podiatre ou de tout autre professionnel de la santé qui n'est pas un médecin, on ne bénéficie plus de la couverture publique. C'est ainsi qu'environ 30% des dépenses de santé sont assurées par les citoyens eux-mêmes (ou leur assurance). C'est aussi pourquoi les services sociaux tirent de l'arrière avec un panier de services plus ou moins défini et un financement moins automatique, où resurgit l'idée d'un soutien apporté par les communautés, un peu comme au temps où l'assurance maladie n'existait pas.

Bien qu'il soit particulièrement concerné par le vieillissement de sa population, le Québec tarde à prendre les mesures efficaces devant ce qui pourrait se présenter comme un trou béant.

Alors que, dans les prochaines années, les problématiques de santé devraient trouver leurs solutions dans et par la communauté, hors des murs de l'hôpital, le Québec porte une majorité de ses interventions sur le système purement

médical, autour des enjeux qui concernent prioritairement son rôle curatif et autour de la participation des médecins. En effet, l'expansion des coûts est en grande partie reliée à l'exercice de la médecine; par ailleurs, compte tenu des progrès de la médecine, les médecins doivent s'inscrire dans un travail d'équipe et multidisciplinaire, intégrant des considérations de gestion, ce qui constitue un changement de culture et comporte aussi de revoir les modalités de rémunération de ces derniers.

La loi 10 adoptée en 2015 semble aller à l'encontre des courants dominants pour l'instant, notamment en donnant un poids démesuré à l'hôpital dans l'organisation des services, en procédant à une recentralisation de toutes les décisions, même quotidiennes au sein du ministère, en donnant la priorité à la performance du système avec une bureaucratisation outrancière, en mettant fin à tous les mécanismes de participation et de consultation de la population et à toutes les organisations de soutien-conseil. Quant au contrôle des coûts, il souffre de manque de planification, allant de rationnement intense, à des dotations touchant des enjeux particuliers, destinées à combler des problèmes imminents et en limitant les fonds de santé publique, de prévention et les services sociaux.

Tranquillement, mais sûrement, le Québec introduit des brèches dans le caractère public de ses services en introduisant des pans, pour l'instant définis et circonscrits, de privatisation des services médicaux. Pour autant le caractère public des services reste une vache sacrée tout comme la gratuité des services médicaux, parce que les Québécois tiennent aux principes de base du système de SSS, mais aussi en raison des contraintes de la loi canadienne de la santé. On n'en dira pas autant des services de médecine alternative, à caractère social (santé mentale, itinérance, violence conjugale, déficience), ou destinés aux aînés, qui tous semblent allègrement se destiner à des formes de privatisation, avec ou sans but lucratif, et ce à peu près sans débat sur le sujet. En proportion, sauf pour les aînés, ce sont des financements dérisoires.

Évidemment, il y a des zones taboues indiscutables parce politiquement et socialement risquées ou parce que touchant des intérêts trop divergents. Ainsi en va-t-il de la rémunération des médecins, de l'établissement d'une tarification, d'un réaménagement de la fiscalité, d'une participation plus importante du secteur privé dans les soins, d'une planification des services aux aînés, de l'autonomie des organismes communautaires, de l'appel à la philanthropie, etc .

Pour ce qui est des personnes vulnérables et des personnes en situation de handicap au Québec :

Les rapports que nous avons lus portent sur les services de santé et sociaux en général, analysent le système de façon globale. Depuis leurs débuts, les commentateurs sont unanimes pour dire que les services de santé prennent la part du lion par rapport aux services sociaux. Malgré les déclarations de considérer la santé comme un tout et pas seulement dans son aspect curatif, et les intentions de privilégier la prévention et le travail sur les déterminants sociaux, tous conviennent que les services sociaux restent les parents pauvres du système. D'une part, contrairement aux services de santé qui sont délimités par le médicalement requis, donc extensionnelles, les services sociaux ne sont pas clairement définis, d'autre part, ils sont décrits comme pouvant être dispensés par des organisations privées, à but lucratif ou non, et jouissant donc ou non d'une couverture publique. Clairement la dispensation par des organisations privées semble une voie pour diminuer les coûts de ces services. Tous les rapports sont unanimes sur le rôle important des organismes communautaires, éventuellement à vouloir les reconnaître et les financer. Dans les rapports, on nomme expressément les CLSC comme responsables des services sociaux, notamment pour les personnes vulnérables, parmi lesquelles ne figurent pas nommément les personnes handicapées. Les rapports classent une partie des services aux personnes âgées comme ceux pouvant faire l'objet d'une dispensation par des acteurs privés (centres d'hébergement privés, services de maintien à domicile en agence ou en coopératives), pour lesquels, il y a généralement une tarification. Tous les rapports suggèrent de faire appel à la communauté surtout pour les services de type social ainsi qu'à la contribution de la famille. Aucun rapport n'aborde la question des services requis par les personnes handicapées, dont il est évident maintenant qu'elles doivent vivre dans la communauté et non dans des établissements. Il n'y a aucune recommandation et aucune discussion proposée sur ce que devraient être leurs services, par qui ils devraient être dispensés, deux éléments qui nous semblent faire défaut en raison de la pauvreté et de l'extrême vulnérabilité de la plupart d'entre elles. De quoi justifier les craintes de familles et les interrogations du milieu associatif. L'invisibilité des personnes en situation de handicap semble une constante au fil des années.