



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

***RAPPORT DE CONSULTATION SUR L'ORGANISATION
ET LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX***

(LA POSITION DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE EST JOINTE AU PRÉSENT RAPPORT)

***MANDAT CONFIE À LA RÉGIE RÉGIONALE PAR LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE
SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX***

**Direction de la programmation et coordination
Service des études et de l'évaluation
Normand Lauzon, chef de service**

11 octobre 2000

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

REMERCIEMENTS

La production du rapport de consultation est le résultat d'un important travail d'équipe à la Régie régionale qui a permis de rendre compte des diverses modalités de consultation. Le rapport se veut à la fois le reflet fidèle des divers points de vue exprimés et permet d'établir les points de convergence et de divergence par rapport aux options suggérées par la Commission d'étude sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux.

Voici la liste des contributeurs pour l'analyse des résultats de la consultation, selon les modalités :

➤ Population

- ◇ Forum des comités des usagers :
 - Madame Lise Corbin, Direction des relations avec la communauté, Régie régionale de Montréal-Centre
- ◇ Groupes témoins :
 - Firme Zins Beauchesne et associés

➤ Audiences :

- ◇ Rédaction des fiches :
 - Mireille Perreault, chargée de synthèse
 - Françoise Alarie, chargée de synthèse
 - Monique Chicoyne, chargée de synthèse
 - Rachel Gagnon, chargée de synthèse
 - Yolande Marchand, chargée de synthèse
 - Ghyslaine Sénécal, chargée de synthèse
 - Jacques Fréchette, chargé de synthèse
 - Danièle Dorval, chargée de synthèse
 - Luc Lapointe, chargé de synthèse
 - André Giroux, chargé de synthèse
 - Michel Roberge
 - André Gobeil
 - Suzanne Boulerice
 - Christianne Drabbe
 - Isabelle Hemlin
 - Anne Marquis
 - Denis Allard
 - Michel Mongeon
 - Michel Morel
 - Michèle Bérubé
 - Claire Amyot
 - Luc Thériault

➤ Forum des services médicaux de 1^{re} ligne :

- ◇ Rédaction des fiches :
 - Madame Murielle Leduc, chargée de la thématique
 - Madame Carole Lécuyer
 - Madame Marie-Andrée Picard
 - Madame Yvonne Streit
 - Madame Louise Bélanger
- ◇ Sondage Zins Beauchesne et associés sur les services médicaux de 1^{re} ligne :
 - Madame Lorraine Bernier, Direction de la santé publique

- Support de secrétariat :
 - ↳ Madame Jocelyne Gratton, coordination du secrétariat et préparation du rapport
 - ↳ Madame Maryse-Élaine Bélanger, préparation de l'annexe sur les services médicaux de 1^{re} ligne
 - ↳ Madame Linda Larouche, préparation de l'annexe sur les audiences, et ses collaboratrices : mesdames France Bazin, Jocelyne Ayotte et Denise Giroux
- Coordination et préparation du rapport synthèse :
 - ↳ Monsieur Normand Lauzon, chef du Service des études et de l'évaluation.

SOMMAIRE

La régie régionale de Montréal-Centre a procédé à une vaste consultation : la population, les comités d'usagers, les organismes communautaires, les principaux acteurs concernés par les services médicaux, les établissements et les partenaires ont été invités à participer. Le niveau de réponse garantit un haut niveau de représentativité des résultats de cette consultation.

Voici quelques éléments majeurs à retenir :

- Un système public, gratuit et universel représente une valeur à préserver, et ce, pour la très grande majorité des participants à la consultation.

Services de base

- Les CLSC, en complémentarité avec les cabinets privés, constituent une unité de référence incontournable pour l'organisation des services de base. Les services de base qui appellent une coordination particulière s'adressent à des situations complexes principalement dans les domaines de la périnatalité, de la jeunesse, des services pré et posthospitaliers et des services à domicile. L'organisation des services en déficience intellectuelle, en déficience physique et en santé mentale doit être pensée en fonction des réalités propres à ces services.
- Les médecins de cliniques privées, principalement pour ces clientèles à profil complexe, doivent articuler les actions avec les CLSC de manière à garantir une continuité des services. Dans cette optique, la DRMG constitue un palier de gestion essentiel pouvant faciliter cette articulation.
- Ces services de base doivent s'articuler avec les centres hospitaliers de manière à garantir l'accès aux outils de diagnostics nécessaires à la prise rapide de décision et l'accès à des consultations spécialisées.
- Des modèles tel SIPA apparaissent des avenues intéressantes pour certaines clientèles spécifiques.

Services spécialisés

- Les services spécialisés et surspécialisés doivent être organisés sur une base régionale et nationale. Capitaliser sur cette option permettrait d'améliorer le regroupement de masse critique de ressources d'expertise.
- Certaines avenues particulières pourraient être pensées pour les services offerts par le CHU Mère-Enfant Ste-Justine et par des organismes sans but lucratif dans des domaines spécialisés (Ex. : VON).

Dossier clinique informatisé

- Avec toutes les réserves et la prudence nécessaire, le dossier clinique informatisé apparaît une plus-value à la continuité des services.

Rémunération des médecins adaptée aux responsabilités

- Un autre facteur essentiel à la continuité des services est la rémunération adaptée aux responsabilités pour les médecins. Plusieurs avenues pourraient être envisagées pour stimuler la participation des médecins en fonction des priorités retenues pour la réponse aux besoins.

Sur le financement du système

- Pour la population et les comités d'usagers, il y a suffisamment d'argent dans le système, il faut mieux gérer les budgets. Pour les autres : organismes communautaires, syndicats et établissements, il faut réinvestir et développer. Pour plusieurs, les services dans la communauté, les organismes communautaires et la prévention sont trop faiblement développés.
- Privatiser ? À bannir pour les uns, à gérer en complémentarité pour les autres.
- Impartition ? Non pour certains, oui pour d'autres en particulier dans les domaines de la buanderie, de l'entretien ménager et des laboratoires.
- Désassurance ? Contribution des usagers ? Même polarisation.
- Augmentation des impôts ? Pourquoi pas plutôt la révision de la fiscalité en protégeant les personnes à plus faibles revenus et la classe moyenne tout en augmentant les revenus de l'État ?
- Caisses spéciales : un concept mal compris qui suscite peu de commentaires.
- Vente de services spécialisés aux non-résidents ? Peu pensable avec les listes d'attente actuelles et le niveau de production pour répondre à la demande.
- Les modes de distribution budgétaire : une idée prometteuse qui doit permettre un meilleur ajustement aux besoins et améliorer l'efficacité du système.

Gouvernance et imputabilité

Les régies régionales apparaissent pour plusieurs des partenaires comme des acteurs incontournables pour la coordination des services : leurs pouvoirs et imputabilité devraient être mieux définis.

Quant à l'imputabilité pour l'ensemble des établissements, elle est souhaitée par les acteurs concernés : reste à convenir des attentes et des indicateurs.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
REMERCIEMENTS	
SOMMAIRE	
1. CONTEXTE	1
Objectifs.....	1
Clientèles et modalités	1
Rapport.....	1
2. STRATÉGIE RÉGIONALE DE CONSULTATION	1
3. ORGANISATION DU RAPPORT.....	2
4. ACTIVITÉS D’INFORMATION EN PHASE PRÉPARATOIRE.....	3
5. APERÇU QUANTITATIF DE LA CONSULTATION	4
5.1 Le point de vue de la population	4
5.2 Les audiences	5
5.3 Le Forum sur les services médicaux de première ligne.....	6
5.4 Conclusion sur la participation	6
6. APERÇU QUALITATIF DE LA CONSULTATION.....	7
6.1 Analyse de la satisfaction pour le Forum des usagers	7
6.2 Analyse de la satisfaction pour les groupes de discussion.....	7
7. RÉSULTATS : POINT DE VUE DE LA POPULATION	8
7.1 Forum des comités d’usagers (Lise Corbin)	8
7.1.1 Brève description du déroulement de l’activité	8
7.1.2 Principaux commentaires généraux émis par les participants.....	8
7.1.3 Organisation des services.....	9
7.1.4 Appréciation des options financement.....	12
7.1.5 Gouvernance	13
7.2 Groupes témoins (Zins Beaudesne).....	14
7.2.1 Un nouveau mode de coordination de l’ensemble des services de santé	14
7.2.2 l’enregistrement auprès d’une ressource.....	15
7.2.3 Les services spécialisés et surspécialisés regroupés sur une base régionale ou nationale.....	15
7.2.4 Un dossier de santé unique informatisé	16
7.2.5 Trois options d’amélioration de l’organisation du système de santé à Montréal	16
7.2.6 Quatre options envisagées pour augmenter les sources de revenus dédiées à la santé	17
7.2.7 Quatre options envisagées pour rendre le système de santé plus efficace	18
8. RÉSULTATS : AUDIENCES	20
8.1 Continuum Déficience physique (Jacques Fréchette)	20
8.2 Continuum Santé physique (Ghyslaine Sénécal et Michèle Bérubé)	25

	<u>Page</u>
8.3	Continuum santé mentale (Mireille Perreault).....39
8.4	Continuum Déficience intellectuelle (Monique Chicoyne).....43
8.5	Continuum personnes âgées (Luc Lapointe).....49
8.6	Adaptation sociale (Françoise Alarie).....58
8.7	Les syndicats (André Giroux)67
8.8	Les CLSC (Danièle Dorval).....79
8.9	Partenaires multisectoriels (Yolande Marchand).....83
8.10	La population (Rachel Gagnon – Christiane Drabbe – Anne Marquis)92
9.	RÉSULTATS : FORUM DES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE..... 95
9.1	Sondage régional (Lorraine Bernier)95
9.2	Forum sur les services médicaux de 1 ^{re} ligne (Murielle Leduc)97
9.2.1	Contexte.....97
9.2.2	Thèmes de la consultation.....97
9.2.3	Contenu de rapport.....97
9.2.4	Synthèse selon les différents thèmes abordés98
9.2.6	Conclusion105
10	SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION RÉGIONALE 106
10.1	Commentaires généraux106
10.2	Options organisationnelles.....107
10.2.1	Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1, Org.)107
10.2.2	Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale107
10.2.3	La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, financement)108
10.2.4	La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)108
10.2.5	Le médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)...109
10.2.6	Un dossier clinique informatisé par client (Option 5, Org.).....109
10.2.7	La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.) 110
10.2.8	Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)110
10.2.9	La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)111
10.2.10	L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)111
10.2.11	Autres options relatives à l'organisation.....111
10.3	Options financement.....112
10.3.1	La désassurance de services (Option 1, Fin.).....112
10.3.2	L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.).....112
10.3.3	La contribution des usagers (Option 3, Fin.)112
10.3.4	La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)113
10.3.5	La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.).....113
10.3.6	Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)113
10.3.7	Autres suggestions relatives au financement114
10.4	Gouvernance et imputabilité114
10.5	Services médicaux de 1 ^{re} ligne114

CAHIER DES ANNEXES (ci-annexé)

1. CONTEXTE

Le 20 juin dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la tenue d'un vaste débat public sur le système de santé et de services sociaux au Québec. Pour animer ce débat et susciter la participation des citoyens, des groupes et des experts, elle créait par la même occasion la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. La Commission doit soumettre ses recommandations au gouvernement au plus tard le 15 décembre 2000.

Le président de la Commission, monsieur Michel Clair, demandait le 29 juin à la présidente du conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre, madame Kathleen Weil, de collaborer à la démarche de consultation. Il confie à la Régie régionale un mandat de consultation régionale pour le bénéfice de la Commission. Cette consultation régionale doit se dérouler entre le 16 septembre et le 8 octobre 2000. Les deux thèmes faisant l'objet de la consultation sont le financement du système et l'organisation des services. Bien que non explicité dans la documentation soumise à la consultation, la Commission s'intéresse aussi aux notions de gouvernance et d'autorité dans la gestion des services de santé et des services sociaux.

OBJECTIFS

Cette consultation régionale doit permettre aux citoyens de la région de participer activement au débat en s'appropriant les enjeux tant sur le plan national que régional et en proposant des solutions d'avenir.

CLIENTÈLES ET MODALITÉS

Les clientèles visées sont la population en général et les groupes locaux et régionaux. Le processus devrait aussi favoriser l'expression des groupes moins organisés. Quant aux modalités de la consultation, la Commission laisse libre cours aux régies régionales dans le choix des modalités d'organisation du débat, de la consultation et de la formation d'un comité d'auditeurs. Les conseils d'administration des régies régionales devraient donner leur assentiment à ces modalités. D'autre part, un commissaire au minimum se joindra au comité d'auditeurs à la fois pour écouter les commentaires et suggestions émis et pour questionner les participants.

RAPPORT

La Régie régionale a la responsabilité de produire un rapport synthèse. Ce rapport public doit être communiqué à la Commission au plus tard le 13 octobre.

2. STRATÉGIE RÉGIONALE DE CONSULTATION

Le 6 juillet 2000, le conseil d'administration était informé du mandat confié à la Régie régionale pour la consultation et recevait la documentation disponible produite par le MSSS relativement à cette consultation, à savoir :

- Organisation des services : état de situation et perspectives
- Santé au Québec : quelques indicateurs
- Financement : état de situation et perspectives

De plus, différents scénarios de consultation pour la région de Montréal-Centre étaient déposés à cette rencontre de manière à convenir d'un scénario et de constituer un comité d'auditeurs chargé de recevoir les avis des personnes consultées.

À cette rencontre, il fut décidé d'adopter le scénario « D » proposé, c'est-à-dire d'assurer une grande mobilisation des acteurs et des partenaires ainsi qu'une forte participation de la population. La stratégie retenue fait appel à la mise en place d'un forum public, la réalisation d'une dizaine de groupes témoins, l'organisation d'une plénière interactive (21,22 et 23 septembre), d'audiences publiques (26, 27 et 28 septembre) et des moyens secondaires de consultation.

À cette même rencontre du 6 juillet, un comité d'auditeurs a été constitué. Il s'agit de :

- M^{me} Kathleen Weil, présidente du conseil d'administration, qui présidera le comité
- M. Marcel Villeneuve, directeur général, Régie régionale de Montréal-Centre
- M^{me} Colette P. Chagnon, membre du conseil d'administration
- M^{me} Violaine Gagnon, membre du conseil d'administration
- Dr Victor Goldbloom, membre du conseil d'administration
- M. Conrad Sauvé, membre du conseil d'administration

3. ORGANISATION DU RAPPORT

Les résultats de la consultation seront présentés dans quatre chapitres distincts :

- Le point de vue de la population : ce chapitre fera successivement état du point de vue de la population métropolitaine au travers du forum des usagers et des groupes témoins.
- Les audiences : il s'agira de mettre en relief le positionnement des organisations et de la population. Ce positionnement s'appuiera sur les avis émis et les échanges tenus lors des audiences.
- Les services médicaux de 1^{re} ligne : ce chapitre intégrera les données d'un sondage régional spécifiquement sur cette question de même que l'essentiel des propos tenus lors du Forum sur les services médicaux de 1^{re} ligne.
- Le dernier chapitre synthétisera les éléments majeurs découlant des différents volets de la consultation, le tout culminant, tel que demandé, en une page synthèse résumant l'essentiel de l'essentiel.

Pour répondre aux attentes de la Commission, tout le matériel de la consultation sera présenté dans l'ordre des options du plan de rédaction demandé. Ainsi, le lecteur pourra au fil des chapitres retrouver le même ordre de présentation des options requis par la Commission.

Il est important de noter que le rapport synthèse puise intégralement son contenu dans les annexes jointes au rapport. Le lecteur pourra y référer pour approfondir le contenu recueilli et analysé selon les modalités

4. ACTIVITÉS D'INFORMATION EN PHASE PRÉPARATOIRE

Nous tenons ici à souligner les principales activités d'information préalables à la tenue des consultations. Celles-ci visaient à informer et à inviter les différents publics cibles à participer à la démarche.

10 juillet : Lettre aux présidentes et présidents, aux directrices générales et directeurs généraux des établissements publics et privés de la région de Montréal-Centre; aux responsables des organismes communautaires; aux maires; aux présidentes et présidents des comités d'usagers; aux membres de la Commission médicale régionale; aux députés québécois de Montréal-Centre; aux représentants des centrales syndicales (section Montréal); aux présidentes et présidents des associations de gestionnaires (section Montréal); aux associations médicales; aux dispensateurs de services; au milieu de l'éducation; aux groupes socio-économiques et autres organismes; au conseil régional de développement de l'île de Montréal et aux ordres professionnels.

Objet : Informer les différents partenaires sur le débat public sur le financement et l'organisation des services, sur le mandat de la Régie régionale ainsi que sur les modalités et les dates de la consultation.

Signataire : la présidente du conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre, madame Kathleen Weil.

Juillet : Activation du site WEB de la Commission. Par ce biais, la population peut s'informer des activités spécifiques menées dans la région de Montréal-Centre.

23 août : Aux employés de la Régie régionale de Montréal-Centre, publication d'un document d'information (Plexus spécial) sur l'ensemble de la consultation et les modalités mises en œuvre dans le contexte régional de même que rencontre du personnel.

Responsable : M. Louis Côté, directeur des relations avec la communauté, Régie régionale de Montréal-Centre.

23 août : Lettre aux mêmes organisations que le 10 juillet.

Objet : préciser les consignes relatives à la participation aux modalités de consultations régionales et transmettre l'information sur les outils d'animation produits par la Commission. De plus, information sur le site WEB donnant accès aux informations pertinentes.

À noter que les comités d'usagers sont invités à s'inscrire à un Forum spécifique organisé à leur intention.

Signataire : monsieur Louis Côté, directeur des relations avec la communauté.

- 26 août : Annonce publicitaire dans les journaux pour inviter la population à s'inscrire à des groupes témoins devant discuter des diverses options d'organisation et de financement proposées par la Commission.
- 1^{er} septembre : Conférence de presse donnée par la Régie régionale pour présenter l'ensemble de la démarche de consultation régionale.
- Conférence donnée par madame Kathleen Weil, présidente du conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre.
- 16 septembre : Annonce publicitaire (La Presse, Journal de Montréal, The Gazette) pour recruter des personnes intéressées parmi la population de la région à participer au Forum sur les services médicaux de 1^{re} ligne.

5. APERÇU QUANTITATIF DE LA CONSULTATION

Au travers des diverses modalités mises en œuvre, nous allons passer en revue les publics visés et atteints dans le cours de la consultation.

5.1 LE POINT DE VUE DE LA POPULATION

Un sondage a été effectué pour aller chercher le point de vue de la population; il est spécifique à l'organisation des services médicaux de première ligne.

Le sondage spécifique aux services médicaux de première ligne a été fait à partir d'un échantillon représentatif de la région totalisant 702 entrevues de personnes de 18 ans et plus. La marge d'erreur s'établit à $\pm 3,7 \%$, 19 fois sur 20.

De façon à recueillir le point de vue des personnes institutionnalisées, qui ne sont pas rejointes par les sondages, la Régie régionale a constitué un Forum des comités d'usagers. Ainsi, le tableau suivant fait état de la participation des comités et du nombre total de participants en provenance de ces comités.

Tableau 1 - Comités d'usagers visés et rejoints pour le Forum

ÉTABLISSEMENTS	COMITÉS			USAGERS	
	INVITÉS	REPRÉSENTÉS	% DE PARTICIPATION	NBRE	% DES PRÉSENCES
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	18	8	44 %	12	15 %
Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)	4	3	75 %	7	9 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	74	20	27 %	34	44 %
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	3	1	33 %	1	1 %
Centres jeunesse (CPEJ/CR)	2	2	100 %	4	5 %
Centres de réadaptation (CR) : Centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT)	2	1	50 %	2	3 %
Centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle (CRDI)	5	4	80 %	12	15 %
Centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique (CRDP)	5	4	80 %	6	8 %
TOTAL	113	43	38 %	78	100 %

Dans un premier temps, les 21 et 22 septembre, dix groupes témoins se sont réunis. Ces groupes, dont le nombre variait de 9 à 11 personnes, représentaient différents segments de la population adulte montréalaise : jeunes adultes, adultes, personnes âgées, personnes d’expression anglaise, communautés culturelles, personnes avec ou sans enfants. Un total de 100 personnes ont participé à ces groupes.

Le 23 septembre, une plénière regroupant les participants aux groupes de discussion a été tenue. Cent trois personnes ont participé à cette rencontre.

5.2 LES AUDIENCES

Les audiences interpellent à la fois les organisations impliquées directement dans les services de santé et les services sociaux tout comme les partenaires multisectoriels (à peu près 1 000 organisations). À cet effet, ce sont les regroupements régionaux d’organismes et d’associations qui sont ciblés bien que les organisations individuelles pouvaient participer par écrit.

D’autre part, les citoyens et les citoyennes de l’île de Montréal sont invités à participer aux audiences.

Dans les faits, plus de 75 organisations ont participé aux audiences, garantissant l’expression des points de vue des principaux partenaires du réseau, à savoir :

- les établissements du réseau (à l’exception des centres jeunesse et des centres en alcoolisme et toxicomanie);

- les organismes communautaires;
- les syndicats (les associations de cadres n'ont pas participé aux audiences);
- les partenaires multisectoriels (municipalités, universités...)

D'autre part, la participation de la population aux audiences s'est limitée à 12 avis. Ce nombre ne garantit pas dans cette modalité un très large éventail de points de vue sur les options mises de l'avant par la Commission.

5.3 LE FORUM SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Le défi de ce forum consistait à susciter des échanges entre différents acteurs régionaux choisis en fonction de leur capacité d'agir en matière d'organisation des services médicaux de première ligne et également avec des citoyens invités à venir exprimer leur point de vue. L'organisation du forum prévoyait donc, pour chaque thème, des échanges entre les participants suivis à chaque fois d'une période consacrée à recueillir les questions ou commentaires des citoyens.

Ces débats publics ont eu lieu en présence de commissaires, de membres du conseil d'administration de la Régie régionale et également d'autres partenaires du réseau.

Au départ, dix-sept participants ont été invités. Parmi ceux-ci 15 ont répondu positivement à l'invitation. Comme trois autres ont demandé à y être inscrits, le nombre total prévu était donc de 18 participants. L'absence du représentant d'un regroupement professionnel lors du forum a cependant ramené ce nombre à 17.

Tableau 2 – Participants au Forum sur les services médicaux de 1^{re} ligne

<i>Catégories</i>	<i>Participation</i>
Département d'université	2
Ordre professionnel ou regroupement professionnel	7
Regroupement d'établissements	3
Organismes d'usagers	1
Syndicats	1
Organismes de services ou département d'établissement	2
Département régional de médecine familiale	1
TOTAL	17

À ce groupe de participants s'est joint quatre représentants de la Régie régionale.

En vue de permettre un échange avec les citoyens, 75 places leur avaient été réservées et une invitation en ce sens avait été placée dans les journaux. En fait, 23 personnes se sont préalablement inscrites. Mentionnons cependant que d'autres personnes se sont présentées sur les lieux sans être inscrites.

5.4 CONCLUSION SUR LA PARTICIPATION

Dans l'ensemble, la consultation régionale a permis de rejoindre tous les publics cibles que la Régie régionale visait : la population; les comités d'usagers, les organisations impliquées dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les principaux acteurs concernés par les services médicaux de 1^{re} ligne.

Cet éventail de points de vue permettra de garantir un recueil complet des perspectives à l'égard de l'organisation et du financement des services de santé et des services sociaux.

6. APERÇU QUALITATIF DE LA CONSULTATION

Pour le Forum des comités d'usagers et les groupes de discussion, nous avons prévu un questionnaire pour apprécier de façon très globale la satisfaction des participants. Les autres modalités, à cause de leur organisation, se prêtaient moins à ce type d'évaluation.

6.1 ANALYSE DE LA SATISFACTION POUR LE FORUM DES USAGERS

Nombre de répondants : 46 sur 78 (59 %)

- Guide d'animation :
Lecture : 85 % oui, 15 % non
Appréciation des lecteurs : 62 % très utile, 36 % utile, 2 % peu utile
- Sentiment d'avoir été écouté pendant le forum :
57 % totalement, 33 % moyennement, 10 % peu
- Utilité de la simplification du texte¹ des options pour faciliter la compréhension :
85 % oui, 7 % non, 8 % sans réponse
- Autres commentaires :
Dans l'ensemble, les participants au forum sont très satisfaits d'avoir été consultés et d'avoir eu la possibilité d'exprimer leur opinion sur des sujets qui les concernent directement comme usagers.

39 % des répondants estiment toutefois que le temps prévu (½ journée) pour traiter de sujets aussi complexes était insuffisant, ce qui explique que 43 % n'ont pas eu le sentiment d'avoir été totalement écoutés. Ce sentiment est également partagé par le tiers des personnes disant avoir été totalement écoutées.

Parmi les divers commentaires émis, mentionnons : redondance du contenu du document vidéo avec les autres informations reçues; absence de sous-titrage du document vidéo; souhait que plus d'accent ait été mis sur l'utilisateur plutôt que sur le système (bureaucratie); suggestion d'explorer davantage l'option « secteur privé » en faisant une évaluation comparative pour déterminer le degré d'efficacité du secteur public; démarche perçue comme politique; hypothèses sous-jacentes aux options non divulguées.

6.2 ANALYSE DE LA SATISFACTION POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

À la fin de la plénière, les participants ont été invités à compléter un questionnaire visant à mesurer leur satisfaction par rapport à la consultation régionale.

- La très grande majorité d'entre eux (94,0 %) avaient pris connaissance de la documentation préparée par la Commission d'étude (le guide d'animation), alors que seulement 5,0 % n'avait pas lu le document. Une personne n'a pas répondu.

¹ Document préparé par la Régie régionale à partir des options présentées par la Commission.

- Parmi ceux qui en ont pris connaissance, plus de la moitié (51,1 %) a jugé cette documentation *assez utile* et 14,9 %, *très utile*. Trente et un pour cent (31,9 %) des participants ont qualifié le guide d'animation *peu utile* et 2,1 %, *pas du tout utile*.
- Près de 40 % des individus (39,0 %) ont eu le sentiment d'avoir été *totalement écoutés*, 42,0 %, *moyennement*, 15,0 % *peu* et 3,0 %, *pas du tout écoutés*. Une personne n'a pas répondu.
- Plus des deux tiers (69,0 %) ont formulé des commentaires additionnels, alors que 31,0 % n'ont rien ajouté.

7. RÉSULTATS : POINT DE VUE DE LA POPULATION

Pour recueillir le point de vue de la population sur l'ensemble des options proposées par la Commission, la Régie régionale a utilisé deux modalités :

- un Forum des comités d'usagers;
- des Groupes témoins.

7.1 FORUM DES COMITÉS D'USAGERS (LISE CORBIN)

7.1.1 BRÈVE DESCRIPTION DU DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ

Le Forum des comités d'usagers s'est tenu le 21 septembre 2000 de 9 h à 12 h 30. Après une brève présentation des objectifs et du déroulement de la journée ainsi que le visionnement du document vidéo présentant les différentes options, les personnes présentes ont été regroupées en trois ateliers :

- **Atelier 1** : Comités d'usagers de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (personnes d'expression française)
- **Atelier 2** : Comités d'usagers de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres de réadaptation (CR) (personnes d'expression anglaise)
- **Atelier 3** : Comités d'usagers des autres catégories d'établissements (personnes bilingues avec interprétation gestuelle)

Pendant toute la durée du forum, les participants ont pu bénéficier d'un service d'interprétation simultanée du français à l'anglais. Ce forum s'est terminé par une session plénière où a été présentée une synthèse des différents commentaires faits dans chacun des ateliers.

7.1.2 PRINCIPAUX COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ÉMIS PAR LES PARTICIPANTS

Lorsqu'il est question d'organisation des services, il est essentiel de distinguer les divers niveaux de besoins des personnes tant en ce qui concerne les services (spécialisés, surspécialisés ou généraux) que la durée des services (court terme ou long terme). Les options proposées laissent entendre qu'on veut faire une espèce de système mur à mur où tout va s'appliquer de la même façon (milieu rural versus milieu urbain). Pourtant, les caractéristiques des régions (densité, diversité ethnoculturelle et

linguistique, pauvreté, vieillissement, etc.) ne nécessitent pas nécessairement les mêmes réponses au niveau des besoins.

Quand il s'agit de services pour des personnes de milieux socioéconomiques défavorisés, il est essentiel d'agir autant sur les déterminants de la santé que sur la prestation des soins curatifs. En effet, l'organisation de services pour ces clientèles « passe beaucoup par ce qui se vit à l'intérieur de l'appartement de la personne (accès à de la nourriture saine et à la médication par exemple) si on ne veut pas qu'elle retourne en services spécialisés ».

Pour ce qui est du financement, la plupart considèrent que l'argent présentement disponible est suffisant mais qu'il faut questionner la façon de le dépenser, le choix des priorités gouvernementales. On mentionne les coûts élevés des médicaments qui affectent les budgets des hôpitaux et les politiques concernant la durée des brevets accordés aux compagnies pharmaceutiques.

Des économies pourraient être faites en changeant des pratiques ou en améliorant la gestion des établissements. Les nouveaux investissements dans la santé doivent servir à augmenter les services directs à la population et non pas à couvrir des dépenses administratives. On souhaite que le réseau de la santé se préoccupe davantage des patients que par le passé car le sens de la loi n'est-il pas de mettre l'utilisateur au centre de l'intervention ?

7.1.3 ORGANISATION DES SERVICES

➤ Services de base : organisation territoriale (Option 1, Org.)

De façon presque unanime, les représentants des comités d'utilisateurs se prononcent contre cette option. Plusieurs estiment qu'il faut maintenir un conseil d'administration par établissement, disant qu'il serait beaucoup plus difficile pour les usagers de se faire écouter ou de faire respecter leurs droits si plusieurs établissements sont réunis sous un conseil d'administration unique. Les diverses craintes exprimées sont les suivantes : éloignement de la population qui ne pourra pas nécessairement faire valoir son point de vue, perte de spécificités de chaque milieu et évacuation des dynamiques de quartier, diminution probable des services à cause de la centralisation des établissements sous une seule autorité.

Pour plusieurs, il est important de maintenir la spécificité des établissements et de reconnaître les différentes expertises. On ne peut demander par exemple à un CLSC d'être un expert dans chacun des domaines et pour tous les clients. Les services spécialisés, par exemple pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, devraient être regroupés dans une seule organisation.

Plusieurs personnes reconnaissent qu'il y a actuellement une difficulté dans la continuité des services et dans la circulation de l'information entre les différentes organisations. À leur avis, le manque de coordination est en fait un des problèmes majeurs de l'accessibilité aux services. Certains estiment également qu'une organisation territoriale sous autorité unique est un concept abstrait qui ne veut rien dire alors que d'autres considèrent qu'il n'y a pas suffisamment de détails sur ce concept pour pouvoir se positionner. Pour quelques-uns, l'idée d'avoir une seule

autorité pour gérer un territoire particulier peut être intéressante pour faciliter la collaboration et assurer un continuum de services, mais la fusion d'établissements est un processus qui demande du temps et qui n'est pas évidente à faire comme le démontrent des expériences des dernières années.

➤ Services spécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Selon plusieurs participants, cette option est à retenir. Ils considèrent en effet que les services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale existent déjà, comme par exemple l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine, et que ce type de services doit être maintenu.

➤ Gestion et production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Cette option a donné lieu à un questionnaire en ce qui concerne l'efficacité du secteur privé et du secteur public : « On n'est pas certain que la production privée de services est moins coûteuse que la production publique. » « Si le secteur privé peut faire un profit, c'est qu'il y a une mauvaise gestion du système public. »

➤ Responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

La majorité des représentants des comités d'usagers ne sont pas en accord avec cette option. Plusieurs craintes sont soulevées par rapport au financement d'un tel système qui pourrait ressembler au financement par capitation en place en Angleterre : aucun choix au niveau de la clinique ou du médecin, discrimination possible envers les patients ayant besoin de soins intensifs et à long terme. Pour un grand nombre de participants, la question du choix de la clinique ou du médecin est primordiale : d'abord, parce qu'il y a de bons et de moins bons médecins et que toute personne doit avoir la possibilité de consulter les meilleurs; ensuite, parce que la relation patient médecin ou professionnel est très importante dans la dispensation des soins. On cite à cet égard le cas de la santé mentale où le choix du professionnel est central à l'établissement de la relation de confiance entre le patient et le thérapeute.

Pour d'autres, il s'agirait d'un processus trop lourd qui peut nécessiter des services administratifs additionnels. On considère toutefois important qu'il y ait une intégration au niveau des services et, qu'en ce sens, il faut plutôt coordonner les médecins et les CLSC. Certains soulignent que plusieurs patients sont des « patients spécialisés » c'est-à-dire des personnes qui ont besoin de services spécialisés comme la dialyse, l'oncologie, etc. et que ces personnes n'iront pas dans une clinique pour consulter un médecin qui n'a pas de connaissance dans de tels domaines.

Quelques participants mentionnent aussi qu'il ne faudrait pas oublier d'inclure les organismes communautaires dans un tel concept car ces derniers connaissent bien les problématiques vécues dans la population et répondent souvent à « des demandes qui sont criantes, urgentes et pressantes ». Il faut donc s'arrimer avec ces groupes, ce qui est incontournable. De plus, les usagers devraient nécessairement être représentés dans un modèle d'organisation de services de ce genre.

- Médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Les représentants des comités d'usagers sont unanimes pour dire que les citoyens doivent conserver la liberté du choix d'un médecin de famille. Cette option soulève diverses interrogations telles : Comme il y a en ce moment une pénurie de médecins, encore plus en région qu'à Montréal, est-il vraiment réaliste de leur confier la coordination des services alors qu'il faut déjà attendre longtemps pour avoir un rendez-vous avec un médecin de famille ? Par qui et comment les services seraient-ils offerts la nuit et les fins de semaine ? Dans le cas de personnes qui ont besoin d'un suivi spécialisé pendant toute leur vie, exemple en déficience intellectuelle ou en santé mentale, comment un médecin généraliste pourrait-il coordonner et assurer des services à long terme dans des secteurs où il n'a pas d'expérience ? Sur ce dernier point, on rappelle l'expertise qui existe déjà dans les centres de réadaptation et les services de psychiatrie.

Certains estiment en outre que le rôle du médecin de famille n'est pas d'administrer des budgets et de faire de la tenue de livres mais de soigner et qu'il doit en principe coordonner les soins. Pour d'autres, si on lui confie des responsabilités administratives, la rémunération devra être ajustée en conséquence.

- Dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

L'ensemble des représentants des comités d'usagers sont en désaccord avec cette option telle qu'elle est présentée. Les principales craintes exprimées concernent la confidentialité des données, l'accès aux dossiers et l'utilisation de l'information: des personnes ou des groupes pourraient entrer dans le circuit informatique, par exemple les employeurs, les compagnies d'assurance, etc.; les données inscrites aux dossiers pourraient être vérifiées par d'autres organismes ou services gouvernementaux (on pourrait juger que des personnes voient trop souvent le médecin); l'État pourrait avoir le contrôle sur toute la prestation de services; toute l'information médicale sur une personne serait disponible (il pourrait être difficile d'obtenir plus d'un avis médical en cas d'insatisfaction).

Plusieurs reconnaissent qu'un dossier unique faciliterait le partage de l'information et pourrait entraîner des économies comme par exemple, éviter la multiplication des analyses ou la prescription de nouveaux médicaments, et constituerait une protection contre certaines pertes telle la fermeture d'un bureau de médecin. Mais il faut avant tout protéger la confidentialité et, pour ce faire, l'utilisateur doit donner son autorisation pour transférer des informations sur sa santé.

- Rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Les participants d'un seul atelier se sont prononcés sur ce sujet et précisent que c'est une question qui ne peut pas être discutée à leur niveau car ce ne sont pas eux qui font les négociations. Ils mentionnent toutefois que la rémunération des médecins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) doit être adaptée pour favoriser leur participation aux discussions en équipe multidisciplinaire.

- Budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Dans un atelier, les participants sont plutôt d'accord avec la proposition que le budget soit établi en fonction des besoins de la population. Ils précisent qu'il y a un manque de ressources dans certains territoires de CLSC et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où les heures-soins fournies ne répondent pas aux besoins des usagers. Dans un autre atelier, on propose que les budgets soient reliés à la population comme dans le modèle de l'éducation selon lequel les écoles ont une obligation de desservir la clientèle, ce qui permettrait selon eux de régler les problèmes d'accessibilité dans le réseau de la santé.

- Participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Des participants reconnaissent que les secteurs privés et communautaires sont déjà impliqués dans la prestation de services; c'est une question qui ne peut plus être évitée et qui doit être étudiée. Certains mentionnent que les organismes communautaires sont bien à l'écoute des gens qui s'adressent à eux mais qu'ils ne veulent pas être obligés de donner des services autres que ceux dans lesquels ils ont choisi de s'impliquer. On souligne aussi que le manque de financement des organismes communautaires, par exemple en santé mentale, retarde l'intégration des personnes dans la communauté. Pour d'autres, le secteur privé est déjà assez présent dans le réseau de la santé et il faut éviter de perdre les médecins et les infirmières déjà surchargés dans les hôpitaux au profit de l'entreprise privée.

- Impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

Les représentants des comités d'usagers sont d'accord pour que des services comme la buanderie ou l'entretien ménager soient donnés en sous-traitance mais sont totalement opposés à ce que cela touche les services alimentaires.

- Autres options d'organisation de services mises de l'avant

7.1.4 APPRÉCIATION DES OPTIONS FINANCEMENT

- Désassurance de services (Option 1, Fin.)

Dans l'ensemble, les représentants des comités d'usagers sont contre la désassurance des services qu'ils considèrent inacceptable, précisant que cela entraîne des inégalités d'accès aux services et la mise en place d'un système à deux vitesses. Selon eux, une telle mesure n'engendre pas nécessairement d'économies à long terme, car si on tarde à se faire soigner, les problèmes de santé peuvent devenir plus importants et coûteux.

- Augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Les participants sont contre l'augmentation des impôts. Certains précisent qu'une telle solution ne devrait être envisagée qu'en dernier ressort, s'il s'agit d'une « question de vie et de mort » et qu'il est impossible de faire autrement. On

s'interroge sur les priorités gouvernementales et la proportion des ressources gouvernementales affectées au secteur de la santé.

➤ Contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Certains participants sont contre la contribution des usagers, en particulier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où cette contribution est déjà assez élevée. Pour d'autres, la contribution dont il est question n'est pas suffisamment définie. Ils ne sont pas nécessairement contre mais précisent qu'il s'agit d'une pratique dangereuse et qu'il faut être vigilant. Ils soulignent qu'il ne faut pas qu'une telle contribution touche les services de base, appauvrisse des personnes ou encore touche les personnes âgées.

➤ Création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Cette option semble ambiguë et n'a pas suscité vraiment de discussions, sauf dans un atelier où elle a donné lieu à un questionnement à savoir s'il s'agit d'une taxe ou d'un impôt.

➤ Vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Dans le contexte où il y a des listes d'attente pour les résidents, cette option étonne beaucoup. On reconnaît qu'il puisse s'agir d'une source de revenu intéressante pour le gouvernement mais on trouve cette option dangereuse. On craint en effet que si les non-résidents sont prêts à payer plus, les médecins ne soient portés à traiter plus de non-résidents. Des critères s'imposent si le gouvernement acquiesce à une telle mesure. On s'interroge une fois de plus sur l'efficacité de la gestion du secteur public compte tenu que le secteur privé semble pouvoir fournir des services similaires à un coût moindre.

➤ Modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

Les représentants des comités d'usagers croient nécessaire de réduire les coûts administratifs et précisent qu'il faut éviter la multiplication de paliers administratifs et bureaucratiques.

Certains participants indiquent que la santé est un droit et que les surplus accumulés dans d'autres organismes gouvernementaux comme la SAAQ, Loto-Québec, etc. devraient être octroyés au secteur de la santé.

➤ Autres options de financement mises de l'avant

7.1.5 GOUVERNANCE

➤ Ligne d'autorité (MSSS-Régies-Établissements)

Lorsqu'il a été question de l'organisation territoriale sous une seule autorité, les participants d'un atelier ont mentionné qu'il existait déjà des régies régionales et se sont demandé s'il n'y aurait pas lieu de les regrouper ou d'y apporter des changements.

➤ Responsabilité et imputabilité

À plusieurs reprises, les représentants des usagers se sont questionnés sur la gestion budgétaire, se demandant si on fait un bon usage des impôts au Québec. Plusieurs aimeraient savoir comment sont gérés les budgets de la santé et savoir quel argent paie quoi. Ainsi, lorsque le gouvernement dit qu'il utilisera les surplus de tel ou tel autre fonds pour la santé, les participants aimeraient avoir plus d'information. Certains suggèrent que le gouvernement produise un rapport annuel faisant état de l'utilisation des ressources et des services dans le système de la santé et des services sociaux.

Les professionnels devraient également être imputables de leurs actions comme par exemple les médecins qui abusent parfois des ressources limitées et des budgets en faisant de multiples références. On questionne aussi la notion de responsabilité de la population. Certains proposent qu'il y ait des incitatifs financiers pour une utilisation adéquate des ressources de façon à réduire les abus. D'autres personnes observent que la population ne sait pas vraiment ce que coûtent les soins et que, par exemple, si on savait combien vaut un traitement d'hémodialyse, on pourrait juger s'il y a lieu de contribuer.

7.2 GROUPES TÉMOINS (ZINS BEAUCHESNE)

Cette section du document fait état des propos tenus par les participants à la plénière sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux qui s'est déroulée le 23 septembre 2000 au Centre de conférences de Montréal, affilié au *Renaissance Hôtel du Parc*. L'animation de cette rencontre fut assurée par Dominique Payette, animatrice à la chaîne radiophonique de Radio-Canada.

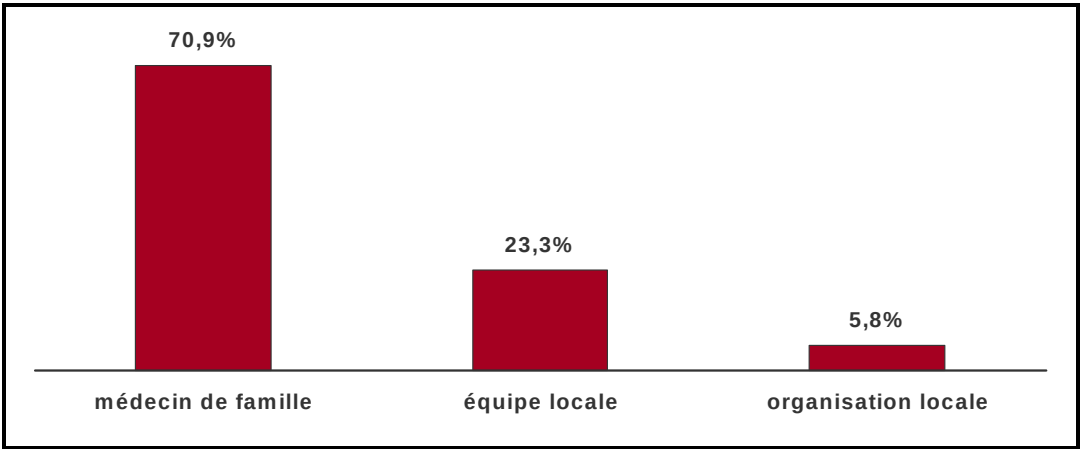
7.2.1 UN NOUVEAU MODE DE COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ

Parmi les huit options d'organisation proposées, trois concernent un nouveau mode de coordination de l'ensemble des services de santé dont les usagers ont besoin :

- le médecin de famille;
- une équipe de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux localisés dans leur quartier ou ville;
- une seule organisation localisée dans leur quartier ou ville.

Lorsqu'on a demandé aux gens ce qu'ils préfèrent, ils ont répondu comme suit :

**RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON LE MODE DE COORDINATION PRÉFÉRÉ**

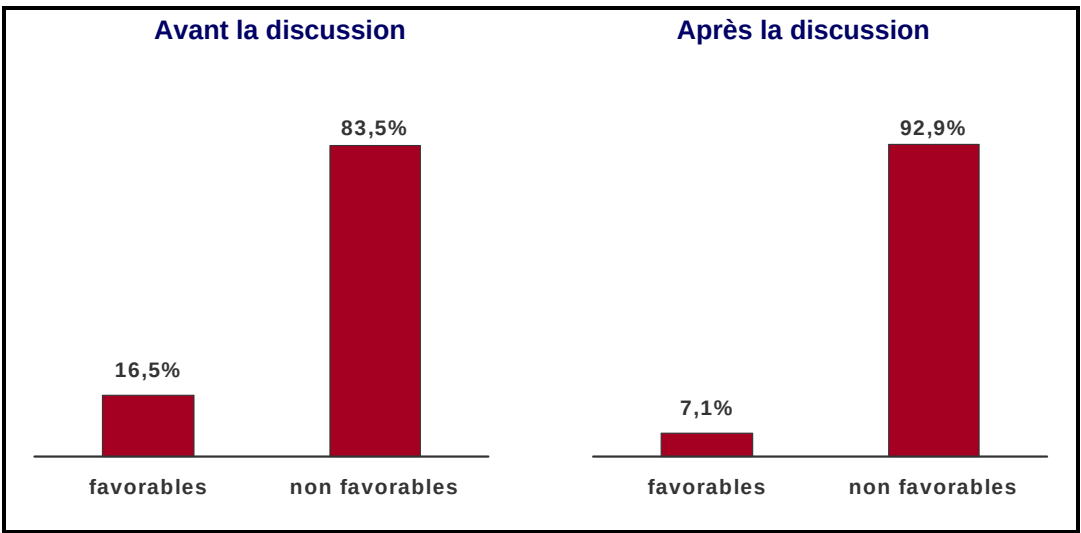


➤ La majorité des participants préfèrent le médecin de famille (70,9 %), alors que 23,3 % optent pour l'équipe de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux localisés dans leur quartier ou ville. Seulement 5,8 % choisissent l'organisation localisée dans leur quartier ou ville.

7.2.2 L'ENREGISTREMENT AUPRÈS D'UNE RESSOURCE

Lorsqu'on demande aux participants s'ils sont en faveur d'un enregistrement auprès d'une seule ressource responsable de tous les services de santé ou sociaux dont ils ont besoin, la très grande majorité n'est pas favorable à s'enregistrer auprès d'une seule ressource (83,5 %), alors que 16,5 % des participants accepteraient de s'enregistrer.

**RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON LA FAVORABILITÉ À S'ENREGISTRER AUPRÈS D'UNE RESSOURCE**

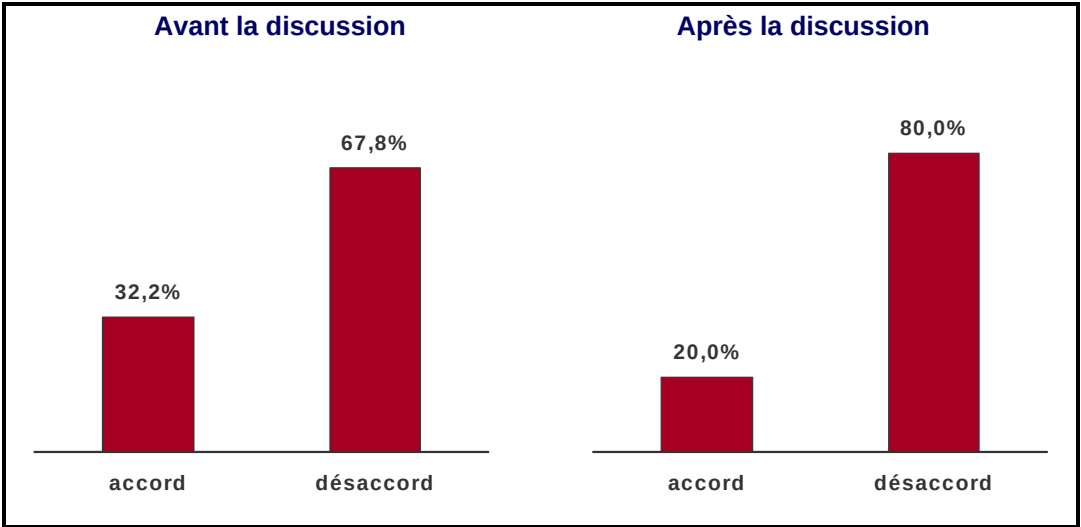


7.2.3 LES SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS REGROUPÉS SUR UNE BASE RÉGIONALE OU NATIONALE

L'animatrice demande aux participants s'ils sont en accord ou en désaccord avec un regroupement des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale en fonction du volume d'activités d'une région et du profil de sa population, en

supposant que des ententes de services sont définies pour que l'équipe de base puisse garantir l'accès aux services en temps opportun.

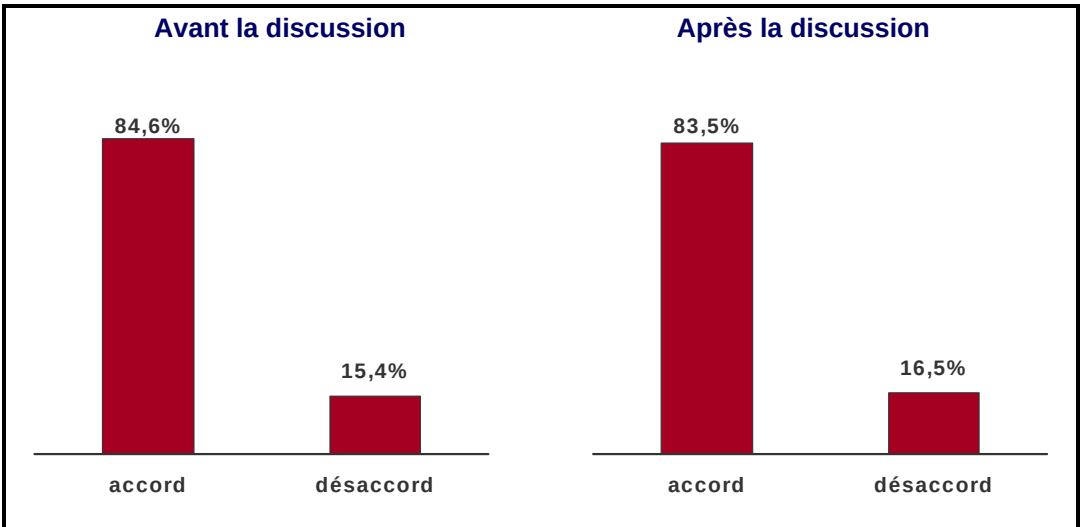
RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON LEUR NIVEAU D'ACCORD QUANT AU REGROUPEMENT DES SERVICES SPÉCIALISÉS ET
SURSPÉCIALISÉS



7.2.4 UN DOSSIER DE SANTÉ UNIQUE INFORMATISÉ

Un seul dossier de santé serait constitué pour chaque patient. Ce dossier serait accessible par ordinateur à tous les professionnels de la santé que les usagers consultent, peu importe où le service est donné. Le respect des règles de protection des renseignements personnels leur permettrait de contrôler l'accès au dossier.

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON LEUR NIVEAU D'ACCORD ENVERS LE DOSSIER UNIQUE INFORMATISÉ



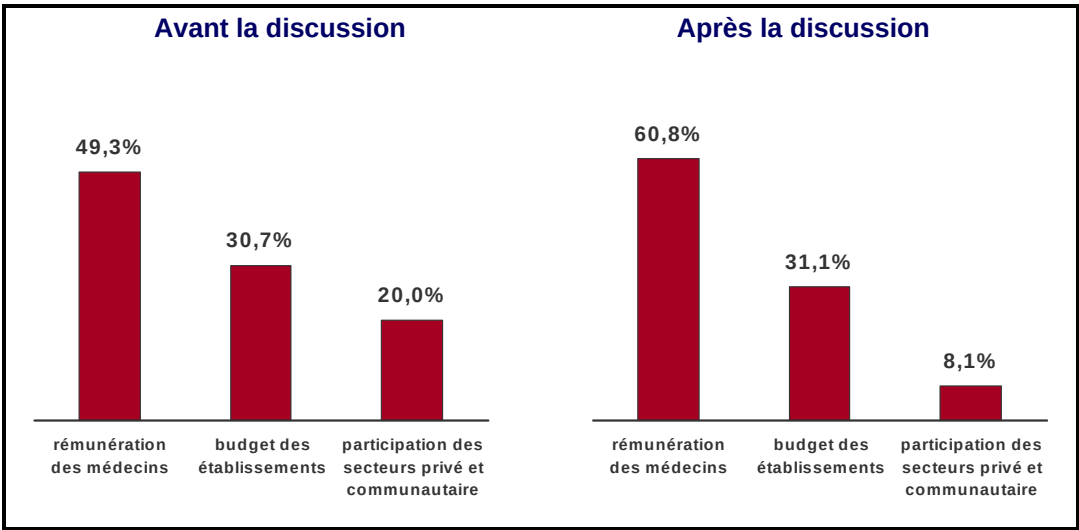
7.2.5 TROIS OPTIONS D'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ À MONTRÉAL

Trois options d'amélioration de l'organisation du système de santé à Montréal sont proposées par la Commission d'étude sur les service de santé et les services sociaux :

- la rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées;
- les budgets des établissements en fonction de la population, des services et des résultats;
- la participation du secteur privé et du secteur communautaire.

Près de la moitié des participants (49,3 %) optent pour la rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées comme l’option la plus importante et la plus efficace pour améliorer l’organisation du système de santé à Montréal. Trente pour cent (30,7 %) choisissent les budgets des établissements en fonction de la population, des services et des résultats, alors que 20,0 % préfèrent la participation du secteur privé et du secteur communautaire.

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS²
SELON L’OPTION D’ORGANISATION LA PLUS IMPORTANTE ET LA PLUS EFFICACE POUR EUX



Après discussion, une plus forte proportion d’individus choisissent la rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (60,8 % c. 49,3 % avant la discussion), suivie des budgets des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (31,1 % c. 30,7 % avant la discussion) et de la participation du secteur privé et du secteur communautaire (8,1 % c. 20,0 %).

7.2.6 QUATRE OPTIONS ENVISAGÉES POUR AUGMENTER LES SOURCES DE REVENUS DÉDIÉES À LA SANTÉ

L’animatrice présente ensuite quatre options envisagées pour augmenter les sources de revenus dédiées à la santé :

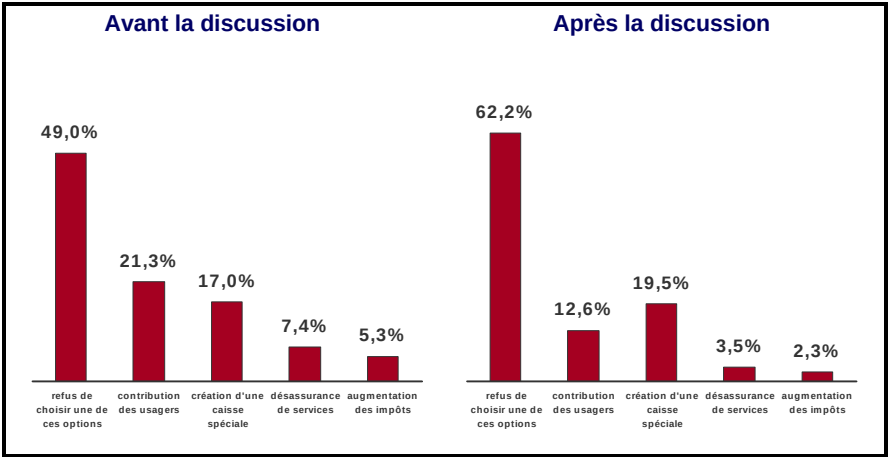
- la désassurance de services;
- l’augmentation des impôts;
- la contribution des usagers;
- la création d’une caisse spéciale.

Près de la moitié des participants (49,0 %) refusent de choisir une de ces options. Vingt et un pour cent (21,3 %) ont choisi la contribution des usagers, 17,0 %, la création

² On note huit abstentions lors de ce vote.

d'une caisse spéciale, 7,4 %, la désassurance de services et 5,3 %, l'augmentation des impôts.

**RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON L'OPTION DE FINANCEMENT PRIVILÉGIÉE**



Après la discussion, l'animatrice rappelle le vote. Plus de 60 % (62,2 %) des participants s'abstiennent, 19,5 % choisissent la création d'une caisse spéciale, 12,6 %, la contribution des usagers, 3,4 %, la désassurance de services et 2,3 %, l'augmentation des impôts.

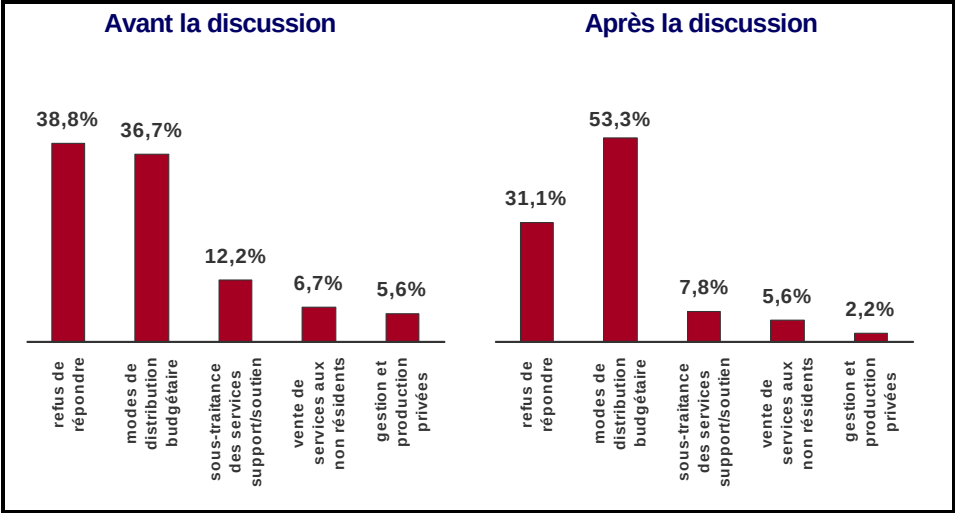
7.2.7 QUATRE OPTIONS ENVISAGÉES POUR RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS EFFICACE

Quatre options peuvent être envisagées pour rendre le système de santé plus efficace :

- la gestion et la production privées de services médicaux ou hospitaliers;
- la sous-traitance des services de support et de soutien;
- la vente de services spécialisés aux non-résidents;
- les modes de distribution budgétaire.

Plus des deux tiers des participants (36,7 %) optent pour les modes de distribution budgétaire, alors que 12,2 % choisissent la sous-traitance des services de support et de soutien. La vente de services spécialisés aux non-résidents est préférée par 6,7 % des individus, alors que 5,6 % croient que la gestion et la production privées de services médicaux ou hospitaliers est l'option la plus efficace. Lors de ce premier vote, 38,8 % des participants s'abstiennent.

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS
SELON LA SOLUTION JUGÉE LA PLUS EFFICACE



Après discussion, l’animatrice appelle le vote et les résultats présentent une majorité d’individus (53,3 %) en faveur **des modes de distribution budgétaire**. Moins du tiers des participants (31,1 %) se sont abstenus.

8. RÉSULTATS : AUDIENCES

Les organismes liés directement au réseau de la santé, tout comme les organismes partenaires et la population, ont été invités à se prononcer par écrit et en audiences sur les diverses options soumises par la Commission Clair. Dans le cas des audiences, un nombre restreint de places a été réservé pour les regroupements d'organismes et la population. Les limites de temps imposaient une telle restriction.

La synthèse présentée ici fait état de tous les avis émis, qu'ils aient été ou non présentés en audiences. Pour permettre de capter les différents points de vue exprimés, nous les avons regroupés selon les catégories suivantes, qui, elles-mêmes laissent place aux nuances qui s'imposent entre les différents acteurs participants :

- 8.1 Continuum déficience physique
- 8.2 Continuum santé physique
- 8.3 Continuum santé mentale
- 8.4 Continuum déficience intellectuelle
- 8.5 Continuum personnes âgées
- 8.6 Continuum adaptation sociale (dossiers femmes et sida)
- 8.7 Les syndicats, les cadres et les ordres professionnels
- 8.8 Les CLSC (à cause de leur mission qui s'adresse à tous les continuums)
- 8.9 Les partenaires multisectoriels (institutionnels et communautaires)
- 8.10 La population

Les textes ont été préparés par les personnes dont le nom suit la catégorie.

8.1 CONTINUUM DÉFICIENCE PHYSIQUE (JACQUES FRÉCHETTE)

Deux regroupements ont présenté des avis en déficience physique, soit le Regroupement des organismes de promotion du Montréal Métropolitain (ROPMM) et le Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal (RCRDPM). Le premier regroupe 25 organismes communautaires et le second, six centres de réadaptation.

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

Le regroupement des CR spécifie que le réseau de réadaptation de la déficience physique au Québec n'a pas été complété. Les organismes communautaires soulignent la présence de problèmes d'accessibilité aux services pour les personnes handicapées, obligeant les établissements à établir des critères de priorisation qui deviennent des critères d'exclusion. Par ailleurs, la restructuration du réseau a augmenté les responsabilités et la charge des familles et des organismes communautaires.

A. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1, Org.)

Le Regroupement des CR favorise une consolidation des continuums de services avec les CLSC. Concernant l'organisation des services plurirégionaux, ce regroupement indique qu'une coordination provinciale serait souhaitable. D'autre part, le Regroupement des organismes communautaires craint que cette option d'autorité unique sous un territoire, accentue les disparités entre les régions.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Les deux regroupements favorisent une consolidation, une plus grande coordination et un arrimage accru entre les établissements pour les services spécialisés et surspécialisés.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Le regroupement des CR est opposé à cette option en raison du type d'intervention en déficience physique (multidisciplinarité) et de la possibilité que le réseau public accueille les cas les plus lourds, les plus légers étant desservis par le secteur privé. Le regroupement des organismes communautaires ne voit pas la possibilité d'économie pour le Ministère. Il est important pour eux que le gouvernement demeure imputable de la qualité des services et assure la gratuité des services.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Le regroupement des organismes ne peut être contre une telle formule puisqu'elle favorise le partenariat entre les professionnels et permet d'avoir une vision globale de la personne. Il faut que l'utilisateur soit au cœur des décisions.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Le regroupement des organismes ne croit pas que le médecin de famille soit la personne indiquée en raison de sa formation. Cette option privilégie une approche bio-médicale et non sociale de la santé. Il favorise la nomination d'une personne pivot à l'intérieur de l'équipe de base.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Les deux regroupements sont en faveur de cette option. Le regroupement des CR demande au Ministère d'investir dans des projets pour développer des outils de mesure des besoins et services requis.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Les deux regroupements vont dans le sens d'une révision du mode de rémunération, notamment pour les médecins œuvrant en CR pour lesquels la rémunération n'est pas adaptée au contexte multidisciplinaire. Ce regroupement favorise une rémunération mixte. Le regroupement des organismes communautaires souligne l'importance d'une formation adaptée aux besoins de la clientèle en déficience physique pour s'assurer d'une qualité de soins. La gratuité des services est à nouveau soulignée.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Les deux regroupements rejettent l'option du financement *per capita*. Le regroupement des CR indique que cette formule ne tient pas compte du lieu de consommation de services, notamment pour les clientèles régionales qui viennent chercher des services à Montréal; services non disponibles en région ou services surspécialisés à Montréal. Le regroupement des organismes communautaires trouve dangereux un mode de financement axé sur des indicateurs de performance ce qui privilégie une gestion axée sur la performance et non sur la satisfaction de la clientèle.

Le regroupement des CR propose un financement rattaché aux usagers sans élaborer davantage cette formule. Cette pratique permet aux usagers d'aller chercher des services dans les établissements de leur choix.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Les deux regroupements sont en faveur d'une participation du communautaire. Toutefois, le regroupement des organismes communautaires ne veut pas être supplétif aux responsabilités gouvernementales mais une option de plus pour le citoyen.

**4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien
(Option 5, Fin.)**

Le regroupement des organismes communautaires est ouvert à cette possibilité si l'on assure la gratuité et la qualité des services confiés en sous-traitance. Il est suggéré que le MSSS tienne compte des expériences du même genre réalisées au Québec.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Propositions du regroupement des organismes communautaires :

- Balises nationales claires
- Formation adéquate du personnel
- Motiver le personnel à collaborer entre eux
- Amélioration de l'accessibilité architecturale
- Meilleure accessibilité au sens large (interprètes, vulgarisation de l'information)
- Uniformisation de la gamme de services dans les CLSC
- Meilleure intégration du réseau des CLSC avec les cliniques de professionnels
- Contrôle de la qualité des services offerts
- Imputabilité des dispensateurs
- Augmentation du nombre de spécialistes avec des conditions intéressantes de travail pour qu'ils demeurent au QC
- Présence de spécialistes en région
- Télé-médecine
- Amélioration du partenariat et de la concertation

Propositions du regroupement des CR :

Le Regroupement propose que le Ministère exerce des pressions sur les institutions d'enseignement en soins infirmiers afin qu'elles offrent des programmes de spécialisation ou de formation complémentaire en réadaptation pour les étudiants en soins infirmiers.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

Le regroupement des organismes communautaires est fortement opposé à cette option puisque ceci va à l'encontre du principe d'équité et de la compensation des conséquences financières pour les personnes handicapées.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Le regroupement des organismes communautaires est également opposé à cette option.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Idem 2.1.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Idem 2.1. Le regroupement des organismes communautaires ajoute que le cloisonnement des besoins dans des caisses spéciales ne permettrait pas de régler le problème de continuité des soins. De plus, l'accès aux services risque d'être conditionné par la capacité de payer. Le principe d'intégration des personnes handicapées est remis en question puisque celles-ci se retrouveraient mises à part de la société en général.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Le regroupement des organismes communautaires voit un problème éthique dans cette option, puisque le Québec ne réussit pas à répondre aux besoins de sa population et qu'il y a des listes d'attente pour les services spécialisés. Avec cette option, il y a risque de glissement vers un système à deux vitesses puisque des personnes plus fortunées pourront être soignées plus rapidement.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

C'est une avenue possible qui peut permettre des gains sans être une solution globale aux problèmes de financement selon le regroupement des organismes communautaires. Celui-ci est en faveur que le budget et sa répartition soient déterminés sur la consommation réelle de services.

Aucun commentaire du regroupement des CR.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Financement adéquat des organismes communautaires.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

Le regroupement des CR propose que le Ministère accentue ses capacités et ses efforts de coordination générale des services de réadaptation au Québec, en raison de la nécessité d'avoir une vue d'ensemble des activités de réadaptation dans le réseau de la santé au Québec. Actuellement, le développement de services est issu d'initiatives régionales ou intra-établissements.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

Le milieu communautaire tient à préserver son autonomie dans l'accomplissement de sa mission.

8.2 CONTINUUM SANTÉ PHYSIQUE (GHYSLAINE SÉNÉCAL ET MICHÈLE BÉRUBÉ)

Établissements concernés par cette fiche catégorie :

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

L'Hôpital Sainte-Justine, CHU mère-enfant

Regroupement d'établissements :

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre (AHQ)

Université :

Faculté de Médecine de l'Université de Montréal

Organismes communautaires :

VON Montréal Inc.

Le Phare Enfants et Familles

Société canadienne du cancer

Autres organismes :
Regroupement des soins palliatifs à domicile – Région Montréal-Centre
Groupe de médecins dirigeant quatre cliniques privées spécialisées en avortement

Avant de traiter des options, précisez, s’il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

A. *Appréciation des options organisation de services*

1. Services de base

**1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique
(Option 1, Org.)**

La conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre pense que l’organisation des services à Montréal doit dépasser la notion de territoire. L’organisation, qui soutient une approche client, doit tendre à un continuum de services dans un réseau intégré. Par continuum, on entend l’harmonisation, la continuité de toutes les interventions requises dans le traitement et la hiérarchisation de services médicaux de première, deuxième et troisième lignes.

Le financement des services doit tenir compte de ce libre choix et incorporer la notion de mobilité du client. On doit développer pour les services de santé une vision du grand Montréal, c’est-à-dire, une vision incluant les couronnes nord/est et sud.

Dans la région de Montréal-Centre, les services de première ligne peuvent être dispensés par trois types d’organisation : les centres hospitaliers, les CLSC et les cliniques médicales. L’accessibilité à des services de consultation 24 heures par jour et 7 jours semaine pourrait aussi être disponible au CLSC ou en clinique mais dans un contexte de services continus, intégrés et coordonnés avec les services déjà existants en centre hospitalier.

L’organisation des services dans la région de Montréal doit tendre à répondre aux besoins en mettant en place des structures flexibles : des interventions précoces et rapides, du soutien à domicile, des alternatives à l’hospitalisation, une continuité et une utilisation optimale des ressources à l’échelle du grand Montréal.

La planification des services doit être caractérisée par sa vision de l’avenir en réponse aux nouveaux besoins de la population dans les années à venir. Les pratiques, les responsabilités des médecins et autres professionnels devront être décloisonnées pour s’adapter à ces nouveaux besoins.

À l’instar de la Conférence, le CUSM pense que le patient doit garder le libre choix tant du professionnel que de l’établissement. Un client qui, dans la région métropolitaine, est très mobile, ne consomme pas nécessairement à l’établissement de son bassin de desserte.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre se prononce favorablement pour un regroupement de services spécialisés et surspécialisés. Le regroupement de masses critiques et la concentration de l'expertise favoriseront l'atteinte de l'excellence par l'utilisation optimale des ressources. L'organisation des ressources médicales spécialisées et surspécialisées doit se faire selon une perspective globale prenant en considération les interactions entre les différents services autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre hospitalier. À l'opposé, une approche de réorganisation par silo de services est incompatible avec l'élaboration d'un véritable réseau intégré garant de l'atteinte d'objectifs de performance. Il serait souhaitable d'établir des critères de hiérarchisation dans l'obtention de services spécialisés et surspécialisés.

Les établissements offrant de tels services regroupés devront recevoir un financement basé sur les clients desservis en tenant compte de tous les coûts reliés aux activités ainsi qu'à la nature et à la complexité des services fournis incluant les coûts à la recherche et à l'enseignement. L'argent est investi là où consomme le client.

L'Hôpital Sainte-Justine pense que les services doivent être fournis le plus près possible du lieu de résidence du patient. Ceci implique que le réseau mère-enfant supporte efficacement les ressources ayant à fournir les services, et que le réaménagement de la couverture de services se fasse dans une optique de décentralisation vers la région, lorsque possible.

La hiérarchisation des soins connue et acceptée des partenaires doit permettre à chacun des niveaux d'assumer pleinement ses responsabilités. L'identification précise des soins et services de base, de niveau intermédiaire et de niveau ultra-spécialisé (niveaux 3 et 4 des regroupements de DRG), doit permettre d'orienter les ressources sans duplication inutile et de réduire la compétition entre les partenaires pour l'obtention des ressources. L'acceptation d'un principe de hiérarchisation des soins entraîne aussi « l'obligation » pour chaque intervenant de se concentrer en priorité sur les soins et services de son niveau.

Pour les services de niveaux 1 et 2, les critères d'admissibilité géographique et de qualité de soins et services sont déterminants. Chaque établissement ou organisme devrait être en mesure de fournir les soins et services qui sont sous sa responsabilité, mais aussi d'orienter adéquatement la clientèle vers les ressources appropriées.

Pour les services de niveaux 3 et 4, cette responsabilité de soins pédiatriques de haut niveau revient d'abord au centre hospitalier universitaire mère-enfant. Compte tenu des masses critiques nécessaires et de l'articulation essentielle entre les soins, l'enseignement et la recherche, cette orientation doit être confirmée et appuyée. De même, des organismes ayant des mandats nationaux de services à l'enfance ou amenant une expertise particulière en planification et en évaluation pourraient jouer un rôle actif à ce niveau du réseau, en complémentarité avec le CHU mère-enfant.

L'Hôpital Sainte-Justine préconise un rapprochement avec d'autres CHU qui œuvrent auprès des enfants tels le CHU McGill et le CHU de Québec.

La Société canadienne du cancer recommande :

- Que le MSSS soit doté d'une direction ou d'un secrétariat ayant une responsabilité fonctionnelle nationale pour la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer.
- Que l'on confère un statut de « centre de cancérologie » aux établissements où un département de radio-oncologie existe et leur fournir les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer.
- Que le Gouvernement reconnaisse la priorité à être accordée au programme de lutte contre le cancer et qu'il le finance adéquatement.

VON Montréal Inc. est en accord avec l'option proposée. Une reconnaissance des organismes communautaires à but non lucratif en tant que partenaires permettrait aux équipes chargées de planifier les services de base d'avoir accès à des services spécialisés.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Les représentants de quatre cliniques privées d'avortement proposent que des ententes concrètes soient conclues entre leurs cliniques et les régies régionales ou les hôpitaux pour effectuer les avortements de 1^{er} et 2^e trimestres et ainsi utiliser de façon optimale les budgets qui y sont alloués actuellement.

Les médecins offriraient aux femmes les avantages qu'elles recherchent lorsqu'elles consultent en clinique privée tout en assumant l'entière responsabilité que de telles chirurgies impliquent. Certains hôpitaux devraient également pouvoir assurer le service à la minorité de patientes qui présentent des conditions médicales particulières nécessitant un support hospitalier.

Le fait d'offrir le service d'avortement à la fois dans le réseau public et privé protégerait les contribuables contre une escalade de coûts; les avortements effectués hors du réseau public devraient être pratiqués dans des centres désignés ce qui faciliterait le contrôle de la qualité des soins et des coûts.

Von Montréal Inc. considère que les organismes communautaires à but non lucratif du secteur privé devraient être reconnus comme des partenaires et subventionnés.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail
--

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre croit que cette option est intéressante lorsqu'elle est appliquée à des clientèles ciblées telles que le réseau mère-enfant ou le projet SIPA pour personnes âgées. Par ailleurs, une évaluation clinique et

financière des programmes existants, ainsi qu'un débat sur le libre choix du client pour son médecin et son établissement s'imposent avant de cheminer dans cette avenue.

L'Hôpital Sainte-Justine propose de mettre en place, à l'échelle provinciale, un Réseau mère-enfant complet et pleinement fonctionnel, dont le leadership serait assuré par l'Hôpital Sainte-Justine, le seul CHU mère-enfant du Québec. Ce réseau pourrait être défini ainsi :

« Regroupement, au moyen de mécanismes souples, de tous les intervenants agissant directement ou indirectement dans la dispensation des soins de santé et de services sociaux à la clientèle des mères et des enfants, dans le but de mieux adapter ces services aux besoins de cette clientèle. »

Il faut comprendre que le Réseau mère-enfant ne se substitue pas au réseau d'établissements actuels mais se construit comme une chaîne horizontale de services dédiés à une clientèle précise. Cette chaîne se concrétise par la mise en œuvre de programmes-clientèles à l'échelle du réseau provincial.

Le Regroupement des soins palliatifs à domicile propose :

- aux CLSC de la région, selon un regroupement qui pourrait être calqué sur celui des D.R.M.G., un modèle de soins infirmiers formés, expérimentés et accessibles 24 heures (sic), pour assurer à tous les malades qui en ont besoin des services palliatifs de qualité à domicile;
- de regrouper certains CLSC et leur permettre de former des infirmières capables d'offrir des services experts 24 heures sur 24 pour chacun des territoires de Montréal;
- de demander aux D.R.M.G. de prioriser la formation et la disponibilité des médecins pour le suivi palliatif à domicile et d'assurer un réseau de garde médicale 24 heures;
- une fois les CLSC et les médecins en place, de revoir les mécanismes de liaison pour les malades en fin de vie qui sont connus des hôpitaux et des cliniques pour référence aux CLSC;
- un budget protégé similaire à celui expérimenté avec le SIDA (SIMAD-SIDA).

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre considère que cette notion est en lien direct avec la rémunération du médecin et la hiérarchisation des soins. Lorsqu'un médecin généraliste atteint son plafond de rémunération, l'accessibilité est réduite. Si des conditions permettaient aux médecins de travailler en plus étroite collaboration avec divers professionnels, l'on améliorerait la continuité des soins, les mesures préventives ainsi que le suivi des patients. Une de ces conditions serait de réviser la délégation des actes médicaux aux autres professionnels de façon à injecter du temps-médecin dans la santé. Ainsi, le médecin pourrait coordonner l'ensemble des services de base et spécialisés requis par ses clients qui ont librement choisi leur médecin de famille.

Cependant, cette avenue ne solutionnera pas la grave pénurie de personnel. Un état de situation sur la disponibilité de la main-d'œuvre incluant une prévision des besoins à venir reliés à la hiérarchisation des services est nécessaire. Une stratégie ministérielle

doit être élaborée pour garantir la disponibilité des professionnels : recrutement compétitif dans les collèges et universités, rétention, délégation d'actes, recrutement de ressources provenant de l'extérieur de la province, rémunération compétitive.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

La Société canadienne du cancer et VON Montréal Inc. sont d'avis qu'un dossier électronique permettrait de faire circuler l'information reliée à chaque personne aux différents intervenants.

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre pense que cette option favorisera le continuum de soins et de services tout en réduisant l'information-papier. Le dossier résumé sur carte à puce est à considérer, suite à une évaluation exhaustive des projets pilotes ainsi que l'élaboration de critères de pertinence des données à recueillir, leur durée de conservation, l'accès, la confidentialité et la sécurité.

Le patient peut comprendre qu'il y va de son intérêt que l'information pertinente le concernant soit facilement et rapidement accessible à son médecin traitant et autres professionnels. Par contre, le patient veut savoir qui est le gardien de données et connaître le degré de sécurité accordé à la confidentialité des renseignements le concernant. Un choix de données disponibles à l'écran devra être fait. Le dossier patient doit être alimenté à la source par les différents systèmes pour éviter les coûts additionnels et risques d'erreur d'une double saisie.

L'informatisation du dossier patient présuppose un investissement important pour faire face à la vétusté technologique des systèmes en place. De plus, on doit se doter d'un véritable système d'information permettant de déterminer le coût par cas, la mesure des résultats et les analyses comparatives. Ce système doit être élaboré par les instances du réseau et financé par le MSSS.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre est d'avis que la rémunération des médecins doit être adaptée aux responsabilités de soins, de recherche, d'enseignement et administratives qui leur sont confiées. De plus, il serait important de trouver des modalités de rémunération pour inciter les médecins à participer aux activités prioritaires reliées aux besoins non comblés du système de santé : travaux spécifiques hors plafond, à l'urgence, en CHSLD, auprès des populations ciblées. L'établissement qui demande aux médecins d'accomplir des tâches administratives devrait agir en tant qu'employeur de ces médecins et ainsi en verser la rémunération.

Le CUSM constate la difficulté particulière qui est inhérente à un régime de rémunération à l'acte lorsqu'un hôpital comme le CUSM recherche des chefs de file administratifs médicaux au sein de ses rangs professionnels. La reconnaissance de ce travail essentiel doit, à l'avenir, faire partie intégrante des formules de rémunération.

L’Hôpital Sainte-Justine croit qu’il faut évoluer vers une approche de rémunération qui tienne pleinement et plus spécifiquement compte de la diversité des prestations attendues du médecin dans un contexte de centre hospitalier universitaire. Cette situation est encore plus cruciale dans un contexte de réseau intégré où le médecin sera appelé à faire des consultations à distance ou de la formation auprès des collègues, à travailler à distance et à s’impliquer dans diverses activités de gestion et d’évaluation de programmes. Dans ce contexte, l’approche d’enveloppe globale de rémunération applicable à un établissement et à des départements, mérite certes d’être expérimentée. Une telle approche doit cependant être assez souple pour tenir compte des fluctuations d’effectifs.

Les effectifs médicaux spécialisés deviennent de plus en plus difficiles à recruter et surtout à retenir. Il faut donc dès maintenant établir un plan d’investissements pour recruter et retenir cette main-d’œuvre qualifiée et celle des professionnels de la santé.

VON Montréal Inc. est en accord avec l’option proposée par la Commission.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Selon la **Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre**, les budgets des établissements devraient être établis non plus en fonction des budgets historiques mais en fonction des clients desservis, de la nature, de la complexité des services offerts ainsi que de la qualité des résultats obtenus en fonction d’indicateurs de performance cliniques et administratifs fiables, valides, préalablement connus et acceptés. Chaque type d’établissement devrait ainsi faire l’objet d’analyse de la performance et de la pertinence de ses actions sur le continuum des services à la population. L’argent est investi là où consomme le client.

L’Hôpital Sainte-Justine est prêt à assumer la responsabilité d’un financement basé sur un nouveau concept d’enveloppe budgétaire nationale pour le Réseau mère-enfant. La répartition des responsabilités entre les niveaux de services devrait reposer sur une approche bien documentée de hiérarchisation des soins dans laquelle chaque niveau assume sa charge et dispose du financement requis.

VON Montréal Inc. est en accord avec l’option proposée par la Commission.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Selon la **Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre**, le secteur privé, avec ou sans but lucratif, et le secteur communautaire ont de tous les temps été associés aux services de santé et cette participation doit être encouragée. Des règles claires et connues de tous (consommateurs et producteurs) devront cependant être établies. Le financement et la responsabilité du système de santé doivent demeurer

publics. Le public doit demeurer garant autant de la compétence du personnel que de la qualité des services rendus à partir de normes et standards préalablement établis. Il faut impliquer davantage les organismes communautaires afin de mieux adapter les services aux réalités ethnoculturelles de la région.

VON Montréal Inc. soutient que les organismes communautaires à but non lucratif devraient être reconnus comme des partenaires pouvant fournir des services et être subventionnés.

L'Hôpital Sainte-Justine, en tant que CHU mère-enfant, préconise un partenariat avec le privé. Sa mission recherche et évaluation des technologies l'incite à établir des liens importants avec le privé. Plusieurs projets sont financés par le concours du partenariat public/privé et on devrait encourager les CHU à poursuivre davantage dans cette veine tout en respectant les règles d'éthique.

Le Phare Enfants et Familles croit qu'il faut confier à un acteur privé sans but lucratif la responsabilité de développer un programme intégré de répit à domicile pour une population-cible dispersée dans la grande région montréalaise. Le Phare propose aussi qu'on explore la possibilité de confier au secteur privé sans but lucratif la production et la gestion de certains services qui se retrouvent actuellement dans le champ d'intervention des hôpitaux. Entre autres, la coordination des services pour cette clientèle ne devrait pas être confiée aux CLSC compte tenu du faible volume de clientèle. Une masse critique de clientèle est nécessaire au développement et maintien de l'expertise des intervenants.

La mise sur pied d'un environnement de répit intermédiaire combiné au programme de répit à domicile permettrait la création d'un secteur-témoin producteur et gestionnaire de services tels que l'on peut actuellement les retrouver dans les unités de soins intermédiaires, de soins palliatifs et de soins ambulatoires intensifs.

Le Regroupement des soins palliatifs à domicile croit que le gouvernement du Québec est le mieux placé pour démarrer la mise en place de services palliatifs de qualité à domicile. Dans les pré-requis, on souligne que des infirmières formées doivent assurer une garde qui couvre les nuits, les congés fériés et les fins de semaine avec disponibilité pour les retours d'appel (en moins d'une heure) ou pour une visite à domicile d'urgence si nécessaire. Ceci exclut donc d'emblée les infirmières d'agence privée engagées par les CLSC, ou de service 24/7, qui n'ont pas la formation et l'expertise requises.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre note que la Régie régionale a mis de l'avant un nouveau concept soit les ententes interétablissements pour les services administratifs et de soutien. Mais, il y a encore des possibilités de réorganisation dans ces secteurs. Cependant, très souvent les économies escomptées sont modestes, exigent des investissements majeurs et impliquent une réorganisation du travail qui vient bousculer les façons de faire et toucher les clauses des conventions collectives négociées au niveau national.

VON Montréal Inc. est en accord avec l'impartition de certains services, tels laboratoire et buanderie, à condition qu'ils soient moins coûteux et de qualité.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Concernant son projet spécifique, **le Phare Enfants et Familles** propose de mettre sur pied un continuum de services de répit entre l'hôpital et le domicile. L'objectif ultime étant d'offrir le soutien adéquat aux familles d'enfants atteints d'une maladie à issue fatale afin d'éviter l'épuisement des soignants naturels et les fréquentes réhospitalisations en unité de soins aigus. Ceci permettrait de soutenir les familles et de recentrer les hôpitaux pédiatriques sur leurs fonctions premières.

Le Phare propose donc deux axes d'intervention à confier à la gestion d'un acteur privé sans but lucratif :

- La mise sur pied d'un programme de répit à domicile
- Le développement d'un programme résidentiel intermédiaire de répit

La Faculté de Médecine et l'Université de Montréal croient à une vision globale des réseaux universitaires reliés à la santé, reconnaissant les spécificités de chacun. Elles demandent instamment au gouvernement du Québec et aux ministères concernés de formellement reconnaître l'enseignement et la recherche dans les CH désignés comme étant des activités faisant partie de leur mission principale au même titre que les activités de soins. Une reconnaissance formelle de mission d'enseignement devrait inclure les instituts et autres hôpitaux impliqués dans la formation des médecins de médecine générale.

La Faculté de Médecine recommande que la nomination des médecins spécialistes dans les milieux universitaires tienne compte de leurs activités réellement consacrées aux soins, sur la base d'équivalents temps complet. Ceci permettrait de rencontrer les exigences du plan d'effectifs médicaux tout en poursuivant les missions essentielles d'enseignement et de recherche.

Le CUSM recommande que le gouvernement investisse dans des réseaux accessibles et efficaces de soins primaires et secondaires. Cela permettra aux hôpitaux affiliés à une université de concentrer davantage de leurs ressources à offrir à ces réseaux et à leurs bénéficiaires un soutien professionnel par le truchement de soins, de recherche et d'enseignement de pointe dans leurs environnements spécialisés.

Le gouvernement doit reconnaître que la qualité des soins pendant toute la durée de vie des citoyens exige une attention à tous les groupes d'âge. La préoccupation à l'égard des besoins d'une population vieillissante ne doit pas compromettre un système stable et intégré de soins obstétriques, pédiatriques, gériatriques et aux adultes, prêt à répondre aux besoins des Québécois de tous les âges et d'origines ethnoculturelles variées. Le gouvernement doit appuyer la mise en œuvre de systèmes d'information sur la santé dans le réseau de santé du Québec et reconnaître le rôle de leadership que les hôpitaux affiliés à une université peuvent jouer à cet égard.

L'Hôpital Sainte-Justine suggère des réaménagements importants afin de répondre adéquatement aux modes de dispensation de soins. Les soins tertiaires exigent des locaux, des infrastructures et de la technologie plus sophistiqués alors que le virage ambulatoire requiert des aménagements bien différents de l'hospitalisation. Comme CHU mère-enfant, des efforts importants sont consacrés à l'intégration des activités de recherche et d'enseignement.

De plus, la reconnaissance du rôle du CHU mère-enfant devrait comporter aussi la responsabilité d'initier, avec les partenaires, la mise en place de systèmes de gestion de l'information clinique et administrative à l'échelle du Réseau mère-enfant. Cette information est essentielle au suivi clinique des patients, ainsi qu'à la planification et à l'évaluation des services. Un réseau à l'échelle du Québec exige un support adéquat des technologies de télésanté. En l'absence de telles technologies, le Réseau vivra des limites importantes, liées à la distance et à l'impossibilité de disposer de toutes les ressources dans toutes les régions du Québec.

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre propose les options suivantes :

- favoriser l'interdisciplinarité;
- offrir des services à domicile plus étendus et mieux adaptés aux réalités culturelles de Montréal;
- favoriser la prise en charge par l'individu de sa propre santé;
- augmenter les heures d'ouverture et assurer plus de disponibilité de services en CLSC et clinique médicale;
- pour faciliter l'organisation et l'intégration des services médicaux de 1^{re} ligne entre CLSC et cliniques privées, il est nécessaire de trouver le bon interlocuteur en clinique privée. Cet interlocuteur est les propriétaires de la clinique et non pas les syndicats de médecins (fédération). D'autres moyens d'intégration sont de faciliter l'accès aux services diagnostiques en établissement hospitalier aux médecins de 1^{re} ligne et d'assurer la continuité d'information sur la clientèle entre les hôpitaux et les médecins de la communauté;
- développer une méthode fiable d'évaluation, applicable par pathologie et permettant de diminuer les listes d'attente en chirurgie;
- augmenter les plages horaires pour les services diagnostiques, les cliniques externes, les salles d'opération;
- rehausser les admissions en faculté de médecine, en sciences infirmières et certaines spécialités professionnelles;
- mettre en place des outils d'évaluation de la pertinence des soins et services demandés.

Des modifications à l'organisation du travail apporteraient une plus grande flexibilité et efficacité au système :

- assouplir les conventions pour favoriser la mobilité, le décroisement des titres d'emploi et réorganisation du travail;
- décentraliser les négociations des sujets liés à l'organisation du travail ainsi que les politiques de gestion des cadres;
- modifier le Code du travail pour permettre la réduction du nombre d'accréditations syndicales;
- modifier le Code des professions pour dégager un nouveau partage des rôles et des pratiques;

- donner les moyens nécessaires aux établissements afin d'assurer la participation des médecins aux orientations de l'établissement;
- développer les compétences du personnel en clinique et en informatique.

B. *Appréciation des options financement*

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

VON Montréal Inc. s'oppose fortement à une diminution des services tels que les soins des yeux.

2. Sources, niveau et gestion de financement
--

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

VON Montréal Inc. s'oppose fortement à une augmentation de taxes.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Le Phare, en tant que témoin privilégié des difficultés financières vécues par les familles, considère qu'il est fondamental de maintenir le principe de la gratuité d'accès aux services de santé pour l'ensemble des citoyens.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Selon la **Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre**, les importantes listes d'attente et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée sont des facteurs prioritaires à régler avant de songer à vendre des services à des non-résidents. De plus, comment pourrait-on refuser l'accès à un service à un résident qui étant sur une liste d'attente serait prêt à en défrayer le coût ?

La vente de services devrait être limitée aux services ultraspécialisés et qui répondraient à des critères spécifiques :

- cas du secteur quaternaire : les greffes;
- attente à l'intérieur de critères normés;
- expertise professionnelle reconnue;
- disponibilité des ressources spécialisées;
- équipements de pointe disponibles;
- spécialité en développement et aide à la recherche;
- incitatif à la rétention du spécialiste au Québec
- rentabilisation des équipements.

Un organisme indépendant pourrait se prononcer sur tout nouveau dossier de vente de services.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre constate que le manque d'équité budgétaire entre les établissements perdure à cause des ajustements budgétaires et d'une certaine forme de centralisation que le MSSS continue à maintenir.

Le budget global devrait être remplacé par un mode budgétaire adapté aux différences de clientèles (santé physique, santé mentale...) ainsi qu'aux divers modes de prise en charge (cliniques externes, chirurgie d'un jour, hospitalisation ...) et lié au volume et à l'intensité des activités (jours-présences, visites à l'urgence, multipathologies...). Ce nouveau mode suppose la mise en place de systèmes d'information adéquats, standardisés et validés. Ce nouveau mode exigera un système de prix de revient élaboré pour estimer le prix réel de services par patient. Le processus budgétaire devrait s'établir sur trois ans.

Pour les budgets d'immobilisation, il serait important d'effectuer une mise aux normes de tous les secteurs du parc immobilier des établissements.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre suggère que les établissements devraient avoir la possibilité d'augmenter leurs revenus et de les conserver. Les sources de revenus possibles sont les activités commerciales, la location de chambres privées, la vente de services de soutien.

Le CUSM croit que le gouvernement doit reconnaître la nécessité de fournir les ressources requises pour relever le défi fondamental d'éduquer, d'engager et de retenir du personnel professionnel à tous les échelons du système de santé, en plus de reconnaître les défis particuliers de dotation en personnel des hôpitaux affiliés à une université. Pour ce faire, il doit s'engager à tenir des négociations réalistes et décentralisées sur les salaires et les avantages connexes, à améliorer le taux d'inscriptions dans les écoles professionnelles et à fournir les conditions favorables à l'acquisition continue du savoir.

Le gouvernement devrait appuyer la recherche et le développement de nouvelles approches efficaces aux thérapies médicales en finançant directement l'infrastructure de recherche dans les hôpitaux affiliés à une université.

Il existe peu de reconnaissance budgétaire de l'inévitable et coûteuse dépréciation des bâtiments et équipements hospitaliers. Une provision pour l'amortissement des immobilisations doit être consentie afin que les réparations et améliorations puissent être prévues et achevées de manière opportune et rentable.

La Faculté de Médecine et l'Université de Montréal recommandent la mise en place d'un mécanisme national de coordination intersectorielle des interventions des trois ministères (MEQ, MSSS, MRST) dans le fonctionnement administratif et le financement des centres hospitaliers d'enseignement et que ce mécanisme soit doté de pouvoirs et de moyens adéquats.

Afin que les centres hospitaliers d'enseignement (CHU, IU, CAU, etc.) puissent assurer un enseignement complet, la Faculté de Médecine et l'Université de Montréal recommandent que les ressources qui sont allouées aux établissements universitaires leur permettent de maintenir une large gamme de services et de cas traités, de se doter d'équipements de pointe et d'espaces suffisants pour accomplir leur mission d'enseignement et de recherche ainsi que de recruter un personnel titulaire d'une large gamme d'expertises de pointe et suffisamment nombreux pour s'acquitter à la fois de ses tâches de soins, d'enseignement et de recherche.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre estime que la présence d'une structure d'autorité régionale et locale bien organisée au plan sanitaire apparaît comme une condition importante du succès des réformes. La Régie régionale de Montréal-Centre a joué un rôle important dans la transformation majeure du système de santé au cours des cinq dernières années.

Un mécanisme de coordination interrégionale du grand Montréal pour les Régies de Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie et Montréal-Centre devrait être mis en place. Ceci permettrait une plus grande cohésion dans la réponse aux besoins d'une population mobile qui ne consomme pas nécessairement dans son territoire de desserte.

Les rôles des différents paliers pour que chaque palier soit non seulement responsable de ses actions mais aussi imputable au palier supérieur : Établissement - Régie régionale - Ministère - Gouvernement - Population.

Depuis deux ans, les interventions directes du MSSS, concernant l'acquisition d'équipements, apportent une certaine confusion dans le rôle et responsabilité de chacun des paliers. Les établissements ne savent plus de qui relève le mandat de coordonner l'achat d'équipements dans la région.

Le CUSM constate qu'au cours des 30 dernières années, le Québec a accordé une attention considérable à l'équilibre entre la gestion centralisée et décentralisée du système de soins de santé. Le modèle décentralisé qui a évolué ces dernières années est de loin préférable au contrôle centralisé. Sa sensibilité aux particularités, priorités et besoins locaux est une valeur importante et devrait être reconnue et appréciée. Comme tout modèle administratif, une approche décentralisée aux décisions en matière de soins de santé doit être appliquée avec une marge de manœuvre intégrée.

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal recommandent un arrimage spécifique entre les autorités régionales et les facultés de Médecine œuvrant dans la région. Aussi, la participation des facultés de Médecine au conseil d'administration de la Régie régionale est incontournable.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre propose la mise sur pied d'un plan de communication provincial visant la responsabilisation du chacun en matière de santé tel que :

- afficher le coût des divers services offerts à la population;
- le professionnel soignant devrait pouvoir donner un enseignement et suggérer des moyens pour éviter une détérioration plus grande;
- le ministère et les régies régionales devraient investir dans une campagne de marketing social pour modifier les comportements de consommation de services de santé.

Pour l'Hôpital Sainte-Justine, il importe que les intervenants soient bien arrimés entre eux, soient imputables des résultats attendus et aient des responsabilités définies et ceci à tous les niveaux de la chaîne de services.

En réponse aux questions posées par la Commission, **La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre** privilégie les options suivantes :

- clarifier les responsabilités des diverses instances : MSSS, Régie, établissements;
- revoir la délégation des actes médicaux;
- revoir la rémunération des médecins pour l'adapter aux responsabilités de soins, recherche, enseignement et administratives;
- s'assurer de la présence médicale en établissement;
- revoir l'organisation du travail;
- négocier régionalement et localement les conditions de travail.

De plus, les options rejetées sont : le recours excessif à la privatisation et à l'impartition.

La Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre offre toute sa collaboration ainsi que l'expertise de ses membres pour participer et s'impliquer avec la Régie régionale et le Ministère à la définition des outils d'analyse de la performance, du coût des services et au besoin, à l'élaboration d'un plan de communication. Elle peut collaborer avec la Régie régionale à exercer un leadership auprès de ses partenaires du réseau et des organismes communautaires dans la réalisation des solutions retenues. Elle est aussi disponible pour participer dans l'implantation de la carte à puce et au développement d'un système d'information.

8.3 CONTINUUM SANTÉ MENTALE (MIREILLE PERREAULT)

Avant de traiter des options, précisez, s’il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

➤ **Non-reconnaissance de l’importance de la maladie mentale dans le système de soins de santé au Québec:**

Indépendamment du groupe d’appartenance, tous les avis présentés font état, chiffres à l’appui, que la maladie mentale est en nette croissance : 12 % de toutes les hospitalisations au Québec et 2^e cause d’hospitalisation après les maladies cardio-vasculaires. En outre, la maladie mentale engendre non seulement des coûts directs au regard du système de santé mais également des coûts indirects tels ceux liés à l’absentéisme au travail : on estime qu’au Québec, les coûts directs et indirects liés à la maladie mentale sont de l’ordre de 3,5 \$ milliards.

Tant les établissements publics que les groupes communautaires et associatifs œuvrant en santé mentale revendiquent que le MSSS reconnaisse cet état de fait en investissant davantage au niveau de la maladie mentale et en identifiant clairement une enveloppe ou un budget « santé mentale ».

➤ **Non-reconnaissance des organismes communautaires en santé mentale :**

Les organismes communautaires en santé mentale œuvrent depuis plus de 30 ans; ils ont développé avant même les établissements publics, des équipes de suivi intensif dans la communauté, des centres d’intervention de crise, des ressources d’hébergement communautaire, etc. Ils ont participé activement au virage ambulatoire amorcé depuis plusieurs années, et ce, sans fonds de transition ni de consolidation. Le virage ambulatoire s’est traduit et se traduit encore par une augmentation substantielle de leur clientèle.

Les organismes communautaires font état du caractère unique et indispensable des services qu’ils offrent dans la communauté à la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les organismes communautaires revendiquent une reconnaissance réelle de la part du MSSS. Cette reconnaissance doit se traduire par des engagements financiers de la part du ministère : consolidation des organismes communautaires et amélioration des conditions salariales des professionnels travaillant au sein des organismes communautaires.

A. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

Une organisation sous autorité unique ne tient pas compte des particularités de la maladie mentale. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont tendance, et ce pour diverses raisons intrinsèques à leur maladie, à ne pas se diriger vers une porte unique de services.

Les services de base actuels en santé mentale – services dits de 1^{re} ligne – ne sont pas suffisamment développés et structurés. Un travail important doit être accompli à ce niveau. Il importe également de s'assurer des liens entre la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne.

Les organismes communautaires en santé mentale se disent prêts à travailler avec les partenaires du réseau public et non pas être à leur service. Ils sont partenaires à part entière tout comme les CLSC et le réseau institutionnel. Chaque partenaire doit œuvrer dans le cadre de leur mission respective et en partenariat. Deux conditions sont essentielles pour améliorer la collaboration entre partenaires : la confiance et l'acceptation mutuelles entre tous les intervenants œuvrant auprès de la clientèle.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Le regroupement des centres hospitaliers de soins psychiatres soutient qu'au regard des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, les départements de psychiatrie tant dans les centres hospitaliers psychiatriques que dans les hôpitaux de soins généraux, détiennent l'expertise et l'infrastructure pour cette clientèle. Conséquemment, ils doivent conserver la coordination du dispositif de soins spécialisés et surspécialisés pour cette clientèle : hospitalisation, clinique externe, hôpital de jour, soins intensifs dans la communauté, réadaptation, hébergement réadaptatif. Les centres hospitaliers de soins psychiatriques devraient supporter les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux et devenir des instituts de psychiatrie.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Seule une association de bénéficiaires s'est prononcée sur cette option en se disant contre la privatisation.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

On déplore le manque d'intéressement et de formation des médecins généralistes au regard de la santé mentale.

Les organismes communautaires sont disposés à recevoir des étudiants en médecine au sein même de leur organisation.

- Les organismes communautaires ne revendiquent pas que le client soit lui-même coordonateur de son dossier mais qu'il puisse choisir son coordonateur de services.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Inquiétudes formulées au regard de la confidentialité et de l'accès aux informations.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Les organismes communautaires offrent une gamme diversifiée de services à la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale : services de dépannage, de suivi communautaire, des milieux de vie, des centres de crise, de la réinsertion sociale, de l'intégration à l'emploi, de l'entraide, des milieux thérapeutiques, de l'écoute, de la formation, de la prévention, etc. En cela, les organismes communautaires s'inscrivent dans un continuum de services dispensés tant par le réseau public que communautaire. L'enracinement des organismes communautaires dans le milieu leur permet d'offrir des services à dimension humaine, petits, mieux adaptés à la personne, plus efficaces, plus prompts à s'adapter aux situations nouvelles. Conséquemment, il faut maintenir, consolider et développer ce secteur.

Si le gouvernement du Québec veut continuer de promouvoir un secteur communautaire créatif et innovateur il devra prévoir deux facteurs majeurs : un rattrapage salarial ainsi qu'une augmentation et une indexation semblables à celles du réseau public.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Le MSSS doit accorder une priorité à la promotion-prévention en santé mentale en réinvestissant des sommes dans ces programmes.

B. Appréciation des options financement

La place du communautaire est reconnue par le MSSS et les Régies mais le budget ne suit pas. Les organismes communautaires ont subi les contrecoups du virage ambulatoire en absorbant une très grande augmentation de la clientèle, beaucoup plus que l'équivalent du développement budgétaire reçu. Ils réclament un financement adéquat afin que toutes les personnes aux prises avec un problème de santé mentale soient assurées d'une accessibilité équitable à des services adaptés à leurs besoins.

1. Panier de services assurés
--

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Désaccord avec l'option (association de parents).

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Inquiétudes soulevées pour les usagers démunis financièrement.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Tant les établissements du réseau public que les groupes communautaires et associatifs décrivent que les services de santé mentale sont sous-financés alors que les coûts sociaux directs et indirects pour la société sont majeurs. Ce sous-financement se répercute sur l'allongement des listes d'attente, l'augmentation des achalandages aux urgences et l'insuffisance flagrante des soins dans certaines régions.

On recommande la création d'un fonds pour la santé mentale ou une enveloppe protégée « santé mentale ».

Les organismes communautaires revendiquent un financement adéquat et une reconnaissance des compétences, qualifications, expérience et expertise développées par le personnel du communautaire.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

Il est nécessaire que chaque niveau d'autorité soit précisé et respecté.

Le MSSS doit mettre de l'avant une réorganisation qui freine le clivage existant entre les organismes communautaires et les établissements publics.

Le MSSS doit favoriser l'intersectorialité et le décloisonnement des politiques et des ministères.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

8.4 CONTINUUM DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (MONIQUE CHICOYNE)

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis

L'ensemble des groupes et établissements souligne que la présente consultation ne semble porter que sur les services de santé et omettre tout l'aspect des services sociaux. Il apparaît à certains l'importance de rester prudent quant au développement d'un modèle qui réglerait les problématiques d'un secteur et qui serait ensuite appliqué à l'ensemble du système.

Dans le contexte, tous tiennent à rappeler la particularité de la clientèle qu'ils desservent. Il faut savoir que la déficience intellectuelle n'est pas une maladie mais un état et donc que les personnes présentant une déficience intellectuelle, de même que leur famille, auront souvent besoin de soutien tout au long de leur vie.

Par ailleurs, l'organisme **ATEDM** (Autisme et Troubles Envahissants du Développement) propose que le MSSS reconnaisse :

- l'autisme et les TED comme une entité spécifique ayant sa propre organisation de services et son propre budget;
- le besoin de surspécialisation afin de planifier le développement de l'expertise parallèlement à l'organisation de services.

A. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

Les groupes de promotion se disent d'accord avec une organisation de services gravitant autour du CLSC mais avec certaines réserves :

- les CLSC mettent généralement des clientèles en priorité, généralement pas la déficience intellectuelle;
- le nombre restreint de personnes handicapées par territoire de CLSC ne favorise pas le développement de l'expertise.

Il est donc suggéré une meilleure formation du personnel en CLSC, la désignation d'une équipe de base ayant le mandat spécifique de s'occuper de cette clientèle et un lieu d'accueil à l'échelle régionale, plus spécialisé en déficience intellectuelle.

Les centres de réadaptation auraient apprécié que la Commission se questionne quant à l'organisation de services existante, basée sur une structure « première ligne » et « deuxième ligne ». Selon eux, ce modèle date des années '60 et n'est peut-être plus adapté à notre réalité.

Il est souligné que dans le secteur de la déficience intellectuelle, le modèle de services, semblable à celui proposé ici, est déjà en place. Il n'y manque que la concertation entre les différents ministères et l'adoption d'une politique globale en déficience intellectuelle.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Les groupes de promotion considèrent cette option convenable au regard de l'organisation des services médicaux. Par contre, pour ce qui est des personnes présentant une déficience intellectuelle cela se traduit souvent par une exclusion des services généraux.

Ils proposent plutôt une organisation autour des besoins de la personne. Cela suppose que l'argent soit attaché à la personne.

Les centres de réadaptation précisent qu'ils détiennent une expertise spécialisée en ce qui concerne l'intégration sociale et que de plus, ils ont développé une expertise surspécialisée.

Ils souhaitent que le leadership de leur établissement soit reconnu.

ATEDM préconise la mise sur pied d'un centre virtuel pour l'autisme et les TED, sous l'autorité du MSSS et en lien avec les milieux universitaire, médical et celui de l'intervention.

Au niveau régional, il suggère de développer des centres d'évaluation.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Selon **les groupes de promotion**, la production privée des services n'est ni un gage de qualité, ni de véritable contrôle des coûts.

Ils ne sont pas favorables à cette option car les risques de voir se détériorer la qualité des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle paraissent évidents. Cette clientèle n'est pas potentiellement rentable.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Les groupes de promotion jugent intéressant d'impliquer les médecins de médecine privée mais utopique de croire qu'ils le feront tous et suffisamment. Par ailleurs, une telle hypothèse est dangereuse pour ceux qui ont besoin de plusieurs services.

Une organisation de base doit se faire à partir des CLSC et elle doit assurer que toute personne pourra trouver réponse à ses besoins.

Pour ce qui est de **ATEDM**, la responsabilité clinique et financière devrait être confiée au centre d'évaluation.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Pour **Les groupes de promotion** cette option est à rejeter car, actuellement, peu de médecins ont une grande compétence sociale, pas plus que des talents de coordonnateur d'une équipe multidisciplinaire.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Si l'objectif est de restituer à la personne la possibilité de maîtriser l'information qui la concerne, **les groupes de promotion** considèrent l'hypothèse intéressante car du même coup cela favoriserait le travail des médecins et éviterait les incohérences et les coûts inutiles.

Il faut toutefois rester prudent quant à l'aspect de confidentialité.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Les groupes de promotion croient que le mode de rémunération à l'acte a une incidence évidente et peu appropriée pour une médecine de qualité qui nécessite de plus en plus de coordination.

Ils voudraient aussi voir se questionner la pratique médicale car on interpelle rarement le médecin sur l'atteinte de résultats ni sur l'adéquation de ses interventions.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Les groupes de promotion et les centres de réadaptation s'entendent pour dire que le financement des établissements doit être basé sur les besoins des personnes.

Les centres de réadaptation souhaitent que des coûts de services crédibles soient fixés, que les moyens soient pris pour éliminer les listes d'attente et que des indicateurs de gestion soient identifiés afin de mieux évaluer les besoins des personnes et les budgets requis pour y répondre.

Les groupes de promotion soulignent que l'évaluation de la performance des établissements est intéressante en soi mais que les usagers en sont malheureusement toujours exclus.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Les groupes de promotion ne sont pas favorables à une extension de la production privée des services médicaux et professionnels. Ils sont carrément hostiles au délestage systématique des services sociaux dans le communautaire.

Les organismes communautaires peuvent soutenir les personnes, contribuer à leur autonomie et constituer un lieu de solidarité mais le Gouvernement devra en stimuler le développement et en améliorer le financement.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

Les groupes de promotion sont favorables à cette option dans la mesure où nous nous assurons :

- que les services essentiels soient de qualité
- du réel contrôle des coûts.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

Les groupes de promotion sont défavorables à cette option car elle conduit à priver de services les personnes les plus pauvres et celles qui ont besoin de services très diversifiés et spécialisés.

Ils se questionnent sur la rentabilité de la non assurance et de la désassurance.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Selon **les groupes de promotion** c'est la seule option garantissant une équité de tous les citoyens.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Les groupes de promotion ne sont pas favorables à cette proposition. En effet, les personnes présentant une déficience intellectuelle figurent parmi les moins nanties de notre société. Elles ont des besoins similaires à la population en général mais ont des besoins supplémentaires, liés à leur fragilité.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Pour **les groupes de promotion** cela ne règlera pas l'inéquité dans les services de santé et les services sociaux, à moins que les contributions ne soient pensées en fonction des revenus des personnes.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Pour **ATEDM**, l'évaluation et les recommandations émises par le centre d'évaluation mèneraient à l'achat de services et au développement concret de ceux-ci, incluant la formation d'experts pouvant superviser l'application des interventions intensives spécialisées.

A. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

Le **centre autisme et TED** relèverait du MSSS. Il aurait à coordonner, planifier, évaluer et contrôler l'implantation des services. Nous pourrions retrouver sous son autorité deux centres d'évaluation, l'un à Montréal et l'autre à Québec.

De l'avis **des groupes de promotion**, si les régies régionales venaient à disparaître, il y aurait tout lieu de craindre pour l'accès aux services pour certaines clientèles. Il semble évident que les régies régionales doivent jouer un rôle de coordination et de planification.

L'un des **centres de réadaptation** recommande que l'engagement des partenaires des divers ministères soit balisé dans une politique claire.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

Les centres de réadaptation se disent responsables et imputables de la prestation des services à la clientèle présentant une déficience intellectuelle, tels que mandatés par la loi. Ils se considèrent aussi responsables et imputables de l'obtention des services autres, requis pour leur clientèle, tels des services scolaires, de santé, psychiatriques, de main-d'œuvre, de transport, de loisirs, etc.

Ce modèle signifie :

- un point fixe de responsabilités cliniques et financières pour cette clientèle, soit les CRDI;
- que les CRDI sont responsables de l'arrimage du partenariat et des ententes entre les différents dispensateurs;
- qu'il y a une autorité unique responsable et imputable d'organiser et de dispenser les services.

8.5 CONTINUUM PERSONNES ÂGÉES (LUC LAPOINTE)

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

Organismes communautaires (2) :

- D'emblée, les organismes communautaires appuient l'idée d'un système global de santé et de services sociaux entièrement public car c'est la seule façon, selon eux, de s'assurer que tous et chacun aient accès à la même qualité de service indépendamment de leur revenu. Cette position découle du fait que les personnes âgées ont généralement un revenu très faible et par conséquent, cela fait d'eux des citoyens très vulnérables qui ne pourraient avoir accès aux services dont ils ont besoin. Ce qui ressort également des mémoires, c'est que le MSSS doit réinvestir dans le système public, principalement dans les services de première ligne dont les CLSC seraient la porte d'entrée du système des services d'aide à domicile. Il devient alors primordial de développer davantage le partenariat des CLSC avec les organismes communautaires; de s'assurer que les services de base communs à tous les CLSC soient uniformes pour éviter les disparités entre territoires de CLSC et finalement faire en sorte que les services soient donnés dans une langue qui est familière aux clients.

Regroupement d'établissements (2) :

- Celui-ci appuie sans réserve le principe qui veut que les soins et les services de santé soient offerts en fonction de l'état de santé et des besoins et non en fonction des ressources humaines, financières et matérielles ou autres. Ce qui n'exclut toutefois pas que les citoyens les mieux nantis puissent être appelés à contribuer davantage sous une forme ou sous une autre. Quant à la privatisation, il existe deux écoles de pensée. La première qui dit qu'il faut rejeter celle-ci, tout en favorisant une meilleure utilisation des forces du public et du privé déjà existants. L'un étant complémentaire de l'autre, le défi consiste plutôt à développer les moyens qui les rendront, l'un et l'autre, plus performants. L'autre école affirme que la présence d'établissements privés représente une opportunité pour le réseau de la santé et des services sociaux. Ceux-ci travaillent en complémentarité avec le secteur public et ont démontré leur capacité à prendre et à bien servir une clientèle en perte d'autonomie tant au niveau de l'hébergement que des soins. Il en ressort qu'un client hébergé dans un de nos établissements privés ne coûte rien au réseau et c'est une place de plus rendue disponible dans le secteur public pour un client souvent plus ou moins fortuné.

Population (2) :

- La population se préoccupe beaucoup de la qualité de vie des résidants qui a été maintes fois compromise par des réductions de services. On pense entre autres à la réduction du nombre d'employés intervenant directement auprès des usagers, d'une diminution des portions dans les repas offerts ainsi qu'à une réduction dans les services de la literie. La population est d'avis que l'État doit réinvestir dans les services de santé et des services sociaux, principalement dans les services de première ligne.

Autres organismes (1) :

- L'équipe de SIPA désire par la présente apporter certaines précisions à partir de l'expérience d'implantation du modèle SIPA. Elle veut nous faire part de certaines

observations quant au potentiel de changement dans les pratiques cliniques qui émanent de l'adoption de ce concept et proposer des éléments pour favoriser l'émergence d'une culture d'expérimentation dans un domaine aussi complexe que celui de l'organisation des services.

A. *Appréciation des options organisation de services*

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

Organismes communautaires (2) :

- L'idée d'une organisation territoriale des services de base sous autorité unique semble être pour eux un concept très vague qui nécessiterait davantage d'information avant de pouvoir la commenter en toute connaissance de cause. Toutefois, la décentralisation des services qui s'y rattache est un aspect inquiétant pour les organismes communautaires. À première vue, il apparaît difficile de trouver un équilibre entre la stratégie concertée, les besoins de la population et les contraintes budgétaires.

Regroupement d'établissements (2) :

- Cette solution semble peu viable car le regroupement de structures d'établissements relèverait d'une solution trop complexe, compte tenu de la nature du problème. Toutefois, on s'entend pour dire que l'organisation locale des services médicaux doit constituer l'étape première obligée de toute réforme.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- Dû à leurs activités qui se veulent être des services de première ligne, l'organisation de services spécialisés est un concept très vague qui nécessiterait plus d'éclaircissement. L'idée que cette organisation permettrait à l'équipe de base par exemple d'avoir accès ou d'acheter ces services est un concept inquiétant et déconcertant.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Les organismes communautaires font la dissociation entre participation avec le secteur privé à but lucratif et participation avec le secteur privé à but non lucratif. Dans le premier cas, c'est une option non valable car cela risquerait de compromettre les soins, l'accessibilité et l'efficacité des services. Cela semble

utopique de penser qu'une entreprise à but lucratif puisse livrer les services sachant que leur premier objectif est de contrôler les dépenses et de garantir des profits à ses actionnaires. Quant au secteur privé à but non lucratif, c'est une option qui mérite d'être discutée. Toutefois elle comporte certaines implications telles que compensations financières aux organismes communautaires, élaboration d'indicateurs de standards de qualité pour ceux-ci, standardisation des services, accréditation gouvernementale des services, autonomie des organismes communautaires et autres.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- Difficile de commenter cette option dû à un manque d'information à ce sujet.

Regroupement d'établissements (2) :

- À la lumière de leur compréhension, le regroupement est d'avis que l'on mette l'accent sur la gestion intégrée des services. Des expériences tels SIPA et le guichet unique doivent être poursuivies et accélérées, selon le cas. Comme autre avenue, le regroupement appuie la mise en place d'une loi pour obliger les établissements et médecins à créer une organisation locale des services médicaux à caractère décisionnel. On propose donc la mise sur pied d'une organisation locale qui pourrait être reliée à des structures déjà existantes tels les départements régionaux de services médicaux. Ainsi, les médecins seraient responsabilisés et impliqués directement dans l'organisation locale des services médicaux. La solution ainsi proposée a le double avantage de n'obliger personne et de ne modifier aucune des structures existantes, tout en respectant le rôle et la réalité tant des établissements publics que des cliniques privées. En complément avec les éléments ci-dessus, on demande à ce que les actes délégués soient soumis à un examen rigoureux, ne serait-ce que pour vérifier s'ils répondent toujours aux besoins réels. La refonte des lois professionnelles permettrait probablement de régler cette question. Bien entendu, le regroupement est d'avis que la lourdeur des conventions collectives, de la bureaucratie et de la réglementation doit être revue, allégée et corrigée.

Autres organismes (1) :

- Le modèle SIPA actuellement en expérimentation, repose sur un principe de capitation (l'argent suit l'utilisateur) sur une prise en charge territoriale de la population des personnes âgées en perte d'autonomie et sur le regroupement de l'imputabilité clinique et financière au sein d'une seule instance décisionnelle, une équipe de première ligne (en CLSC). La coordination de ces services est assumée par une équipe multidisciplinaire de manière à pouvoir répondre plus adéquatement possible à tous les besoins de l'utilisateur que se soit sur le plan physique ou social. Ce même modèle propose un continuum de services rendu possible par une intégration verticale des services sans changement de structure. Il exige donc une conception « réseau » de la fonction gestion de cas pour actualiser la responsabilité clinique

pour l'ensemble des services, un fonctionnement interdisciplinaire fort, un médecin de famille qui agit en tant que coordonnateur de l'ensemble des services médicaux et une responsabilité financière de l'équipe de base, lui permettant l'achat de services. Considérant que le projet fonctionne avec un groupe restreint d'utilisateurs et qu'il évolue dans un environnement plutôt théorique, il semble prématuré de pouvoir se positionner sur les avantages d'un tel modèle. Par contre, il est indéniable que l'apport de SIPA a amené beaucoup de changements dans les pratiques professionnelles et que, juste à ce titre, l'expérience en vaut la peine.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- Les organismes communautaires croient que cette avenue mettrait en péril la qualité, l'accessibilité et l'efficacité du système. De plus, cette option leur apparaît très peu réaliste dû à l'effort considérable qu'il faudrait déployer pour la mise en place d'une réorganisation des services et du personnel tout entier.

Autres organismes (1) :

- C'est une option qui s'intègre bien dans l'approche SIPA.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- Nous reconnaissons l'efficacité d'une telle option mais craignons à la violation des droits à la confidentialité du patient qui pourrait s'ensuivre.

Regroupement d'établissements (2) :

- En général, les établissements sont d'accords avec cette solution. Cela permettrait d'obtenir l'information beaucoup plus rapidement tout en évitant le dédoublement. On croit même à une plus grande confidentialité. Il est même proposé à ce que l'implantation de la carte à puce se fasse d'abord auprès des personnes âgées. Il n'y a qu'une seule condition, soit celle à l'effet que le législateur adapte rapidement le contexte légal afin de faciliter et bien encadrer l'utilisation de ces nouveaux outils.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- C'est une avenue intéressante qui doit être explorée davantage.

Regroupement d'établissements (2) :

- Le regroupement est d'accord à ce que les modalités de rémunération des médecins soient revues.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- Il nous est difficile de se positionner ou de commenter cette option dû au manque d'information telle que : quelles sont les implications de la qualité des résultats obtenus en fonction d'indicateurs de performance ? Qui établirait les standards ? Qui verrait à l'application de ces standards ? Quelles seraient les conséquences financières si les standards n'étaient pas atteints ou dépassés ?

Regroupement d'établissements (2) :

- Il nous apparaît injuste pour la grande région de Montréal, d'établir les budgets sur le seul critère démographique. En effet, nous sommes d'avis que les critères socio-économiques doivent aussi entrer en ligne de compte. À cet effet, nous appuyons les travaux du MSSS réalisés par le groupe Pampalon. Le regroupement est favorable à l'élaboration de d'autres indicateurs utiles telles la nature et la complexité des services offerts ainsi que la qualité des résultats obtenus en fonction d'indicateurs de performance.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Organismes communautaires (2) :

- De façon générale, il faut exclure totalement le secteur privé dans le système de santé et de services sociaux. Ces services doivent être financés entièrement à même les fonds de l'État parce qu'ils sont plus efficaces, que la qualité des soins y est supérieure et que l'accessibilité et l'équité y sont préservées. Toutefois, il y a une ouverture certaine pour accorder plus de responsabilités aux organismes communautaires. Si tel était le cas, il faudra s'assurer de toucher les questions relatives aux compensations financières, à l'accessibilité, à la qualité des soins et à l'autonomie organisationnelle. Ce qu'il faut retenir également, c'est le fait que le rôle du secteur communautaire ne doit pas être vu comme une composante du réseau mais plutôt comme un partenaire œuvrant principalement dans le cadre de la promotion et la prévention primaire. Il ne faut surtout pas dénaturer les services des organismes communautaires. Ce qui signifie que les organismes communautaires refusent de donner des services qui relèvent des services de nature curative ou d'urgence. Ces services doivent relever du système public et de ses composantes, particulièrement des CLSC. Il est à noter que les organismes déplorent le fait que la prévention accapare peu d'intérêt d'ajout budgétaire au profit du curatif et de l'urgence. En dernier lieu, on désire préciser le fait que les entreprises d'économie sociale ont une place dans le réseau mais que celles-ci ne doivent pas entrer dans le champ d'exercice du communautaire. Ces entreprises ressemblent beaucoup plus à de la privatisation mais à but non lucratif.

Regroupement d'établissements (2) :

- Certains préconisent une méthode à deux volets. La première étant la méthode « ERS », c'est-à-dire évaluer les services qui sont de types « essentiels », « recommandables » et « souhaitables ». Pour y arriver, il faut préalablement avoir

soumis les pans entiers de notre système de santé et de services sociaux à une revue critique et objective et en faire un débat de société. Une fois le premier volet terminé, il s'agit par la suite de statuer sur l'acteur qui est maintenant le plus apte à répondre aux besoins du client. D'autres ont mentionné que l'hébergement offert par les établissements privés devrait être intégré au continuum de services disponibles pour les personnes âgées puisqu'il est complémentaire. Le secteur privé est déjà présent et moins coûteux de par certains programmes. Sur une base temporaire, on pense entre autres au programme de désengorgement des hôpitaux durant les périodes de pointe. Sur une base plus prolongée, on peut penser aux programmes d'achat de places du MSSS ou au programme d'ententes de services développé par la Régie de Laval. Il y aurait place à développer davantage ce type de partenariat. Mais, nous sommes contre l'idée de privatiser le système de santé et des services sociaux. Notre défi est de favoriser une meilleure utilisation des forces du public et du privé.

Population (2) :

- Les gens reconnaissent que le système actuel est le résultat d'une coexistence entre le privé et le public. Toutefois, ils craignent que dans le cas d'un plus grand champ d'activités du privé, les soins de santé deviendraient extrêmement coûteux et ceci réduirait l'accessibilité aux soins et services pour les personnes âgées et les personnes moins fortunées. Dans le cas des services d'aide à domicile, on est à l'aise avec l'idée que cette activité fasse l'objet d'impartition. Cependant, étant donné le type de clientèle que sont les personnes âgées, il serait préférable d'entretenir le climat de confiance qui s'est déjà établi entre les personnes âgées et le personnel du CLSC en maintenant la coordination de ces services par le personnel du CLSC. Quant à l'hébergement, certains recommandent de développer des centres de Santé pour de la convalescence ou le dépannage de famille. On croit que cela pourrait faire l'objet d'un projet financé à la fois par le public et le privé.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- On a des craintes à l'effet que la sous-traitance puisse mettre en péril la qualité des services et compromettre l'engagement à satisfaire aux besoins des patients. Il faut donc investiguer davantage sur cette option avant de retenir une telle orientation.

Regroupement d'établissements (2) :

- Le regroupement est plutôt favorable avec cette option en autant que cela demeure dans les limites identifiées au point précédent.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Population (2) :

- Deux options ont été soulevées par la population. Premièrement, la création de centres de santé où les personnes opérées ou traitées pourraient séjourner dans le calme en attendant la reprise de leur rétablissement (voir le point 4,2 ci-dessus). Il est également proposé de revoir le rôle des infirmiers et infirmières afin d'augmenter leurs champs d'activités. Bref, l'organisation du travail et la gestion des établissements publics doivent faire l'objet d'une révision avant de couper des services aux citoyens ou d'augmenter les impôts.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Il n'y a aucune ouverture sur ce type de solution. On refuse catégoriquement toute forme de désassurance car cela aurait automatiquement des effets négatifs significatifs sur les personnes âgées. Il appert que nos citoyens âgés ont contribué pendant plusieurs années au développement de notre filet de sécurité de services et il serait répréhensible de leur retirer ces bénéfices au moment où ils en ont le plus besoin.

Regroupement d'établissements (2) :

- Par sa méthode ERS, le regroupement est d'avis qu'il ne faut pas craindre de remettre en question les acquis du système québécois de la santé et des services sociaux. En revoyant en profondeur les services que les CHSLD donnent, devraient donner et à qui il serait rentable à tous égards d'en confier la réalisation, il serait alors pensable de réévaluer le panier de services et d'en faire partager la responsabilité en fonction de la capacité de payer de chaque individu.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- La seule possibilité de mettre en place une telle option serait d'accroître l'assujettissement à l'impôt des entreprises. Sinon, cela devient une option non viable puisque nous sommes la province la plus taxée pour les particuliers. Un fardeau de taxe supplémentaire ne contribuerait en rien à résoudre les problèmes du système.

Regroupement d'établissements (2) :

- Considérant que le Québec est la province où les particuliers sont les plus taxés en Amérique du Nord, il ne serait être question de la taxer davantage en augmentant les impôts. Nous sommes d'avis qu'en matière de fiscalité, c'est plutôt du côté des exemptions fiscales qu'il faut regarder les solutions.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Les organismes communautaires s'opposent radicalement à toute forme de rehaussement de la contribution des usagers. Cela viole l'esprit même d'un système de santé public. De plus, on croit que cela aurait l'effet de limiter l'accessibilité aux soins nécessaires et donc l'obtention de ceux-ci serait impossible pour les citoyens à faible revenu parmi lesquels se retrouvent beaucoup les personnes âgées.

Regroupement d'établissements (2) :

- Une fois le panier de services bien identifié, le regroupement croit que la contribution des personnes hébergées devra faire l'objet d'un réexamen au niveau des taux utilisés. Il appert que la contribution actuelle est historique et peu de personnes se souviennent comment elle a été établie. Il est proposé que la contribution maximale (plafond) de l'adulte hébergé soit déterminée en fonction des coûts réels de l'hôtellerie (les soins étant gratuits dans le secteur public), tout en s'assurant que des augmentations régulières maintiennent ce montant maximum au coût réel de l'hébergement. De plus, on croit que la révision des implications fiscales des contributions pour l'hébergement permettrait au gouvernement de récupérer des dizaines de millions de dollars tout en recréant une meilleure justice sociale.

Population (2) :

- La population manifeste une forte opposition à toute hausse des prix d'hébergement dans les CHSLD. Les tenants de cette position affirment qu'on se doit de rétablir le financement adéquat des établissements de manière à éviter un système à deux vitesses (un pour les riches et l'autre pour les pauvres) et reconnaître que les services de santé sont un droit pour tous les Québécois(es) et non un luxe que certains privilégiés peuvent se payer.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Si on se réfère à l'impact que le régime d'assurance-médicament a eu sur les personnes âgées, on se doit d'exclure cette option. Malgré les révisions apportées par le système, il y a encore aujourd'hui beaucoup de personnes âgées qui n'achètent pas leurs médicaments ou les achètent en partie seulement parce qu'elles ne peuvent se permettre de payer leur loyer, épicerie ou aide domestique. Nous prévoyons que ce problème s'accroîtra aussitôt que les personnes âgées paieront des primes plus élevées.

Regroupement d'établissements (2) :

- Selon nous, il existe certaines expériences européennes de caisses ou d'assurances qui sont intéressantes à regarder. Elles pourraient permettre à la collectivité québécoise un partage plus équitable de la responsabilité d'aider nos concitoyens qui ont la malchance de connaître une perte d'autonomie permanente. Il serait donc pertinent d'explorer ces pistes de solutions.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Les organismes communautaires s'opposent radicalement à cette avenue. On croit que ce n'est pas réaliste dans la mesure où les docteurs, infirmières, techniciens et autres travailleurs de la santé seront en mesure de maintenir le niveau actuel de service en plus d'assumer la responsabilité de fournir des services additionnels aux clients qui vont payer.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

Organismes communautaires (2) :

- Les difficultés financières actuelles résultent d'une structure de base de subvention inadéquate pour le système entier. Toutefois, notre position est à l'effet que le réaménagement de notre système actuel de distribution ne s'attaquera pas aux vrais problèmes.

Regroupement d'établissements (2) :

- Considérant que la région de Montréal est différente des autres régions, nous sommes d'avis à adapter les modes d'allocation budgétaire afin que les ressources soient accordées en fonction des besoins et non pas en fonction des structures existantes. Cela permettrait d'avoir une meilleure accessibilité à des services comparables. De plus, il faudrait approfondir la possibilité de diviser en deux parties bien distinctes les budgets des établissements, par exemple en séparant les coûts d'hôtellerie des coûts directement reliés aux services et aux soins de longue durée.

Autres organismes (1) :

- Dans le contexte du projet SIPA, une budgétisation des établissements en fonction de la nature des services fournis, plutôt que sur une base historique, faciliterait certainement la mécanique administrative d'achat des services spécialisés par l'équipe de base, et par la même occasion, l'exercice de la responsabilité clinique et financière.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Regroupement d'établissements (2) :

- Tout en assurant le financement public du réseau, le regroupement est d'avis que l'on doit s'efforcer de développer dans toute la mesure du possible d'autres sources de revenus, notamment la tarification des services, les fondations, les partenariats privés avec les médecins exerçant en clinique privée et la collaboration dans la mise au point d'équipements, de fournitures ou de médicaments. On pense entre autres à la révision de certaines mesures fiscales, notamment celles qui ont

trait aux dons et aux frais médicaux. Le regroupement des CHSLD privés autofinancés du territoire de Montréal propose le développement d'un programme d'allocation aux citoyens. Celui-ci serait semblable à celui qui existe au gouvernement fédéral, c'est-à-dire le programme d'allocation aux citoyens pour les Anciens combattants. Ces derniers peuvent choisir parmi des établissements reconnus par le ministère des Anciens combattants et, si nécessaire, une allocation supplémentaire est versée pour lui permettre de demeurer à l'endroit de son choix et de recevoir les soins et services que son état de santé requiert. À notre avis, un programme similaire pourrait être mis en expérimentation sur notre territoire.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

8.6 ADAPTATION SOCIALE (FRANÇOISE ALARIE)

- Les groupes qui ont présenté un avis à la Commission sont les suivants :
- Table des groupes de femmes de Montréal qui représente 60 organismes
 - Centre d'excellence pour la santé des femmes – Université de Montréal (CESAF)
 - AFEAS Montréal – Laurentides – Montérégie
 - AFEAS Montréal-Est Pointe-aux-Trembles

Les groupes de femmes (à l'exception des AFEAS) qui ont déposé un avis à la Commission au Sommet de la santé présentent plusieurs similitudes.

Une exception : l'Association féminine d'éducation et d'action sociale de Montréal-Est et de Pointe-aux-Trembles (AFEAS) qui ne présente pas un point de vue d'ensemble mais qui nous a transmis les résultats sommaires d'un vote tenu par ses membres sur les différentes options présentées.

Les groupes de femmes (à l'exception des AFEAS) ont insisté sur l'importance :

- d'une **reconnaissance des inégalités socio-économiques des femmes** comme déterminants de la santé notamment pour certaines catégories doublement discriminées telles les femmes des communautés ethnoculturelles, les femmes vivant avec un handicap et les lesbiennes.
- d'une **analyse du système de santé** qui tienne compte :

- des **différents courants de pensée** et non seulement d'une vision centrée sur l'efficience et la réduction des dépenses publiques comme le suggèrent les documents de la Commission ou le secteur privé;
- des **besoins de la population en fonction de la variable « sexe »** pour une offre de services plus pertinente et efficiente;
- des **effets pervers du système de santé actuel sur la situation des femmes** (à la fois **comme usagères, travailleuses du réseau, aidantes naturelles** dans les familles où elles accomplissent du travail invisible et gratuit).
 - Les femmes qui consultent davantage et qui constituent un segment important de la population pauvre et âgée pourraient se voir confrontées à un accès moindre aux services
 - Les femmes comme travailleuses verront leurs conditions de travail se détériorer
 - Les femmes subiront des pressions importantes pour assumer le rôle d'aidantes naturelles qui reproduit la division sexuée des rôles sociaux *
- de l'impact des facteurs suivants sur la croissance des coûts de santé
 - **L'exagération de l'impact du vieillissement** de la population
 - **L'offre de services** comme élément contribuant à l'augmentation des dépenses
 - Les **nouvelles technologies** de la santé
- Des principes de **gratuité, d'universalité et d'accessibilité des services** de santé et des services sociaux

* Tous les groupes de femmes ont souligné avec beaucoup d'insistance les impacts de la désinstitutionnalisation, du virage ambulatoire, de la privatisation des services sur les personnes âgées et les aidantes naturelles.

A. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

Tous les groupes de femmes favorisent une organisation territoriale des services de base dont les **CLSC pourraient être les maîtres d'œuvre**.

Il est toutefois recommandé de consolider le réseau des CLSC afin de le doter de pouvoirs réels pour adapter les services aux particularités de chaque région et établir des consensus sur les objectifs à atteindre et les indicateurs de réussite.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Aucun commentaire ou opinion mentionné sous cette rubrique.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Deux organismes sur trois se **prononcent contre cette option** et refusent que les entreprises privées dispensent des services sociaux et de santé qui sont ou devraient être offerts par l'Etat.

Les arguments mis de l'avant pour soutenir cette position sont que :

- **cette option risque de favoriser le développement d'un système à « deux vitesses » peu accessible aux gens moins fortunés dont un grand nombre de femmes;**
- **plutôt que de libérer des ressources, un système mixte mène à une combinaison de coûts plus élevés, d'accès réduit et d'allongement des délais pour les usagers(ères), et ce, surtout lorsque les fournisseurs travaillent dans les deux systèmes;**
- L'AFEAS Montréal-Est Pointe-aux-Trembles a une position autre où elle soulève l'importance de détenir des assurances personnelles.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail
--

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Tous les groupes qui se sont prononcés sur cette option sont en faveur **d'une responsabilité confiée à une équipe multidisciplinaire.**

Les principaux motifs invoqués sont :

- éviter le morcellement des services;
- éviter une analyse unidimensionnelle des problèmes;
- développer une approche globale de la santé notamment en matière de suivi longue durée.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Trois groupes sur quatre **ne favorisent pas cette option** ou la trouvent difficilement réalisable dans le cadre actuel :

- les médecins œuvrent souvent en cabinet privé;
- ils ne font pas partie d'équipes multidisciplinaires;
- il est actuellement difficile de trouver un médecin de famille.

L'AFEAS Montréal - Laurentides - Montérégie ne se prononce pas

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Deux organismes sur quatre se prononcent en faveur de cette option; les autres n'émettent aucun avis.

Le dossier clinique informatisé par patient peut être **un moyen de faciliter et d'accélérer l'échange d'information** entre les professionnels à la condition qu'il offre des **garanties de protection des renseignements personnels**.

Les **risques d'erreur** dans la saisie des dossiers médicaux pourraient causer des problèmes sérieux dans le suivi des traitements.

L'utilisation de moyens technologiques **fait partie des pistes de solution** mais ne peut constituer la seule réponse aux discontinuités dans les services.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Seul le Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF) se prononce sur cette question.

La rémunération des médecins à l'acte s'accommode mal au développement de services de base intégrés dans une approche globale qui exige plus de temps consacré à l'éducation, à la prévention et à la collaboration interprofessionnelle.

Ce mode de paiement incite aussi à la multiplication des actes médicaux.

Les modes de rémunération devraient inciter les médecins à intégrer davantage une approche préventive dans leur pratique avec la collaboration d'équipes multidisciplinaires.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Deux groupes sur quatre ne se prononcent pas; deux sur quatre sont **en faveur d'une révision de l'attribution des budgets**.

Le CESAF soutient que :

- malgré la complexité de la question mentionnée dans plusieurs études, il y a **nécessité de changer les modes de paiement des ressources** dans le système de santé et ce, dans la perspective d'une approche globale de santé;
- les **mécanismes actuels d'allocation des ressources ne favorisent pas une gestion intégrée des services** et ne font pas de distinction quant à la nature des services dispensés. Cette situation nuit à la répartition équitable des ressources entre les régions et les établissements.

L'AFEAS Montréal-Est PAT soutient que la mise en œuvre de cette option permettrait la prise en compte de la **performance des établissements** et des **caractéristiques de la population**.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Participation du secteur privé

Tous les groupes à l'exception de l'AFEAS Montréal-Laurentides-Montérégie se prononcent sur cette question et **distinguent clairement le secteur privé du secteur communautaire autonome**.

La tendance « majoritaire » est à l'effet d'un **fort doute quant à la pertinence de la participation du secteur privé** : Les arguments invoqués sont :

- l'incompatibilité de cette option avec les principes de gratuité, d'universalité et d'accessibilité des services;
- les retombées négatives sur les femmes en tant que salariées et utilisatrices de services;
- l'augmentation du fractionnement des services pour les clientèles fragiles notamment celles qui reçoivent des services d'aide à domicile;
- pas de garantie suffisante pour la continuité et la qualité des services à moins de l'établissement de normes très serrées.

La Table des groupes de femmes de Montréal souligne que les **entreprises d'économie sociale** ne doivent en rien se substituer aux services sociaux et de santé qui sont ou devraient être offerts par l'État.

Participation du secteur communautaire

La **contribution du secteur communautaire** à la consolidation des réseaux de soutien dans le milieu de vie et au développement d'approches novatrices en matière d'aide et de soutien **collectif doit être reconnue et soutenue financièrement tout en respectant une marge d'autonomie** qui permet de créer un espace démocratique favorisant la prise en charge par la communauté elle-même.

L'ensemble des groupes de femmes doit être reconnu pour leur expertise en matière de santé des femmes.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

Les trois groupes qui se sont prononcés sur cette option sont **très nettement en défaveur**. Les arguments sont les suivants :

- pas de démonstration de l'efficacité d'une telle option selon plusieurs études;
- **coûts supérieurs** à ceux retrouvés dans des services étatiques;
- difficulté de **contrôle des coûts**;
- **interdépendance des services** de support et de soutien et des services de santé qui contribuent à la qualité des soins et au rétablissement des personnes;
- **augmentation d'emplois précaires** pour les femmes lorsque mis en comparaison avec les emplois du secteur public;
- accentuation du **morcellement des interventions**.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Un grand nombre de recommandations faites par les groupes de femmes font référence à des **services à offrir à des populations désinstitutionnalisées ou en perte d'autonomie** et aux enjeux reliés à la situation des **aidantes naturelles** qui sont en très grande majorité des femmes.

Développement **d'alternatives réelles à la prise en charge familiale** pour offrir des services dans le milieu de vie notamment :

- encadrement spécifique ou des centres spécialisés pouvant recevoir les personnes atteintes de maladie mentale (AFEAS Montréal – Laurentides – Montérégie);
- centres complets d'hébergement à prix modéré, dont le financement peut être privé, public ou mixte afin que les retraités lorsque leur état de santé se détériore, puissent garder le même environnement (AFEAS Montréal-Est et PAT).

Augmentation des **ressources pour un soutien significatif aux familles**, notamment aux femmes qui acceptent de prendre soin de leurs proches.

L' AFEAS Montréal – Laurentides – Montérégie :

- que les femmes aient le choix d'accepter ces responsabilités de soins à leurs proches;
- qu'elles le fassent dans des conditions qu'elles participent à déterminer et qui assurent leur sécurité et celle des personnes aidées;
- qu'elles soient reconnues dans ce rôle par des mesures sociales et économiques, mises de l'avant par l'État, les entreprises où elles travaillent et la communauté où elles vivent (crédits d'impôt ou services de répit);
- que soient priorisées les politiques de support technique, psychologique et financier pour les aidantes et aidants naturels;
- que la ministre, les régies régionales et les CLSC mettent rapidement à la disposition des aidantes et aidants une trousse d'information facilitant leurs tâches.

L'ensemble des **groupes de femmes** doit recevoir **un financement adéquat dans le respect de leur autonomie** et de leur mission qui ne se résume pas à la prestation de services. Les groupes de femmes mènent des actions en matière de prévention promotion, défense des droits

Élargissement des fonctions de la Commissaire aux plaintes en santé et services sociaux afin que :

- la loi lui reconnaisse le mandat de veiller au respect des utilisatrices et utilisateurs en conformité avec les lignes directrices énoncées à son article 3 ainsi que des droits qui lui sont reconnus par la loi;
- lui soit attribué un rôle de surveillance du bon fonctionnement de l'ensemble du régime des plaintes institué par la loi;

- elle puisse effectuer à sa seule initiative et généralement selon le même mode privé que celui de l'examen des plaintes, des interventions particulières auprès des instances reconnues du réseau;
- elle puisse exercer des interventions sans plainte lorsqu'elle a des motifs de croire qu'une personne ou un groupe a été lésé ou pourrait l'être par la conduite d'une instance du réseau ou de l'une de ses ressources.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

Les trois groupes qui se sont prononcés sont **fortement défavorables à la désassurance** :

La désassurance des services amène un **transfert** du financement public des services de santé vers un financement privé et à une augmentation des dépenses totales consacrées à la santé.

Les compagnies d'assurance privées vont prendre le relais de l'État pour les personnes qui ont accès à des régimes collectifs d'assurances **excluant notamment les familles démunies, les personnes sans emploi, les travailleuses et travailleurs à statut précaire ce qui défavorise plusieurs femmes.**

L'introduction de nombreuses assurances privées créera un **système à « deux vitesses »** où les mieux nantis recevront plus rapidement des services de qualité que ceux qui n'auront d'autre recours que les services publics.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

À l'exception de l'AFEAS Montréal-Est et PAT qui rejette cette option à l'unanimité, les deux groupes qui se sont prononcés sont en partie **favorables à une révision globale de la fiscalité** qui tiendrait compte des paramètres suivants :

- **L'augmentation des impôts ne peut être justifiable que si le gouvernement démontre plus clairement que le système de santé souffre d'un sous-financement chronique** et que les autres mesures pour améliorer la distribution des services et l'efficience du réseau ont toutes été explorées.
- La **création d'un fonds séparé** pour les services de santé et les services sociaux à même les revenus d'impôt pourrait permettre aux contribuables d'identifier clairement les sommes consacrées aux services sociaux et de santé dans les dépenses de l'État.
- La **révision de la fiscalité des entreprises privées et des détenteurs de fortune personnelle** permettrait que ceux-ci contribuent pour une part plus juste et équitable aux revenus de l'État.

- Le gouvernement du Québec pourrait rétablir une **fiscalité individuelle progressive** qui impose davantage les hauts salarié(e)s plutôt que de faire reposer sur la classe moyenne et les bas salarié(e)s la plus grande part des revenus de l'État.
- Appui à la recommandation du Conseil du statut de la femme à l'effet que le ministre des **finances retire le volet relatif aux services personnels du crédit d'impôt de 23%** destiné à favoriser l'achat de services personnels et de services domestiques par les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile pour réinvestir ces sommes dans des services à domicile gratuits.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

La majorité des groupes ayant pris position est **défavorable à cette option**.

La tarification dans l'accès aux soins comporte un **potentiel négatif important** pour l'avenir des soins de santé et leur propre émancipation.

La capacité de payer deviendra un **facteur limitant l'accès à certains services essentiels** notamment pour les femmes qui consultent davantage pour elles-mêmes et leurs proches que les hommes et dont le revenu personnel moyen ne représente que 58% de celui des hommes.

Cette mesure qui pourrait **réduire l'utilisation des services** notamment les visites initiales dans les services de santé, les seules à l'initiative des personnes, mais sans discriminer entre les visites nécessaires et non nécessaires, risque d'entraîner une détérioration de l'état de santé des **personnes plus fragiles** et une augmentation des coûts à long terme, notamment pour les femmes qui consultent en plus grand nombre.

Il y a crainte que les efforts de rationalisation à venir concernant les services offerts par l'État présentent des biais sexistes notamment en **éliminant la gratuité des services en périnatalité ou en misant sur le travail bénévole des aidantes naturelles** (80 % de femmes) pour dispenser les soins à domicile suite au virage ambulatoire.

Cette mesure n'est pas non plus efficace pour réduire les dépenses globales consacrées à la santé puisqu'elle **transfère les coûts des dépenses publiques aux dépenses privées**.

Seule, l'AFEAS Montréal-Est PAT mentionne que les abuseurs devraient défrayer les coûts des services qu'ils reçoivent.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Les deux organismes qui se sont prononcés sur cette option sont **fortement défavorables** à cette option.

Cette mesure repose sur un **mythe** voulant que la population ne se soucie des coûts reliés aux services de santé que lorsque le mode de financement repose sur les impôts.

Un changement du mode de **financement ne permet pas de réduire les dépenses consacrées à la santé** (réf. rapport Bédard).

La création de caisses spéciales pour un type de services ou une cohorte démographique sont nettement **discriminatoires** surtout pour les femmes âgées lorsque les « baby boomers » et les services à domicile sont ciblés.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Deux groupes se sont prononcés sur cette option soulignant les **risques entraînés** par la vente de services spécialisés aux non-résidents :

- option **discriminatoire** dans un contexte de rationnement des services ou d’allongement des listes d’attente;
- option **illusoire** qui laisse penser que cette source de revenus peut résoudre les défis posés par le financement de notre système de santé.

Si cette option est retenue, les **Canadiens et Canadiennes doivent avoir la priorité** alors que les non-résidents devraient recevoir des services en dehors des horaires réguliers.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

Les deux groupes qui se sont prononcés sur cette option sont **très fortement en faveur d’une révision des modes de distribution budgétaire.**

Les mécanismes actuels d’allocation des ressources **ne favorisent pas une gestion intégrée des services** et ne font pas de distinction quant à la nature des services dispensés.

Malgré la complexité de la question mentionnée dans plusieurs études, il y a nécessité de changer les modes de paiement des ressources dans le système de santé, et ce, dans la perspective de **l’approche globale de santé retenue.**

4. Autres

4.1 Précisez, s’il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Seule, une proposition du CESAF est à mentionner sous cette rubrique à savoir :

- la **régulation de l’État apparaît essentielle** pour rendre accessible des technologies qui améliorent les soins de santé. Cette régulation devrait favoriser des coûts les plus bas possible tout en **évitant que les fonds destinés au financement du système de santé constituent des**

subventions indirectes à de grandes corporations multinationales (Ex. : compagnies pharmaceutiques).

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

Deux opinions fort différentes sont amenées par les deux groupes qui ont traité des questions en lien avec la ligne d'autorité

Le CESAF considère que :

- les régies régionales avec des pouvoirs et une imputabilité mieux définis pourraient être en mesure d'assumer le mandat de la continuité des services sur une base territoriale en adaptant les services aux particularités de chaque région et en établissant des consensus sur les objectifs à atteindre et les indicateurs de réussite;
- toutefois, dans les grands centres urbains, il apparaît plus difficile de réaliser cet équilibre entre cette fonction de coordination et d'intégration des services et le respect des particularités.

L' AFEAS Montréal-Est et PAT considère :

- qu'il y a trop de niveaux hiérarchiques et trop de personnel dans « l'administration »;
- qu'il faut éliminer les régies régionales qui n'apportent aucune solution.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

8.7 LES SYNDICATS (ANDRÉ GIROUX)

Voici la liste des acronymes utilisés dans le texte et l'identification complète des organismes auxquels ils réfèrent.

- AIM : Alliance des Infirmières de Montréal
APIAQ : Alliance Professionnelle des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec
APTMQ : Association Professionnelle des Technologistes Médicaux du Québec
CCMM (CSN) : Conseil Central du Montréal Métropolitain (CSN)
CRMM : Conseil Régional (FTQ) Montréal Métropolitain
FPSSS : Fédération Provinciale de la Santé et des Services Sociaux (CSQ)
TCA : Travailleurs Canadiens de l'Automobile (Québec)

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

Le CCMM (CSN) dit refuser de proposer des aménagements qui le rendraient complice, à terme, du recul du droit à la santé et de la « marchandisation » des services. La plupart des questions, affirme-t-il, sont en référence directe ou indirecte aux services médicaux de première ligne et procèdent, ce qui est pire, d'*a priori* erronés selon lesquels :

- le Québec n'a plus les moyens de garantir l'accès à des services de santé à tous, sans égard à leur statut ou à leur revenu;
- le secteur privé a indéniablement un rôle à jouer dans le domaine de la santé;
- le vrai problème est que nous avons un système trop généreux;
- les services sociaux n'ont plus leur place dans ce réseau.

Pour l'APTMQ, les coupures sévères des dernières années ont eu pour effet de nuire considérablement à l'ensemble du processus de la réforme. Inutile de chercher ailleurs la racine de tous les maux : le système est victime de sous-financement. Pour le reste, il suffira à la Commission de recommander que l'effort de réforme soit poursuivi en s'assurant toutefois que chacune des solutions retenues rencontre les critères suivants :

- perspective de rentabilité;
- aucune ouverture à une médecine à deux paliers.

L'AIM croit que le débat centré sur des pistes de solutions est biaisé dès le départ. Les présentes consultations auraient dû précéder la grande Réforme, dont elle ne nie pas toutefois la nécessité. Elle estime seulement que sa mise en application en période de compressions budgétaires était une erreur qui a engendré un système moribond. Néanmoins, l'enjeu principal de ces consultations n'est pas le financement mais bien l'organisation et la gestion des services.

La FPSSS affirme que le sous-financement du système public était planifié pour démontrer que ce dernier n'est plus à la hauteur et que le privé serait plus performant alors que la recherche indique que les dépenses globales sont moins contrôlées lorsque le privé joue un rôle important.

Bien que les problèmes du réseau se manifestent aux niveaux local et régional, le CRMM, conformément à l'approche de la FTQ, préconise d'adopter des solutions nationales pour contrer l'accessibilité inégale aux services. Insistant sur le sous-financement du réseau surtout au niveau des services sociaux, il propose trois principes interreliés qui devraient guider la recherche de solutions aux divers problèmes du réseau :

- l'accessibilité pour tous et toutes, dans toutes les régions du Québec, aux services sociaux et aux services de santé, laquelle passe par un ajout de ressources financières et humaines;
- la conservation du caractère public des services de santé et des services sociaux, tant au niveau de la gestion et des activités de support qu'au niveau des soins et des services aux personnes;

- le développement d'un véritable réseau intégré, nécessitant une révision de l'organisation du travail dans les établissements.

Bien qu'elles lui semblent biaisées et manquant de clarté, les TCA acceptent de répondre aux questions de la Commission, pour assurer le respect des droits de tous les citoyens à vivre dans une société du bien-être, fondée sur la solidarité. Ils demandent au gouvernement de préserver de façon immuable le caractère public, universel, accessible, intégral, transférable et gratuit (sans contribution directe des usagers et des usagères au point de service) du système. Ils demandent aussi au gouvernement de centrer la reconfiguration du réseau sur les besoins des personnes, individuellement et collectivement.

A. *Appréciation des options organisation de services*

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1, Org.)

Les TCA voient le plein développement des services complets de première ligne en chaque territoire de CLSC du Québec comme la priorité des priorités dans la reconfiguration du réseau. L'AIM va un peu dans le même sens en préconisant que le CLSC soit la seule porte d'entrée dans le réseau, que tous les CLSC soient équipés de la même panoplie de services essentiels et que l'enveloppe budgétaire y soit déplacée de manière à approcher les médecins des CLSC. Le CRMM identifie lui aussi les CLSC comme porte d'entrée. L'APIAQ rejette cette option sans expliquer pourquoi. Le CCMM craint pour sa part qu'en remplaçant les services publics par la conscription des familles, où les soins aux personnes sont encore majoritairement l'apanage des femmes, le virage ambulatoire ne soit une menace à la santé de celles-ci. Les autres organismes s'abstiennent de prendre position.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

L'AIM est favorable à cette option si le financement est adéquat et le milieu naturel du client respecté. L'APIAQ privilégie également cette option, sans dire pourquoi.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Cette question fait l'unanimité. En s'appuyant sur de récentes études américaines et l'exemple albertain, le CRMM s'oppose à toute forme de privatisation affirmant que des services offerts et administrés par le secteur privé coûtent plus cher. La FPSSS s'oppose fermement à cette option car la recherche du profit va à l'encontre du maintien de la qualité des services. Le CCMM croit lui aussi qu'un système intégralement public,

géré et financé publiquement, est la seule garantie d'efficience et d'équité. Il s'oppose à toute marchandisation des services, à toute privatisation active ou passive du système. L'AIM rejette également la participation du secteur privé et préférerait recourir à une meilleure budgétisation (inclure les hausses salariales et augmentations d'échelons) et à une meilleure gestion des enveloppes budgétaires consacrées à la santé. L'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Le CCMM réclame que soit favorisée, via les CLSC, une approche multidisciplinaire dans la gestion, la planification, l'organisation et la prestation des services et des soins qui inclurait tous les acteurs du réseau, y compris les médecins.

L'AIM est elle aussi favorable à cette option en soulignant les projets en cours qui fonctionnent bien, tels le guichet unique pour les personnes âgées et les programmes clientèles du CHARL pour le virage ambulatoire. D'autres projets de ce type devraient être mis en place.

Pour les TCA, le CLSC et le CHSLD constituent sans équivoque la première ligne et les médecins, en CLSC et en cabinet privé, doivent faire équipe avec les autres professionnels et salariés pour assumer collectivement la responsabilité de la santé et du bien-être de la population de tout le territoire. Ils recommandent en outre :

- que la fonction de gestionnaire de cas soit établie en chaque CLSC pour assurer la continuité du suivi de chaque bénéficiaire à travers les professionnels et les établissements du réseau; que la fonction d'intervenant responsable soit établie en chaque établissement pour assurer la coordination du passage de chaque bénéficiaire à travers les divers services de l'établissement;
- que les médecins de première ligne en chaque territoire de CLSC (quartier ou MRC) soient invité(e)s, incité(e)s ou obligé(e)s, le cas échéant, comme condition de leur pratique, de se regrouper en réseau intégré d'accessibilité aux soins médicaux généraux, ainsi qu'en réseau intégré de garde, afin d'offrir collectivement à la population une disponibilité 24 /7 /365; que tous les médecins basent leur pratique sur la médecine familiale; que les médecins exerçant en cabinet privé dans le territoire soient rattaché(e)s à un CMPD combiné du CLSC et du CHSLD du territoire ou à un Département de médecine générale local sous la gouverne du CLSC;
- que les nouveaux médecins généralistes soient obligés de pratiquer en CLSC pendant les sept premières années de leur pratique;
- que des places dans les facultés de médecine soient réservées prioritairement pour des candidates et candidats qui s'engagent par contrat à pratiquer en régions éloignées, intermédiaires ou périphériques pendant un minimum de sept ans.

Pour le CRMM (FTQ), il faut développer une définition de tâches qui tienne compte des diverses dimensions et des divers lieux du travail médical. Il faut aussi développer des mécanismes (coercitifs et pas seulement incitatifs) qui feraient en sorte que les médecins ne seraient inscrits à l'assurance-maladie qu'en participant à l'ensemble de cette description de tâches ou en s'entendant entre eux pour une répartition des tâches sur un même territoire. Le CRMM (FTQ) souhaiterait d'ailleurs voir mieux définies les tâches de l'ensemble des intervenants pour développer un véritable travail d'équipe et contrer la surspécialisation des soins et les chasses gardées qui se sont installées dans le réseau, au détriment de la logique et des besoins du système. Le CRMM (FTQ) souligne aussi le peu de délégation des médecins vers les infirmières et des infirmières vers les autres membres de l'équipe, ajoutant qu'il «...n'y a pas avantage à payer un médecin spécialiste pour faire le travail d'un médecin généraliste pas plus qu'il y a avantage à payer une infirmière pour faire un travail pour lequel une infirmière auxiliaire a les compétences ».

Seule l'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

L'AIM est favorable à cette option en suggérant que le médecin omnipraticien ou, le cas échéant, tout autre professionnel comme l'infirmier(e) ou le (la) travailleur (se) social(e), oriente et coordonne l'accès aux services de 1^{re} et 2^e ligne dans le réseau.

La FPSSS rejette d'emblée cette option puisqu'elle se rapproche dangereusement de la formule américaine de HMO, laquelle est perçue comme un échec en plus de préconiser une approche biomédicale de la maladie plutôt qu'une approche sociale de la santé. La FPSSS s'étonne aussi des propositions visant à accroître le rôle des médecins puisque le problème de la répartition intra et inter-régionale demeure entier et que la rémunération à l'acte vient d'être « renégociée ».

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

L'AIM est favorable à cette option dans la mesure où sont respectées les règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Il faudrait allouer l'enveloppe budgétaire à ce poste sur une base régionale. De cette façon, les médecins suivraient l'argent.

L'APIAQ privilégie cette option qui éviterait des « surdoses » de prescriptions et d'examens.

Les TCA recommandent qu'un équipement informatique soit installé chez tous les intervenants afin de permettre l'avènement du dossier clinique informatisé pour chaque bénéficiaire.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

L'AIM est favorable à cette option.

La FPSSS y adhérerait également, mais à deux conditions :

- l'abandon du paiement à l'acte et l'établissement d'un mode de rémunération mieux adapté aux besoins de la population et des établissements publics, un mode qui favoriserait davantage la multidisciplinarité, la révision de la délégation d'actes;
- la réappropriation collective du droit de choisir le lieu et les moments de pratique des médecins par l'établissement d'activités prioritaires et le respect des plans d'effectifs médicaux.

Le CCMM (CSN) estime que la rémunération à l'acte cause des hospitalisations non pertinentes, contribue à provoquer une hausse de la facture des médicaments et incite les médecins à favoriser les actes les plus payants et à poser des actes pouvant aisément être posés par d'autres professionnels de la santé.

Les TCA demandent, suivant l'avis du Conseil médical du Québec, que les médecins soient rémunérés selon une formule d'honoraires fixes (salaire), en plus d'un taux horaire majoré pour les périodes de garde et pour les services rendus en dehors des heures régulières, les fins de semaine et les congés fériés.

Pour les médecins spécialistes, leurs honoraires fixes devraient tenir compte de leurs années supplémentaires de formation spécialisée, y compris celles de la surspécialisation (fellow), leur pratique ou non de la chirurgie, de la recherche, de l'enseignement et des tâches administratives.

Que tous les professionnels et salariés de la santé voient leur rémunération majorée graduellement vers un niveau égal à celui des autres provinces canadiennes, en fonction de leur grande compétence et dévouement, ainsi que de la valeur sociale de leur travail.

Le CRMM (FTQ) estime qu'en matière de rémunération, il faut questionner le paiement à l'acte comme mode généralisé de rémunération, celui-ci enrayant toute velléité de transformation des pratiques.

4.

Budgétisation

4.1

Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

L'AIM est favorable à cette option car elle estime qu'il est nécessaire de tenir compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population de même que de la nature et de la complexité des services offerts. Aussi la budgétisation devrait-elle être adaptée régulièrement.

L'APIAQ privilégie cette option qu'elle qualifie d'importante car elle permettrait une adéquation entre les services à la population et l'allocation des ressources humaines. Il en résulterait une meilleure gestion des fonds publics.

Les TCA demandent au gouvernement d'adopter de nouvelles bases budgétaires pour toutes les catégories d'établissements :

- pour les CLSC, basé sur un montant par personne de la population du territoire et dont la nature des services est comparable et de même qualité, qu'ils soient offerts en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou périphérique, durant les heures dites normales ou en dehors de celles-ci. Ce budget de base sera majoré, selon le cas, en tenant compte de la composition démographique et socioéconomique du territoire, ainsi que les distances à parcourir pour prodiguer ou pour recevoir les services;
- pour les CHSLD, basé sur un taux uniforme de lits par habitant (4,4) dans chaque région et sur un taux de réponse aux besoins des bénéficiaires de 100 %;
- pour les centres hospitaliers, basé sur la quantité, la diversité et la complexité des services rendus, ainsi que sur leur qualité et leur accessibilité. Pour les centres hospitaliers universitaires, il faut ajouter à cela les coûts de la recherche et de l'enseignement ;
- pour les centres de la protection de l'enfance et de la jeunesse et les centres de réadaptation, en tenant compte des services rendus, quant à leur nombre, leur complexité, leur qualité et leur accessibilité et le degré de réponse aux besoins de « leur » population.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

La participation du secteur privé soulève un tollé unanime. Le désengagement de l'État est même vu comme pavant la voie à la privatisation.

L'AIM se dit par contre favorable à l'implication du secteur communautaire avec un contrôle de l'utilisation des sommes allouées, une vigilance en ce qui a trait à la qualité et un encadrement de son champ d'action qui doit être en complémentarité avec le réseau, non s'y substituer.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

L'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

Le CRMM (FTQ) s'oppose à l'impartition puisqu'elle ouvre la voie à la privatisation. Il allègue que les services auxiliaires et de soutien sont partie intégrante du système de soins et de services à la personne et que leur qualité est aussi indispensable que la qualité des soins. À cet égard, on affirme que le réseau possède une expertise, du personnel compétent et des équipements qu'il ne doit pas compromettre.

La FPSSS estime qu'il est utopique de penser qu'il y aura des économies possibles en privatisant les services de soutien puisque ce secteur a déjà connu une baisse de 31% de son personnel. On rappelle des expériences passées de privatisation des services alimentaires qui se sont avérées pitoyables.

L'AIM rejette ces pistes de solutions puisque des expériences antérieures et actuelles démontrent certaines lacunes telles que baisse de la qualité dans les secteurs de la buanderie et de l'alimentation ainsi que la perte de prélèvements dans les laboratoires.

L'AIM estime toutefois que la complémentarité entre les établissements publics est réalisable.

C'est l'APTMQ qui réagit le plus vivement. Elle souligne tout d'abord que l'analyse de laboratoire se trouve au cœur de la démarche diagnostique et thérapeutique et que les services de laboratoire biomédicaux font partie des services assurés. Elle s'étonne donc de voir le secteur des laboratoires qualifié de « secteur de services de support et de soutien ». Envisager la sous-traitance des laboratoires, c'est accepter la sous-traitance d'un service médical.

Que l'État choisisse d'assumer directement la totalité ou une partie seulement des coûts reliés à la santé, la globalité du fardeau financier en reviendra toujours au citoyen. « Or, l'expérience démontre que privatiser coûte plus cher collectivement, en plus d'être une solution inéquitable. Dans les faits, le transfert des responsabilités de l'État au secteur privé amène nécessairement une réduction des dépenses publiques mais une augmentation des dépenses totales. Les producteurs privés ont pour objectif légitime de maximiser leurs revenus, c'est la loi du marché. L'expérience démontre que cet objectif peut conduire à l'inefficience, c'est-à-dire à la surproduction de services onéreux et autres technicités, de même qu'à l'hypertrophie de l'appareil administratif au détriment d'autres composantes du système ». Plus spécifiquement, une éventuelle impartition des services de laboratoire aurait un effet direct sur le nombre d'analyses réalisées et sur le coût unitaire de ces analyses.

L'APTMQ souligne par ailleurs que les laboratoires hospitaliers constituent la principale ressource du Québec en biologie médicale et que le parc des équipements technologiques du réseau est suffisant. Le développement de laboratoires au sein de cliniques privées amènerait un dédoublement de l'équipement. Il faut donc continuer et consolider le processus de réorganisation en cours en mettant l'accent sur l'implantation de l'informatisation et la pleine utilisation de l'expertise du personnel de laboratoire.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

Les TCA recommandent au gouvernement de :

- favoriser le développement des services de premiers répondants dans toutes les municipalités du Québec;
- mettre sur pied un service d'hélicoptères d'urgences médicales, dispersés à des endroits stratégiques pour couvrir le territoire du Québec, afin de réduire davantage les mortalités et la durée des incapacités, suite aux accidents et aux maladies graves;
- inscrire dans la Loi l'exigence d'un permis pour opérer une clinique privée; en accorder aux cliniques existantes; refuser le permis à toute future clinique, mégaclinique ou hôpital privé;
- lancer une vaste « Corvée Santé » en mandatant une société sans but lucratif, en collaboration avec les fondations des centres hospitaliers et d'autres groupes

socioéconomiques, pour solliciter auprès des entreprises, des groupes sociaux, des familles riches et de la population en général, des contributions à l'achat d'équipement médical pour les centres hospitaliers, dans le but de négocier et de réaliser des économies par des achats en groupe auprès des fabricants.

Pour l'AIM, il faut au plus tôt la Réforme et plus particulièrement :

- consolider la 1^{re} ligne;
- augmenter la plage horaire des CLSC;
- assurer une présence médicale et de soins infirmiers adéquate;
- garantir la disponibilité d'un plateau technique;
- prioriser la prévention (milieu scolaire, dans la rue);
- optimiser les salles d'opération;
- maintenir le virage ambulatoire en supportant les aidants naturels;
- augmenter les lits de longue durée et de réadaptation (convalescence);
- délimiter les lieux de dispensation de soins en regard des urgences mineures et majeures;
- abolir le dédoublement de services entre la courte durée et les CLSC.
- assurer une participation à l'organisation du travail (chasse gardée des gestionnaires).

Au chapitre du déploiement des services de base bien intégrés, l'APIAQ suggère de :

- mieux cibler les établissements concernés et informer clairement la population par les journaux locaux et d'autres moyens accessibles;
- modifier les heures d'ouverture des CLSC pour permettre de desservir plus efficacement la population;
- améliorer la référence par les personnes-ressources du réseau pour diriger adéquatement la population requérant des soins de base vers les autres ressources que l'urgence.

Pour ce qui est de l'accessibilité aux services spécialisés :

- prévoir des formulaires clairs dûment remplis, les acheminer aux bons endroits, mettre à jour les listes.

En matière d'organisation du travail et de la gestion :

- augmenter le sentiment d'appartenance des partenaires en les associant intimement à la définition des objectifs et des actions à entreprendre pour l'optimisation des soins;
- offrir des formations professionnelles continues locales ou régionales (ou des forums de communication) sur l'interdisciplinarité;
- assurer un partage de l'information afin de favoriser davantage une approche globale de la maladie;
- mettre en place une structure basée sur le travail d'équipe et sur des objectifs communs, mesurables et ciblés.

Le CCMM recommande de rouvrir en priorité des lits de courte durée. Elle préconise également de surseoir à la décision de construire deux hôpitaux universitaires pour investir davantage dans les services.

Le CRMM souligne l'urgence d'une étude sérieuse sur les besoins en personnel (PMO) de manière, dit-il, « à avoir le bon personnel au bon endroit ».

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

La FPSSS s'oppose sans expliciter davantage.

L'AIM rejette cette piste de solution qui, bien qu'elle engendre à court terme une diminution des coûts, est pernicieuse à plus longue échéance.

La FPSSS affirme que malgré l'incidence majeure des coûts des médicaments (augmentation annuelle de 15 %) sur le système québécois, le sujet est totalement occulté dans les huit scénarios mis de l'avant par la Commission d'étude.

Le CRMM (FTQ) rappelle que l'État s'est déjà désengagé face à plusieurs soins, telles la psychologie et la physiothérapie, ce qui a pour effet que ces services sont disponibles beaucoup plus rapidement en clinique privée (délai de quelques semaines) que dans un établissement public (délai de quelques années).

L'APIIAQ rejette cette option, sans commentaire.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

La FPSSS s'oppose sans expliciter davantage.

Le CRMM (FTQ) estime que le gouvernement québécois doit réinvestir massivement dans le réseau public de la santé et des services sociaux et n'ayant pas de solution miracle à proposer pour ce faire, nous rappelle l'engagement du gouvernement, lors du dernier sommet économique, à réformer la fiscalité.

Les TCA répondent à la question de la Ministre par une autre question : pourquoi des réductions d'impôts avant la consolidation des services ? Avec un seul milliard de \$ de moins dans ses réductions d'impôts, on aurait pu relancer les CLSC et les CHSLD avec des budgets adéquats pour donner à leur population les services dont elle a besoin et auxquels elle a droit. Sans parler des Centres de jeunesse et de réadaptation. Il y a aussi la question des paiements de transferts fédéraux à même nos impôts et taxes fédéraux pour la santé, les services sociaux et l'éducation post-secondaire. Nous venons de conclure une entente. Tant mieux. Mais le fédéral est capable de hausser sa part pour faire face aux coûts croissants des services, ainsi que de la technologie médicale et des médicaments.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

La FPSSS s'oppose sans expliciter davantage.

Les TCA demandent au gouvernement de rejeter toute idée d'imposer des frais d'utilisateurs, des franchises et des formules de coassurance pour des raisons d'accessibilité, d'équité et d'efficacité administrative. Il est vrai que la contribution des usagers est chose commune dans les pays européens. Cependant, il est aussi vrai que les citoyens de ces pays comptent sur de généreux régimes publics d'assurance-salaire.

Le CCMM (CSN) s'oppose à toute contribution financière pour des services qui devraient être publics, à toute facturation de produits et services médicaux relative aux diagnostics, aux soins médicaux, aux traitements dans les cabinets de médecins et dans les établissements de santé ainsi qu'au maintien à domicile.

L'AIM rejette cette option considérant que les usagers contribuent déjà largement, humainement et financièrement. On souligne aussi que la contribution des aidants naturels n'est pas supportée par des politiques gouvernementales adéquates.

L'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

La FPSSS s'oppose sans expliciter davantage.

L'AIM rejette cette option puisque les tentatives des dernières années ont connu des ratés : la caisse de l'assurance-médicaments s'est avérée déficitaire, les budgets protégés tels qu'au MAD étaient insuffisants ou, dans d'autres cas (SST), les services étaient limités.

L'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

À l'encontre de leurs frères d'armes, les TCA sont d'accord avec la création d'un fonds spécifique, doté d'un financement spécifique et consacré exclusivement au financement des services de santé et des services sociaux où seront déposés la partie de tous les revenus d'impôts, de taxes et de transferts actuellement affectés au financement du réseau ainsi que les montants consacrés aux dépenses dans le réseau par la CSST, la SAAQ et le ministère de la Sécurité du revenu en plus de tout autre montant qui y sera affecté dans l'avenir. Que ce fonds devienne « payeur unique » pour assurer l'accessibilité des services et pour minimiser les coûts administratifs.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

L'AIM rejette cette option estimant que cette éventualité lucrative pour nos établissements pourrait avantager les cas provenant de l'extérieur plutôt que nos propres citoyens.

L'APIAQ rejette cette option, sans commentaire.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

L'AIM estime que le gouvernement doit être transparent sur les fonds disponibles (exemple des transferts d'argent en Ontario) et qu'il est possible d'équilibrer les coûts, de maintenir le niveau de services et d'augmenter la qualité de ceux-ci. Pour ce faire il faut planifier et offrir les soins de santé en tenant compte d'indicateurs et cela suppose un choix de société pour lequel les priorités doivent être établies en conséquence.

L'APIAQ privilégie cette option en ajoutant qu'elle se questionne beaucoup au sujet du rôle ou mandat des régies régionales, affirmant que des coûts astronomiques sont reliés au fonctionnement de cette structure.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

Le CRMM (FTQ) désire attirer l'attention de la Commission sur une situation qu'il juge aberrante et nous citons : « les budgets affectés à l'entretien des bâtisses relèvent des établissements alors que les budgets de construction relèvent du ministère. Il devient compréhensible, surtout dans les périodes de restrictions budgétaires, de réduire l'entretien et de laisser les édifices se dégrader ... pour mieux rebâtir ! Le tout en payant d'énormes frais de location et de relocalisation en attendant des nouvelles constructions ou des rénovations majeures. Ce type de gestion nous apparaît comme un gaspillage des fonds publics ».

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

Pour l'AIM, les régies régionales doivent être décisionnelles, responsables de l'organisation des services et imputables pour ce qui a trait à la dispensation de soins. Elles doivent donc détenir l'autorité pour intervenir auprès des établissements de leur territoire et auprès du ministère pour protéger la santé des citoyens.

Le CRMM (FTQ) se questionne sur le rôle des régies régionales en affirmant qu'il s'agit d'un palier coûteux dont le rôle, mis à part la direction de la santé publique et les services spécialisés, ne leur semble pas évident. « Le moins qu'on puisse en dire est que les régies régionales ne remplissent pas leur rôle originel et qu'elles n'ont pas toutes la même efficacité ».

Les TCA recommandent une ligne directe entre la Ministre et les établissements et leur regroupement régional, avec les responsabilités entre les mains des médecins, des professionnels et du personnel de la santé et des services sociaux.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

Les TCA préconisent de remettre les décisions médicales et sociales dans les mains des médecins et des autres professionnels de la santé et des services sociaux et la responsabilité publique des établissements et des régions dans les mains des représentants élus, des intervenants et de la population.

Réserver au gouvernement, par son Ministère, de légiférer et de déterminer le cadre budgétaire, ainsi que de fixer les objectifs et d'évaluer les résultats réalisés par les établissements en fonction des objectifs.

Confier à chaque établissement la gestion, la planification, l'organisation et la prestation des services, dans une approche multidisciplinaire qui inclut tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins. Ce, sous la responsabilité d'un conseil d'administration, constitué de représentants élus des diverses catégories d'intervenants et d'un nombre égal de représentants élus de la population.

Confier les arbitrages de coordination et de budgétisation régionales à un conseil régional, constitué d'un intervenant et d'un représentant de la population de chaque établissement. Ce conseil aurait l'appui d'une équipe restreinte de professionnels et serait responsable de la Direction de la santé publique.

Confier aux médecins-chefs de département et de service des centres hospitaliers, la responsabilité de la gestion, non seulement des activités médicales, mais du personnel, de l'équipement et du budget et ce, avec la participation des autres professionnels et du personnel. Les arbitrages opérationnels et budgétaires s'effectueront en conseil des chefs de département, sous la direction du directeur général, un médecin élu par les médecins de l'établissement. On doit prévoir la disponibilité de conseillers en gestion à chaque niveau, ainsi qu'une formation en gestion à l'intention des médecins intéressés.

8.8 LES CLSC (DANIÈLE DORVAL)

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

- Les constats sur les services de base de la première ligne les plus largement répandus sont le sous-financement, le sous-développement, le manque d'accessibilité, le manque d'articulation des services entre les partenaires, le morcellement des interventions.
- Les CLSC considèrent que les bases et les structures nécessaires à un fonctionnement adéquat et même optimal sont présentes.
- La révision devrait s'appuyer sur les acquis, capitaliser sur les bons choix du passé et les mettre en valeur.

A . *Appréciation des options organisation de services*

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

Coordination des services de base pour toutes les personnes vivant avec des problèmes complexes et nécessitant des services variés. Ceci serait fondé sur les bases solides d'une première ligne qui allie les activités de prévention, promotion et curatives. Certains services en CLSC sont déjà mieux préparés pour l'implantation de la coordination : périnatalité, jeunesse, services à domicile, services pré et posthospitaliers. Dans d'autres secteurs, santé mentale, déficiences physique et intellectuelle, la définition des rôles et mandats de chacun serait à faire avant l'implantation de la coordination.

Une coordination adéquate serait assurée par une gamme complète de services, des ressources suffisantes et des horaires étendus.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

Aucune mention.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

Aucune mention.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

Voir section 1.1

3.2 Le médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

Intégration de l'organisation des services médicaux à l'organisation de l'ensemble des services de base.

Renforcer les services médicaux en CLSC.

Associer les cabinets privés aux CLSC, afin qu'il y ait accès direct avec les ressources en CLSC, professionnels et diagnostics.

Octroyer des permis d'installation aux médecins en cabinets privés en fonction de la planification des ressources médicales.

Développement des services médicaux publics dans une perspective d'équilibre des secteurs public et privé. Une répartition adéquate des médecins en cabinets privés, en hôpital, en CHSLD et en CLSC, d'une part, et une répartition du nombre de points de services dans chaque territoire en fonction des besoins de la population, d'autre part.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

Cueillette et mise à jour des données dans le dossier du client.

Avec l'accord du client, transférer le dossier lors de références sans qu'il y ait de délai.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

Rémunérer adéquatement les médecins pour leur intervention lors de discussion sur les plans de services en multidisciplinarité et les services de garde.

Rémunérer les médecins de CLSC à un même niveau que les médecins en cabinets privés.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

Répartir le budget de la santé et des services sociaux entre les régions et entre les territoires en tenant compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires.

Tenir compte du rôle suprarégional de la région montréalaise.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

Aucune mention.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

Aucune mention.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options « Organisation de services » mises de l'avant

Aucune mention.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

- Financer adéquatement tous les services de base.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

Aucune mention.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

Aucune mention.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Aucune mention.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

Aucune mention.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

- Revoir la distribution des budgets et passer d'une méthode de répartition sur des bases historiques à une méthode basée sur les besoins de la population.
- Un financement global des établissements apporterait la souplesse nécessaire à une gestion plus proche des besoins de la population.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement :

- Les CLSC de la région de Montréal jugent prématurée l'implantation du mode de financement par capitation. Il faudrait attendre les résultats des expériences en cours au Québec et au Canada. De plus, les expériences dans d'autres pays ont démontré des failles importantes, ex. : sélection de la clientèle, sous-dispensation pour protéger des revenus.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

- Soumettre tous les établissements du réseau et cabinets médicaux privés, dans la mesure où les services qu'ils offrent sont financés par des fonds publics, à une reddition de compte selon des indicateurs préétablis.

8.9 PARTENAIRES MULTISECTORIELS (YOLANDE MARCHAND)

Quelques données sur les partenaires multisectoriels

Parmi les 27 partenaires multisectoriels ayant déposé un mémoire (14) et ayant présenté aux audiences (13), 22 sont des organismes communautaires (dont 9 font partie de la Coalition Solidarité Santé), 3 sont des partenaires publics ou parapublics (Ville de Montréal, Conseil régional de développement de l'île de Montréal - CRDIM - et Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal - FAÉCUM) et 2 sont des organismes rattachés au secteur privé (LRS organisation et Corporation de développement économique et communautaire (CDEC).

De ceux-ci, quatre organismes représentent chacun un regroupement d'organismes : la FAÉCUM, le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires (RIOCI), la Fédération CJA et la Coalition communautaire sur la santé NDG.

Dans l'ensemble, les organismes communautaires ont porté leurs commentaires autant sur l'organisation que le financement, tandis que la plupart des organismes publics, parapublics et privés (sauf la FAÉCUM) ont commenté seulement les aspects d'organisation.

Avant de traiter des options, précisez, s'il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

Tous les organismes, sans exception, ont réaffirmé l'importance de préserver les acquis du système de santé et de respecter les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé que sont l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, la globalité et l'administration publique du système. Les gouvernements (provincial et fédéral) doivent y consacrer le financement nécessaire à sa survie.

Plusieurs organismes suggèrent de développer un régime complet et public d'assurances-médicaments. En ce sens, on questionne le financement de compagnies privées (telles Mosel Vitelic) quand le système de santé est en déficit.

Dans l'ensemble, on s'inquiète également de l'accessibilité aux soins et services à domicile et on se préoccupe de la question des aidants naturels qui de plus en plus prennent la relève des soins et services médicaux avec des conséquences sur leur santé physique et psychologique.

Le financement du réseau communautaire est également une préoccupation qui a été soulevée par plusieurs. Une grande majorité reconnaissent l'importance de la contribution de ce partenaire majeur maintenant incontournable.

Certaines instances ont manifesté l'importance d'avoir accès à des services dans leur langue d'origine, que les acquis soient à maintenir ou à consolider.

Plus largement, les organismes constatent qu'une meilleure coordination entre les différents acteurs du réseau de la santé (CLSC, cliniques médicales, centres hospitaliers...) rendrait le système plus performant, éviterait des doublages, ferait gagner du temps et permettrait des économies. Des solutions originales explorant les nouvelles technologies de l'information et une coordination avec des partenaires municipaux, par exemple, aideraient à soutenir le virage ambulatoire.

Une révision de la fiscalité ainsi que le développement d'une culture préventive, tant en la première ligne que dans la population, sont aussi des solutions préconisées.

Enfin, plus spécifiquement, certains organismes ont évoqué une révision des délimitations territoriales des CLSC afin de mieux les harmoniser avec les territoires municipaux. Un organisme soulève pour sa part une préoccupation à l'égard des questions d'éthique liées aux développements technologiques (par exemple le clonage) et l'importance de se donner des balises structurées pour y faire face.

B. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base

1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)

(8/27 organismes se sont prononcés sur cette question)

Les CLSC devraient être maintenus comme porte d'entrée du réseau et un financement adéquat devrait leur être accordé pour qu'ils remplissent ce mandat. Certains proposent une correspondance des frontières avec les quartiers ou les arrondissements pour la région montréalaise afin de mieux répondre aux particularités territoriales.

Un organisme s'inquiète du scénario proposé et y voit poindre un modèle similaire aux HMO's; il soulève également le peu de préoccupation pour les services sociaux.

Un organisme propose une autorité regroupant des représentants du milieu, des institutions, et des professionnels de la santé, tandis qu'un autre suggère un modèle polycellulaire auquel participeraient les citoyens.

2. Services spécialisés

2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)

(5/27 organismes ont répondu à cette question)

Les organismes sont d'accord avec cette proposition dans la mesure où l'on respecte le plan de la Régie régionale 1998-2002 et que l'on s'assure d'une équité interrégionale pour les régions en déficit d'équipements et de spécialistes.

On craint cependant que la création de super hôpitaux (comme les CHU) ne vienne compromettre l'accès aux soins. On souhaite également une certaine flexibilité face aux institutions qui ont développé une approche intégrée des soins comme c'est le cas dans la communauté anglophone.

2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

(12 / 27 organismes ont répondu)

Tous les organismes se prononcent en faveur du maintien du système public et souhaitent un réinvestissement. Tel qu'on constate dans les études sur la privatisation et tel que mentionné dans le Rapport Arpin, privatiser coûte plus cher et c'est une solution qui risque de compromettre la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins. On y voit l'embryon d'un système à deux vitesses que l'on rejette d'emblée.

Dans la même foulée, on insiste pour maintenir l'accès aux services à domicile.

Un organisme indique qu'il faut à tout le moins maintenir le statut quo, le privé étant déjà à l'œuvre dans le système. L'utilisation des fonds publics dans toute ressource gérée par le privé devrait être interdite et l'imputabilité du secteur privé devrait être augmentée.

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail
--

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

(10/27 organismes ont répondu)

L'augmentation des collaborations entre les différentes professions devrait être une préoccupation présente dès la formation des intervenants. Les organismes sont d'avis que l'approche multidisciplinaire est incontournable et que l'équipe devrait être composée de représentants d'institutions du milieu, des professionnels. On souhaite aussi une reconnaissance des femmes à cet égard.

Un organisme s'inquiète d'une autorité unique en soulevant que les décisions risquent d'être prises sur une base financière.

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

(4/27 organismes ont répondu)

Le RIOC rejette cette option qui entraînerait une approche trop bio-médicale et suggère une coordination multidisciplinaire.

D'autres organismes signalent l'importance de ramener le principe du médecin de famille et d'en faire un véritable intervenant de 1^{re} ligne en le basant en CLSC et en offrant de plus longues heures d'ouverture et un meilleur accès physique. Dans la même veine, on suggère d'instaurer des visites médicales à domicile et de cesser la délégation d'actes médicaux aux aidants naturels.

Un organisme signale que l'accueil de médecins étrangers compétents permettrait de pallier aux carences d'effectifs médicaux, particulièrement en région.

Enfin, on insiste pour maintenir le libre choix de son médecin de famille.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

(1/27 a répondu à cette question)

La FAÉCUM est favorable à l'introduction d'une carte à puce qui permettrait un accès rapide au dossier du patient, des économies de temps, d'argent et de ressources humaines et qui permettrait aussi d'éviter des doublons nombreux et inutiles.

Cet outil pourrait faciliter l'introduction d'une facturation symbolique au patient pour le sensibiliser aux coûts des soins et services dont il aurait bénéficié. Les questions de confidentialité doivent par ailleurs être résolues avant d'implanter ce système.

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

(11/27 ont répondu)

Dans l'ensemble, les organismes jugent le mode actuel de rémunération inapproprié (paiement à l'acte). Les expériences d'autres pays ont démontré qu'il est associé à des services de moindre qualité et coûte plus cher. On lui attribue aussi des liens avec la sur-médicamentation, la négligence et un excès d'actes médicaux.

Un organisme suggère une formule mixte (salaire de base + contepartie à l'acte), un nombre limité d'actes médicaux à l'heure et aussi des incitatifs pour encourager les opinions pharmaceutiques.

On propose aussi d'établir des activités prioritaires pour les médecins, de respecter les plans d'effectifs médicaux et de créer des incitatifs pour amener les médecins en CLSC comme par exemple d'imposer une limite au nombre de cliniques privées.

La pénurie de médecins spécialistes, l'exode des médecins et le plafonnement de la masse salariale sont d'autres arguments invoqués qui militent en faveur d'une révision du mode de paiement.

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

(5/27 organismes ont répondu)

Le budget ne doit pas être établi au prorata des populations des régions administratives actuelles, particulièrement dans la région montréalaise où le bassin de desserte des hôpitaux déborde des limites de l'île.

Le financement de services spécifiques gagnerait à être rattaché aux personnes comme par exemple dans le cas des enfants avec des retards de développement.

On questionne aussi la Loi sur l'équilibre budgétaire, les hôpitaux n'étant pas des établissements privés. Le financement devrait être davantage proportionnel au nombre de patients qui y sont accueillis. Par ailleurs, on est d'accord pour rendre les hôpitaux imputables de leur budget et s'assurer de leur efficience.

La ville de Montréal propose cinq solutions :

- reconnaître les particularités économiques, sociales, ethniques et sanitaires de la région montréalaise;
- répartir les ressources selon les besoins des quartiers ou arrondissements;

- combler les besoins des intervenants de 1^{re} ligne (santé, communautaires, aidantes naturelles);
- créer un observatoire urbain sur le milieu et la qualité de vie à Montréal;
- développer une approche différenciée selon les sexes pour l'offre de services.

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

(16/27 ont répondu)

Plusieurs organismes soulignent avec force que les groupes communautaires ne sont pas là pour remplacer des services publics qui s'effritent. Ils veulent une politique de reconnaissance et un financement adéquat.

Dans la même foulée, on signale qu'il est inacceptable que des services publics soient livrés par des organismes privés à but lucratif comme les soins à domicile et l'hébergement; on y déplore l'absence de normes, de services de qualité et le manque d'accessibilité.

Certains souhaitent une meilleure coordination entre le secteur public, privé et communautaire.

Un organisme suggère la création d'un forum télé démocratique à l'aide des nouvelles technologies de l'information et de communication (TIC) et qui relierait employés, professionnels médicaux et citoyens pour identifier les intérêts convergents et développer une vision globale de la santé. Cette initiative permettrait aussi une meilleure prise en charge de la santé par le citoyen.

Enfin, la ville de Montréal souhaite qu'on reconnaisse la contribution qu'elle maintient depuis dix ans. Elle estime être un partenaire incontournable, tant par sa participation aux initiatives comme Vivre Montréal en santé et le Forum sur le développement social que par son soutien aux loisirs et sports en tant qu'outils de promotion de la santé. Elle exprime le souhait d'être associée de plus près aux décisions impliquant des partenariats, particulièrement dans le cadre des priorités régionales établies par la Régie.

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

(3/27 ont répondu)

Deux organismes signalent que sous-contracter coûte plus cher et que les services sont de moindre qualité. Pour eux les services et les équipements sont essentiels dans l'accessibilité aux soins.

Par ailleurs, un autre organisme mentionne que cette solution apparaît pertinente pour les analyses de laboratoire, les services de buanderie, cafétéria, entretien ménager et entretien d'équipements médicaux. Des échanges avec d'autres organismes publics ou parapublics mériteraient d'être exploités à cet égard.

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

(4/27 ont répondu)

Deux organismes mentionnent l'importance d'investir dans la prévention. Plus particulièrement, l'un d'eux regarde du côté de la médication et propose l'instauration d'une politique d'achat des médicaments à moindre coût et de réviser le régime d'assurance-médicaments. L'autre organisme suggère d'améliorer les services et de réduire les listes d'attentes des CHSLD.

Le développement de ressources d'hébergement, d'habitation et de logement est aussi préconisé comme solution.

Un quatrième organisme signale que les hôpitaux devraient davantage travailler en réseau plutôt qu'en silo.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

(14/27 ont répondu)

Pour la majorité des organismes, tous les services doivent être inclus dans la couverture publique. Celle-ci doit comprendre des soins et services à domicile et un régime public et universel d'assurance-médicaments.

Unaniment, on perçoit la brèche qui risque d'introduire une médecine à deux vitesses. Tous les organismes expriment leurs craintes à ce sujet. Par exemple, certains se questionnent sur la logique d'imposer des frais quand il est reconnu que la morbidité est plus élevée chez les classes pauvres. D'autres craignent un détournement de la richesse collective au détriment d'un enrichissement privé.

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

(11/27 ont répondu)

Pour plusieurs, un débat sur la fiscalité s'avère nécessaire pour équilibrer la contribution du secteur privé.

Un organisme préconise un taux d'imposition unique, tandis qu'un autre suggère de modeler le taux d'imposition aux coûts de santé plutôt que de lui faire suivre l'inflation et la croissance économique.

On reconnaît qu'un réinvestissement tant du fédéral que du provincial s'avère nécessaire pour consolider les services de santé publics.

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

(15/27 ont répondu)

Tous les organismes refusent cette option parce qu'elle est contraire à l'universalité et qu'elle pénalise les personnes de faible revenu, comme il a été démontré éloquemment dans le Rapport Tamblyn sur l'accès aux médicaments dans la population âgée à bas revenu. À ce sujet, un organisme propose un regroupement des ordonnances destinées à une même personne afin de réduire les frais de service chargés par le pharmacien.

Pour plusieurs organismes, il faut augmenter le niveau d'investissement dans les soins et services à domicile afin qu'ils demeurent accessibles et gratuits.

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

(5/27 ont répondu)

Deux sont pour : si le monde des affaires y contribue et si elles sont constituées à même les surplus gouvernementaux.

Trois sont contre : parce qu'elles mettent en péril les principes de base du système public. L'équité et la justice sociale passent par l'accès aux services sans égard à la capacité de payer. De plus, cette option n'empêchera pas un contrôle de l'augmentation des coûts, mais elle risque de créer deux classes de citoyens qui pourraient se dresser l'une contre l'autre (les jeunes et les âgés).

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

(3/27 ont répondu)

Voilà une forme de privatisation qui risque de drainer les ressources publiques au profit de l'entreprise privée. On y voit une façon d'initier une industrie de la santé. Cette option risque aussi d'exacerber les tensions quant à l'accessibilité à la fois du personnel et de l'équipement.

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

(5/27 ont répondu)

Le problème majeur est le sous-financement. Après trois réorganisations en cinq ans pour répondre aux coupures, il faut maintenant réinvestir. Ceci en prenant en compte l'évolution des caractéristiques sociosanitaires, démographiques et économiques de la population de l'agglomération montréalaise. Il faut financer les services directs en évitant d'introduire des privilèges.

La répartition budgétaire doit tenir compte des mandats suprarégionaux de certains hôpitaux, tout comme elle ne doit pas inciter des établissements à déléster des opérations dont ils sont responsables.

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

(3/27 ont répondu)

On suggère de restaurer les contributions au Fonds des services de santé au niveau de 1998 et que le fédéral rétablisse les paiements de transfert au niveau de 1994-95.

Un réinvestissement est souhaité dans l'aide sociale, le système scolaire et les services aux personnes âgées.

On propose également de réglementer les politiques fiscales et de marketing de l'industrie pharmaceutique.

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

(8/27 ont répondu)

Pour tous les organismes, l'État québécois doit assumer pleinement ses responsabilités.

Plus particulièrement, on s'inquiète de l'imputabilité des hôpitaux dans la transition hôpital-domicile.

8.10 LA POPULATION (RACHEL GAGNON – CHRISTIANE DRABBE – ANNE MARQUIS)

Notons que 14 personnes ont participé aux audiences à titre personnel, pour un total de 12 avis.

Avant de traiter des options, précisez, s’il y a lieu, le ou les principaux commentaires généraux émis.

- Non-reconnaissance de la médecine alternative et de la prévention.
- Critique du système de santé actuel (gaspillage des fonds publics, listes d’attente, abus de pouvoir.
- déficience de l’information à tous les niveaux).
- L’ouverture de résidences privées pour clientèle de déficience intellectuelle coûterait moins en salaires que le public et créerait de l’emploi.
- Proposition par un citoyen d’un modèle complet d’organisation de services intégrés.
- Proposition par un citoyen optométriste d’intégrer cette profession en première ligne au système public.
- Proposition par un citoyen d’un comptoir électronique d’épargne investissement en santé, hypothèse de financement durable.
- Diversités d’opinions (certains recommandent le système public, d’autres le système privé, d’autres la reconnaissance de la médecine douce, etc...).
- Proposition de rémunération des médecins combinant paiement à l’acte et capitation, nécessité d’introduire une certaine compétitivité entre médecins, et création de sites pilotes. Ce mode de rémunération vise à préserver l’essence de la profession, la relation bénéficiaire/médecin, bénéficiaire/environnement. Objectif ultime : soins de première ligne avec une approche de médecine familiale. Les citoyens qui ont présenté cette approche sont conscients que tous (omnipraticiens et population) ont des réserves.
- Déficience de l’information bilingue et transparente.

A. Appréciation des options organisation de services

1. Services de base
1.1 Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1. Org.)
2. Services spécialisés
2.1 Organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale (Option 4, Org.)
2.2 (Financement) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers (Option 4, Fin.)

3. Continuité, adaptation, coordination des services et organisation du travail
--

3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2, Org.)

3.2 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3, Org.)

- Pour certains, le médecin de famille doit jouer un rôle clef dans l'accès aux services, alors que pour d'autres l'accès direct aux spécialistes est privilégié.

3.3 Un dossier clinique informatisé par patient (Option 5, Org.)

3.4 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées (Option 6, Org.)

(Traité par deux médecins qui ont fait une présentation et déposé un avis.)

Diverses sources de rémunération pour les médecins selon l'exercice en bureau privé, polyclinique, CLSC, CHSCD, CHSLD.

A. Paiement à l'acte avec capitation : 3 tarifs proposés :

Le tarif le plus élevé pour les actes donnés aux bénéficiaires affiliés à un médecin traitant, ajout d'un forfait annuel selon le nombre de bénéficiaires. Une bonification tarifaire au médecin ayant un large champ de pratique : hôpital, urgence en CHSCD.

Tarif moyen versé à un groupe de médecins traitants.

Tarif réduit pour des actes donnés à des bénéficiaires non affiliés à un médecin ou à un groupe traitant.

B. Prime de groupe sous régional, lié aux indices de santé de la population du territoire

Médecins en CLSC, CHSLD CHSCD

C. Tarif horaire ou honoraires fixes : enseignement, activités en CLSC, CHSLD.

Actes avec ou sans forfait : urgence hospitalière, soins intensifs...

4. Budgétisation

4.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats (Option 7, Org.)

4.2 La participation du secteur privé et du secteur communautaire (Option 8, Org.)

4.3 (Financement) L'impartition des services de support et de soutien (Option 5, Fin.)

5. Autres options

5.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres options Organisation de services mises de l'avant

- Décloisonnement entre CLSC, urgences, C.H.
- Intégrer les optométristes au réseau de santé comme partenaires ou en CLSC, urgences, dans les cabinets médicaux ou dans des cabinets optométriques. Considérer les optométristes comme la porte d'entrée ou la première ligne en soins opculo-visuels. Cette approche permettrait de désengorger les listes d'attentes des spécialistes en ophtalmologie, d'atteindre des objectifs de qualité de services sur le plan humain, davantage de prévention et davantage d'efficience des services aux patients.

B. Appréciation des options financement

1. Panier de services assurés

1.1 La désassurance de services (Option 1, Fin.)

2. Sources, niveau et gestion de financement

2.1 L'augmentation des impôts (Option 2, Fin.)

2.2 La contribution des usagers (Option 3, Fin.)

2.3 La création de caisses spéciales (Option 6, Fin.)

Création d'un compte personnel d'épargne-investissement pour l'ensemble des soins de santé.

Panier de base de biens et services de santé garanti par un contrat personnel d'épargne à terme.

2.4 La vente de services spécialisés aux non-résidents (Option 7, Fin.)

3. Répartition budgétaire

3.1 Les modes de distribution budgétaire (Option 8, Fin.)

4. Autres

4.1 Précisez, s'il y a lieu, les autres propositions suggérées relatives au financement

- Introduction du secteur privé pour certains, et pour d'autres pas (opinions contradictoires sur ce sujet).

C. Gouvernance

1. Ligne d'autorité

1.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions à la « Ligne d'autorité » (MSSS, Régies, Établissements) dans le réseau

- Un citoyen propose le maintien de trois paliers de coordination et la création de Centres sectoriels de la santé et des services sociaux au plan local. Cette recommandation fait partie intégrante d'un modèle de réseau complet et illustré par un schéma inclus dans son mémoire.

2. Responsabilités et imputabilité

2.1 Précisez, s'il y a lieu, les commentaires et suggestions relatifs aux notions de « responsabilité » et « d'imputabilité »

9. RÉSULTATS : FORUM DES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE

La modalité entourant les services médicaux de 1^{re} ligne constitue une démarche spécifique à la région de Montréal-Centre qui permet d'explorer cet aspect de l'organisation des services.

Préalablement à la tenue du Forum, plusieurs travaux de documentation et d'analyse ont été effectués de manière à préciser la problématique. Avant de présenter en synthèse les faits saillants qui ressortent du Forum, nous présentons de manière très succincte les résultats du sondage régional traitant des services médicaux de 1^{re} ligne.

9.1 SONDAGE RÉGIONAL (LORRAINE BERNIER)

Le sondage a été effectué auprès de 702 personnes de 18 ans et plus, entre le 1^{er} septembre et le 7 septembre 2000, par la Firme Zins Beauchesne et associés.

Le profil de consommation de la population est le suivant : six personnes sur dix consultent régulièrement un médecin généraliste ou spécialiste, principalement un

médecin généraliste. Chez les jeunes de 18 – 34 ans, cette proportion est de 39 % pendant que pour les personnes âgées de 55 ans et plus la proportion passe à 85 %.

Le sondage met aussi en relief que, selon l'état de santé, la préférence peut varier dans le choix pour le suivi de santé entre un médecin spécialiste et un médecin généraliste : meilleur est l'état de santé de la personne, plus elle est portée vers un médecin généraliste (73 %) versus les personnes dont l'état de santé est moyen ou mauvais (49 %).

Un autre aspect des préférences est le fait que 80 % des personnes souhaitent consulter toujours le même médecin. Si le médecin n'est pas disponible, 62 % accepteraient de voir un autre médecin sur place alors que 34 % seraient prêtes à se déplacer pour consulter le premier médecin disponible. Notons que consulter un autre médecin est plus accepté par les personnes en excellente santé (50 %) que par celles dont l'état de santé est moyen ou mauvais (31 %).

Quant aux options soumises par la Commission, voici les principaux résultats :

- Organisation territoriale des services de base sous autorité unique (Option 1)
 - ◇ 62 % des répondants approuvent l'idée de confier la responsabilité de l'organisation de tous les services de santé ou sociaux à une seule autorité territoriale;
 - ◇ 77 % des répondants seraient prêts à s'enregistrer auprès d'une ressource (médecins, groupes de médecins ou organisation) responsable de leur assurer tous les services dont ils ont besoin et 21 % refusent cette idée;
 - ◇ 91 % des répondants sont en accord à l'effet de pouvoir s'enregistrer auprès d'un médecin de famille qui s'assurerait que la personne et les membres de sa famille reçoivent tous les services de santé requis, 24 heures sur 24, et qui ferait les arrangements avec des spécialistes et établissements de santé si nécessaire;
 - ◇ huit personnes sur dix préféreraient s'enregistrer dans le quartier ou la ville où elles habitent.
- Responsabilité clinique et financière confiée à une équipe (Option 2)
 - ◇ 68 % des répondants sont en accord avec le fait qu'une équipe de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux provenant des cabinets de médecins et des CLSC ait la responsabilité, dans le quartier, des soins et des budgets.
- Le médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne (Option 3)
 - ◇ 91 % des répondants affirment être d'accord pour que leur médecin de famille devienne responsable de coordonner l'ensemble de leur dossier de santé;
 - ◇ toutefois, 62 % expriment leur accord dans l'hypothèse où, pour consulter un autre médecin généraliste ou spécialiste, l'usager doit être référé par le médecin de famille auprès duquel il s'est enregistré.

Finalement, le sondage met en lumière l'importance, aux yeux des répondants, d'améliorer l'accès :

- aux soins médicaux sans rendez-vous le soir et les fins de semaine;
- l'accès aux personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées) en moins de deux jours ou deux semaines selon le besoin.
- l'accès plus rapide aux examens de laboratoire et de radiologie demandés par les médecins généralistes.

9.2 FORUM SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE (MURIELLE LEDUC)

9.2.1 CONTEXTE

Compte tenu des caractéristiques particulières de la région de Montréal-Centre ainsi que des problèmes dont il est fait état depuis de nombreuses années pour ce qui est de l'organisation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale a décidé de mener une action spécifique sur ce sujet afin de mettre l'accent sur la recherche de solutions adaptées au contexte montréalais.

9.2.2 THÈMES DE LA CONSULTATION

Le document d'information préparé par la Régie régionale pour les participants au forum fait le point sur les attributs souhaités des services médicaux de première ligne et sur l'état de situation des soins médicaux. Il identifie également les pistes de solutions soumises à la consultation par la Commission d'étude qui concernent les services médicaux de première ligne.

La journée de consultation a visé à recueillir de l'information sur ces différents points et les échanges ont été organisés sur la base des thèmes suivants :

- les caractéristiques fondamentales et les objectifs visés pour les services médicaux de première ligne sur l'Île de Montréal;
- les solutions préconisées à court terme;
- les options d'organisation de services mises de l'avant par la Commission d'étude;
- les freins aux changements souhaités.

9.2.3 CONTENU DE RAPPORT

Le présent rapport veut rendre compte de l'ensemble des commentaires et positions émis lors de ce forum. À ce titre, le document comprend deux parties distinctes.

La première résume les principaux éléments ressortant des échanges tant entre les participants qu'avec la population. Le plan de présentation correspond aux différents thèmes soumis à la consultation.

La deuxième partie présentée en annexes résume, sous forme de fiches, les propos tenus par les différents participants ainsi que par la population.

9.2.4 SYNTHÈSE SELON LES DIFFÉRENTS THÈMES ABORDÉS

- **Les caractéristiques fondamentales et les objectifs visés pour les services médicaux de première ligne sur l'île de Montréal**

Les principaux points mentionnés par les participants concernent :

- **l'accent à mettre sur une approche globale de la santé.** Il est rappelé que même si le forum porte sur les services médicaux de première ligne, l'objectif doit être de viser le développement d'une première ligne incluant l'ensemble des services de santé et de services sociaux;
- **une meilleure organisation des services médicaux de première ligne pour répondre aux besoins.** Même si les avis sont partagés sur le fait d'être ou non en situation de pénurie de médecins dans la région de Montréal, les participants s'entendent pour dire qu'il y a des problèmes d'éparpillement et donc d'organisation ainsi que de coordination. On s'interroge sur la façon de mieux utiliser les ressources disponibles. La nécessité d'au moins s'organiser pour desservir les 60 000 personnes considérées comme vulnérables, soit les 20 000 personnes qui sortent des hôpitaux et les 40 000 personnes du maintien à domicile a été soulignée;

Afin d'en arriver à avoir des services médicaux de première ligne bien organisés, des conditions ont été identifiées. Il s'agit d'une part de les rendre incontournables pour accéder aux soins spécialisés et imputables des soins donnés. D'autre part, il faut également donner aux médecins de première ligne les moyens de bien travailler c'est-à-dire leur rendre accessible les services technologiques et les services de deuxième ligne;

- **une meilleure coordination entre les services de santé de première et de deuxième ligne.** La pertinence de revoir le partage des responsabilités entre les deux niveaux a été mentionnée car selon certains, des services de première ligne sont donnés dans les cliniques spécialisées. La clarification du rôle de chacun permettrait de dégager une marge de manœuvre pour la première ligne. Il faudrait également prévoir des échanges plus rapides et ce, dans les deux sens. Les médecins de première ligne doivent avoir un accès plus rapide mais il faut également que les médecins spécialistes puissent s'appuyer sur une disponibilité des médecins généralistes lorsque leurs interventions sont complétées;
- **d'autres éléments qui devraient être considérés.** L'importance de se doter d'indicateurs pour évaluer la performance sur des points jugés prioritaires dont notamment les listes d'attentes, a été soulignée. Les questions du maintien de la compétence des intervenants ainsi que de l'importance d'avoir des équipements performants et plus utilisés font également partie des préoccupations.

Les commentaires émis par la population concernent principalement :

- l'importance de maintenir les principes de base sur lesquels s'appuie notre système: l'universalité, l'accessibilité et la gratuité;

- la préoccupation de voir développer une vision globale incluant la santé et les services sociaux de première ligne et se situant dans une perspective de long terme. Il a été rappelé que les organismes communautaires doivent faire partie de cette vision;
- le fait que les services médicaux de première ligne sont mal organisés et qu'une meilleure coordination doit être développée;
- les objectifs à court terme qui devraient être de rendre ces services accessibles aux plus vulnérables et d'offrir des services de qualité.

- **Les solutions préconisées à court terme**

Une mise en garde a été faite tant par des participants invités que par la population à l'effet de s'assurer que les actions entreprises à court terme s'inscrivent dans une perspective de long terme.

Selon les participants, les actions à court terme devraient viser à :

- **offrir des services médicaux à domicile aux clientèles vulnérables.** Il s'agirait de s'organiser pour fournir des services médicaux au moins aux 60 000 personnes desservies à domicile dont il a déjà été fait mention. Il a été rappelé qu'une démarche est en cours depuis plusieurs mois avec des partenaires pour trouver une solution mais que rien n'est réglé. On souhaite qu'un engagement soit pris pour au moins résoudre ce problème. Il est mentionné que si le réseau ne peut solutionner le problème pour ces personnes, il est difficile d'imaginer que l'on en viendra à régler le problème de l'organisation des services pour l'ensemble de la population.

Il a également été fait mention de la nécessité de mettre en place une garde médicale associée à Info-Santé.

- **développer une complémentarité entre les CLSC et les cabinets privés pour fournir les services médicaux de première ligne.** Différentes façons de favoriser la complémentarité entre les médecins de cabinets privés et les équipes multidisciplinaires des CLSC ont été mises de l'avant. Ainsi a-t-on identifié la possibilité de procéder par références mutuelles basées sur des ententes entre les deux partenaires. Une autre alternative serait de s'assurer d'une contribution des médecins de cabinets privés aux programmes des CLSC.

Il a été rappelé que la nécessité d'établir des ponts entre les CLSC et les cabinets privés, puisque la majorité des ressources médicales s'y trouvent, a souvent été mise de l'avant au cours des dernières années. La bonne volonté n'ayant pas, jusqu'à maintenant, donné les résultats escomptés on se demande si des mesures incitatives et même coercitives ne devraient pas être envisagées. L'identification d'un organisme ayant la responsabilité et les moyens d'organiser un réseau de services de première ligne accessibles fait partie des préoccupations. La plupart des participants s'entendent pour reconnaître qu'en ce moment personne ne dispose de leviers suffisants pour le faire. Des interrogations subsistent quant au rôle du DRMG et de la Régie régionale face à ce problème.

- **soutenir les services médicaux de première ligne.** Avant d'envisager de grands changements, il est suggéré, comme mentionné dans la partie précédente, de donner accès aux médecins de première ligne aux moyens techniques appropriés (les services diagnostiques) ainsi qu'aux services de deuxième ligne. Ainsi est-il suggéré d'enclencher dès maintenant une garde technologique.
- **favoriser une plus grande utilisation des intervenants œuvrant en périphérie des médecins de première ligne.** Des commentaires ont porté sur le rôle plus large que pourrait jouer d'autres intervenants, ce qui aurait pour conséquence de dégager les médecins et de permettre une meilleure utilisation des ressources. Des exemples ont été apportés sur l'élargissement du rôle des CLSC en matière de vaccination, de prélèvement, d'interventions auprès des personnes atteintes de maladies respiratoires. L'implantation de programmes cliniques pour des clientèles ciblées, comme celui qui a été développé en Montérégie pour les personnes ayant des maladies pulmonaires devrait également être considérée. Cette approche impliquerait une consolidation des équipes multidisciplinaires.
- **amorcer dès maintenant des actions couvrant des dimensions à plus long terme pour ce qui est :**
 - ↪ **des orientations.** Se doter d'objectifs clairs pour la région de Montréal et préciser le rôle des différents acteurs. Il a entre autre été mentionné qu'il fallait repréciser la porte d'entrée souhaitée car selon les différents discours, quelques-unes peuvent être identifiées. Il est également suggéré de revoir la façon de budgétiser les hôpitaux et de travailler dans la perspective de maximiser les services hors des hôpitaux;
 - ↪ **de l'information.** Prévoir des modalités afin d'améliorer la circulation de l'information entre les intervenants. Il est souligné que les médecins, comme les autres intervenants, n'ont pas accès à une information globale;
 - ↪ **de la planification des effectifs.** Établir dès maintenant, les volumes de professionnels ajustés aux besoins de la population et ce autant en ce qui concerne les médecins, les infirmières que d'autres professionnels dont les physiothérapeutes;
 - ↪ **de l'évaluation des services.** Il s'agit ici d'évaluer la pertinence des services en place en fonction des besoins et de définir des indicateurs quant aux objectifs visés en terme de qualité des services.

Les principaux éléments mentionnés par la population concernant :

- le développement d'une meilleure organisation et coordination des services ainsi qu'une accessibilité plus grande;
- la revalorisation du rôle des CLSC, ce qui implique des investissements supplémentaires et la présence de médecins en CLSC;

- le fait d'inclure parmi les clientèles vulnérables, les personnes pauvres, les personnes âgées, les personnes itinérantes, etc.;
- une plus grande planification des programmes d'étude contingentés.

- **Les options d'organisation de services élaborées par la Commission d'étude**

Les six options d'organisation concernant les services médicaux de première ligne soumises à la consultation par la commission d'étude ont suscité des niveaux différents d'échanges lors du forum que reflètent la présente synthèse.

- **Une organisation territoriale sous autorité unique**

Les débats ont moins porté sur cette option spécifique que sur l'organisation des services. L'ensemble des participants s'entendent pour reconnaître le bien-fondé d'une organisation territoriale pour coordonner les services de première ligne et pour, comme le mentionnait l'un d'entre eux, briser l'hospitalo-centrisme. À partir de cette base, diverses positions ont été mises de l'avant pour ce qui est du territoire à couvrir, des responsabilités à assumer et des pouvoirs qui devraient être assignés pour atteindre des résultats. Certains ont mis l'accent sur la coordination des services, ce qui les a amenés à faire le lien avec la mise sur pied du département régional de médecine générale (DRMG). D'autres ont plus insisté sur la coordination des services à la personne.

Les nombreux participants qui ont référé à la coordination des services de première ligne à la personne lorsque celle-ci a besoin de services fournis par différents intervenants ont insisté pour que celle-ci soit faite le plus près des gens. Les CLSC leur apparaissent les mieux placés pour jouer ce rôle et ce, surtout pour les personnes vulnérables qui ont besoin d'une multitude d'acteurs.

En ce qui concerne la coordination de l'ensemble des services, les perceptions et positions ont divergé. Un seul participant s'est dit d'accord avec la mise sur pied d'une organisation intégrée avec un seul conseil d'administration pour gérer l'ensemble du système de santé régional. Cette approche est vue comme un moyen de favoriser la complémentarité. Par contre, pour un autre participant, l'option proposée voulait dire une décentralisation et organisation régionale des services mais avec une autonomie et une imputabilité confirmées aux établissements.

Il a également été suggéré d'envisager utiliser comme base d'organisation les sous-régions que définit le DRMG. Les coordonnateurs de chacune de ces sous-régions pourraient être responsables de l'organisation des services dans ce territoire.

Des précisions ont été apportées à l'effet qu'une organisation territoriale ne doit pas vouloir dire être assujettis à un médecin car les gens veulent maintenir leur choix. De la même façon, la possibilité de procéder par enregistrement auprès d'un médecin n'est pas envisagée comme solution.

Il a également été rappelé que peu importe les modalités de coordination retenues, celles-ci ne vont pas tout régler, notamment le manque de services ainsi que le problème de financement.

➤ **Le Département régional de médecine régionale (DRMG)**

Les échanges sur l'organisation territoriale des services ont permis aux participants d'exprimer leurs préoccupations et questions face à la mise sur pied du DRMG. Celui-ci a d'ailleurs fait l'objet de commentaires tout au long du forum. Il ressort que des interprétations différentes existent en ce qui a trait au rôle du DRMG, à ses priorités d'action, à ses pouvoirs et à son articulation avec l'instance régionale qu'est la Régie régionale.

En ce qui a trait à son rôle, des attentes ont été exprimées par de « futurs partenaires » sur sa contribution à l'organisation et la coordination des services médicaux de première ligne. Ils ont également exprimé leur crainte à l'effet que cette coordination se fasse en vase clos entre médecin et que l'on continue ainsi à vouloir régler les services médicaux à l'extérieur de l'organisation des services. Des interrogations subsistent quant au lieu où devrait se faire cette planification et coordination : la Régie régionale, ou le nouveau territoire unique sous-régional. Des réserves ont été exprimées quant à la capacité d'actions du DRMG qui ne leur semble pas disposer de leviers suffisants pour agir.

D'autres participants ont tenté de préciser le rôle du DRMG et son articulation avec l'ensemble des intervenants. Il a été rappelé que le but du DRMG est de coordonner les services médicaux offerts par les généralistes sur le territoire et non de coordonner tous les services de première ligne. À ce titre, son rôle est de recevoir les demandes de services pour les généralistes que ces dernières soient formulées par des équipes multidisciplinaires ou d'autres sources et d'élaborer des propositions concrètes. L'articulation avec les autres professionnels sera donc à faire. Il est précisé que la coordination régionale de la pratique médicale en première ligne relèvera du DRMG mais que la Régie régionale est responsable de gérer par rapport à l'ensemble des services. Ainsi a-t-on mentionné que le DRMG est imputable à la Régie.

➤ **L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale**

Les quelques participants qui ont abordé ce point se sont prononcés en faveur de ce mode d'organisation. L'obligation d'encourager le développement de corridors de services avec les services de première ligne a également été soulignée.

➤ **La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe**

Cette proposition a soulevé peu de commentaires. On a mentionné la difficulté à saisir exactement le sens de cette option. Celle-ci soulève des interrogations quant à la coordination entre la première et la deuxième ligne. De plus, elle semble impliquer des coûts administratifs qui incitent à ne pas vouloir la retenir.

➤ **Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne**

Plusieurs se sont prononcés sur cette proposition. Dans l'ensemble, les participants ne sont pas d'accord avec le fait que le médecin assume la coordination de tous les services. Plusieurs raisons ont été invoquées pour justifier cette position. Le médecin de famille ne doit pas être vu comme un coordonnateur puisque cette fonction implique une partie d'administration. Son rôle est de faire la prise en charge médicale, de diriger le patient dans le réseau et de s'assurer d'une référence à une équipe multidisciplinaire lorsque nécessaire. Le médecin demeure responsable de son patient et doit recevoir l'aide requise afin qu'un bon suivi soit fait mais la prise en charge doit se faire ailleurs.

Il a été mentionné de plutôt consolider ce rôle aux CLSC lorsque les personnes ont besoin d'intervenants en provenance de différents services et établissements.

➤ **Un dossier clinique informatisé par patient**

Les avis sont partagés sur cette question. Pour certains, l'information de qualité que permettra d'obtenir le dossier clinique informatisé est à la base de services de qualité.

Pour d'autres, le dossier clinique ne constitue pas une condition essentielle mais une plus-value qui peut être intéressante s'il est utilisé avec beaucoup de protections. Il est souligné qu'en attendant, plusieurs choses peuvent être faites pour améliorer la circulation de l'information. L'importance de trouver des moyens pour garantir la confidentialité est une donnée importante qui devrait rassurer les patients, ce qui n'est pas encore le cas et qui a été très clairement exprimée.

➤ **La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées**

La révision du mode de rémunération en fonction des responsabilités assumées est considérée comme une des solutions mais elle n'est pas la seule. Plusieurs ont insisté sur les besoins des clientèles, les lieux de pratique et également sur le rôle joué notamment comme partenaire. Il n'y a cependant pas eu beaucoup de commentaires sur les moyens à utiliser. Il a été suggéré d'envisager la possibilité que la Régie régionale ait à gérer au moins une partie de la rémunération des médecins pour avoir un impact important et ce, autant pour les services de première ligne que pour ceux offerts dans les hôpitaux.

Les commentaires de la population ont principalement porté sur :

- l'organisation territoriale. On s'interroge sur le sens donné à cette notion et souhaite que cette organisation ne vienne pas se substituer au territoire de CLSC ni modifier le rôle des Régies. Le territoire de CLSC est favorisé pour assumer la coordination;

- les solutions devraient viser à répondre aux besoins d'organisation et d'accessibilité des services de première ligne et ce, à l'intérieur du financement actuellement disponible;
- la responsabilité clinique. On doit maintenir le droit des personnes de choisir à qui elles veulent confier leur santé et ne donc pas imposer le choix d'un médecin ou d'une équipe;
- le dossier clinique informatisé. Son développement est refusé et ce, afin de maintenir la confidentialité. Il est plutôt suggéré d'envisager l'utilisation d'un carnet de santé.

- **Les freins aux changements souhaités**

Plusieurs éléments ont été mentionnés par les participants. Un certain nombre ont consisté en un rappel de points déjà identifiés comme devant faire partie des solutions à court terme mais étant, vu l'état de la situation, considérés comme des freins aux changements. Ainsi en est-il de la difficulté pour les services médicaux de première ligne d'accéder aux services technologiques (imagerie médicale et services de laboratoire) ainsi qu'aux services spécialisés et même aux autres services du réseau dont ceux des CLSC.

Les principaux freins mentionnés concernent :

- **le manque d'actions concrètes pour appuyer des mesures déjà identifiées.** Il a été rappelé que la consultation sur les urgences tenue en février 1998 avait mis en lumière l'importance de mieux organiser le travail en amont et en aval. Pourtant, peu d'actions concrètes ont été entreprises. Au contraire, on mentionne que le discours porte toujours sur l'importance d'envoyer des médecins dans les établissements et qu'on insiste moins sur la nécessité d'en avoir plus en première ligne;
- **la situation du personnel médical et infirmier de première ligne.** Deux aspects ressortent particulièrement. D'une part, la démotivation du personnel de première ligne qui est toujours pointée quand des crises éclatent. D'autre part, la pénurie actuelle et anticipée de ce personnel. En ce qui concerne les médecins, on rappelle que la moyenne d'âge à Montréal est de 45 ans et que cet moyenne risque d'augmenter car avec la pénalité, les jeunes vont aller à l'extérieur. La décroissance en équivalent temps complet (ETC) s'explique aussi par le changement de pratique chez les jeunes médecins. Il y a également pénurie d'infirmières et un manque de ressources dans certaines disciplines telle en physiothérapie. Il est rappelé qu'une planification adéquate de la main-d'œuvre doit être faite afin d'éviter de se retrouver en plus grande situation de pénurie;

- **le mode de financement tant des établissements que des médecins.** Le financement par enveloppe étape est considéré inefficace. Le mode de rémunération des médecins basé sur des plafonds trimestriels qu'ils atteignent en même temps limite les interventions;
- **le manque d'investissement dans la première ligne.** Avec les fonds actuellement disponibles, il devient difficile d'assurer la disponibilité des équipes multidisciplinaires pour répondre aux différents besoins identifiés par la réforme. Des investissements s'avèrent nécessaires tant dans les services médicaux que dans les services de prévention;
- **les résistances aux changements** lorsque l'on veut modifier des modèles de pratique et des habitudes de travail. Les attitudes corporatistes ont été soulignées par plusieurs.

Les éléments identifiés par la population concernent :

- ↪ les lacunes dans la coordination des services;
- ↪ le corporatisme qui limite le développement de complémentarité et la mise en place de solutions;
- ↪ l'absence de leviers nécessaires afin de pouvoir exercer des moyens coercitifs pour diriger les médecins là où il y a des besoins.

9.2.6 CONCLUSION

L'organisation de ce forum a permis aux participants de partager leur vision de ce que devraient être les services de première ligne dans la région de Montréal. Différentes positions ont été exprimées quant aux enjeux et aux leviers disponibles.

De l'ensemble des débats se dégage principalement :

- la nécessité d'organiser à court terme les services médicaux de première ligne pour au moins répondre aux besoins des clientèles vulnérables connues que sont les 60 000 personnes desservies à domicile, soit celles qui sortent des hôpitaux et les personnes en perte d'autonomie rejointes par les services de maintien à domicile;
- la pertinence de viser une organisation territoriale des services et ce, même si des divergences ont été exprimées sur la notion de territoire à couvrir et de pouvoirs à accorder à cette instance;
- le développement de mesures de soutien aux services de première ligne afin de permettre aux médecins généralistes d'accéder rapidement aux services technologiques et aux services de deuxième ligne. À cet effet, il est suggéré d'organiser rapidement une garde de services technologiques;

- la préoccupation que la coordination des services médicaux de première ligne qui constitue le mandat du DRMG ne se fasse pas en vase clos et que l'on vise une coordination avec l'ensemble des services de première ligne;
- l'importance de clarifier les responsabilités du DRMG et de la Régie régionale en ce qui concerne la coordination de l'ensemble des services et le rappel du rôle reconnu à la Régie régionale en matière d'organisation et de coordination.

10 SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION RÉGIONALE

Nous avons parcouru, au fil des modalités, une somme importante de considérations eu égard aux options mises de l'avant par la Commission.

En guise de synthèse, nous allons reprendre les éléments de convergence et de divergence qui se dégagent de tout ce matériel. Successivement, nous explorerons les commentaires généraux et chacune des options mises de l'avant par la Commission et terminerons avec les éléments plus spécifiques aux services médicaux de 1^{re} ligne.

10.1 COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Le premier constat qui se dégage est l'attachement général chez la grande majorité des participants à l'égard d'un système de santé et de services sociaux universel, public et gratuit. S'il existe une ouverture chez certains à l'égard du privé, celle-ci demeure à la marge et ne concerne pas des volets importants du système : le privé est déjà présent et il ne se dégage pas de volonté d'accentuer significativement cette place.

Un cadre de discussion qui a suscité de nombreuses interrogations. Certains ont questionné les fondements de l'analyse économique sur laquelle s'appuie la Commission. D'autre part, la formulation des options a suscité une incompréhension assez généralisée : les options d'organisation territoriale, de médecins coordonnateurs, de caisses spéciales ont été peu comprises. Les options proposées laissaient place à peu de nuances pour exprimer la complexité d'un système qui répond à de multiples réalités : soins généraux, spécialisés et surspécialisés; soins court terme et long terme; réalités rurales et urbaines; milieux défavorisés et milieux ethniques. Les services sociaux apparaissaient peu présents dans l'analyse de la Commission par rapport aux services de santé.

Deux lectures de la réalité financière sont apparues : pour certains, la population et les usagers, il y a assez d'argent dans le système, le problème en est un de gestion; pour d'autres, les syndicats, organismes communautaires et établissements, il faut réinvestir dans le système de santé et de services sociaux. En particulier, les services dans la communauté et les services préventifs sont perçus comme les parents pauvres d'un système plus axé sur les services institutionnels et les soins. Si l'ensemble des participants reconnaissent qu'il y a des problèmes dans le système de santé et de services sociaux, peu de participants semblent enclins à préconiser une transformation radicale. La plupart des participants proposent de s'appuyer sur les forces déjà en place dans le réseau (Ex. : les CLSC, les organismes communautaires, le DRMG et les régies régionales) pour en faire des vecteurs de changement.

Dernier point, les groupes de femmes ont insisté sur l'importance d'une analyse qui tienne compte de la place, du rôle et des impacts des transformations sur la situation des femmes à la fois comme usagères, travailleuses du réseau et aidantes naturelles.

10.2 OPTIONS ORGANISATIONNELLES

10.2.1 ORGANISATION TERRITORIALE DES SERVICES DE BASE SOUS AUTORITÉ UNIQUE (OPTION 1, ORG.)

Que veut dire autorité unique ? Si cette option implique la fusion de conseils d'administration, l'idée est rejetée d'entrée de jeu par de nombreux acteurs. En effet, les conseils d'administration dédiés à des clientèles spécifiques, par exemple déficience intellectuelle et santé mentale, apparaissent les garants de la spécificité même des services offerts.

Par organisation territoriale des services de base, entend-on regrouper les services de 1^{re} ligne offerts par les CH, les CLSC et les cliniques médicales ? Si tel est le cas, cette avenue apparaît peu pensable. Ceci appellerait une restructuration majeure des services.

Il n'apparaît pas non plus réaliste de limiter le choix de la clientèle à une organisation territoriale des services de base, et ce, dans le contexte d'une métropole. La liberté de choix et la mobilité de la clientèle sont deux paramètres qui ne militent pas en faveur de cette option.

Au chapitre des avenues, les CLSC apparaissent maintes fois comme un acteur pouvant offrir une coordination de services de base à une échelle locale. Eux-mêmes se voient un rôle pour toutes les personnes vivant avec des problèmes complexes et nécessitant des services variés tels ceux en périnatalité, pour les jeunes, pour les services à domicile et pour les services pré et posthospitaliers. Les services en santé mentale et les services en déficience intellectuelle nécessiteraient une organisation adaptée spécifique.

Penser l'organisation des services de base à une échelle territoriale nécessite aussi une vision métropolitaine à cause de la circulation des clientèles entre la périphérie et l'île de Montréal. Dans les faits, une organisation qui soutient une approche client doit tendre à un continuum de services dans un réseau intégré.

10.2.2 ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS SUR UNE BASE RÉGIONALE OU NATIONALE

Cette option recueille un assentiment général et va dans le sens de l'organisation actuelle des services spécialisés et ultraspecialisés. Capitaliser sur cette option permettrait d'améliorer le regroupement de masse critique de ressources et d'expertise. Le financement devrait être basé sur les clients en tenant compte des coûts reliés aux activités ainsi qu'à la nature et à la complexité des services fournis.

Le CHU Mère-Enfant Sainte-Justine voudrait se voir confirmé dans son rôle de coordination pour les services de niveau 3 et 4. Le programme de lutte contre le cancer exige une coordination ministérielle de même que la confirmation de centres de cancérologie avec mandat relatif au programme de prévention de cancer du sein pour les CH avec département de radio-oncologie. La problématique de l'autisme et des troubles envahissants du développement relèverait de l'autorité ministérielle et la coordination s'exercerait en liens avec les universités, le monde médical et les centres d'évaluation qui seraient de niveau régional. VON se voit un partenaire spécialisé, articulé aux services de base.

Si le concept semble approprié au monde médical, en est-il de même pour des problématiques telle la déficiences intellectuelle ? Les centres de réadaptation assument des services spécialisés tant dans le domaine de la réadaptation que de la réinsertion sociale.

En santé mentale, pour les clientèles ayant des problèmes sévères et persistants, les départements de psychiatrie proposent que leur soit attribué le rôle de coordination pour l'ensemble des services à cette clientèle. Les CHSP deviendraient dans cette vision des instituts.

Dans l'application de modèles d'organisation des services spécialisés et surspécialisés, on demande une certaine flexibilité de manière à respecter l'approche intégrée avec la communauté, développée par certains établissements anglophones.

10.2.3 LA GESTION ET LA PRODUCTION PRIVÉES DE SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS OU HOSPITALIERS (OPTION 4, FINANCEMENT)

Les comités d'usagers postulent que si le secteur privé peut faire un profit c'est qu'il y a une mauvaise gestion du secteur public. Les groupes de discussion sont venus mettre en lumière que l'apport du privé pour améliorer l'organisation du système de santé à Montréal est perçu marginalement par rapport à d'autres solutions telles celles touchant à la rémunération des médecins ou aux budgets des établissements.

Pour les syndicats et les organismes communautaires, il est clair que la production de services par le secteur privé est à rejeter. Le secteur privé n'est ni un gage de qualité ni un gage de véritable contrôle des coûts.

Les cliniques faisant des avortements sont venues offrir leur collaboration pour assumer plus de responsabilités à l'égard des avortements de 1^{er} et 2^e trimestre.

Le privé sans but lucratif pourrait-il assumer une place? VON demande une reconnaissance.

10.2.4 LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE ET FINANCIÈRE CONFIEE À UNE ÉQUIPE (OPTION 2, ORG.)

Cette optique est apparue appropriée pour des clientèles ciblées que l'on retrouve actuellement dans le cadre du projet SIPA, du CHU Mère-Enfant ou éventuellement

dans le cadre des soins palliatifs. Avant de conclure et de confirmer ces expériences, une évaluation clinique et financière s'impose.

D'autre part, la question du libre choix doit être débattue. Pour plusieurs, une telle option présente le désavantage de limiter les choix. Les risques de discrimination à l'égard de clientèles à profil lourd sont aussi mentionnés.

La notion de responsabilité clinique confiée à une équipe s'impose comme une option présentant des avantages au plan de la continuité et de la qualité des interventions. À cet égard, la participation des médecins de cliniques privées est souhaitée. Le rôle des CMPD pourrait être utile pour favoriser la participation des médecins à ces équipes. Le rôle des CLSC dans une telle option peut être central pour les cas complexes : un lien pourrait être fait avec le DRMG pour l'organisation par sous-région et district de CLSC.

10.2.5 LE MÉDECIN DE FAMILLE, COORDONNATEUR DE L'ENSEMBLE DES SERVICES À LA PERSONNE (OPTION 3, ORG.)

Lors du sondage régional, tout comme dans les groupes de discussion, il apparaît nettement que la population a confiance aux médecins. Plus de 80 % se disent spontanément en accord avec cette option. Toutefois, si cette option limitait le libre choix, elle n'est plus privilégiée que par 62 % des répondants.

Dans le cadre des modalités qui faisaient place à la discussion, les implications sur les tâches des médecins questionnaient le réalisme de la proposition. Pour maintenir un même niveau de services à la population et pouvoir assumer des tâches de coordination, les médecins devraient déléguer des tâches aux autres professionnels.

De plus, la formation des médecins est questionnée pour leur confier ce rôle de coordination. En déficience intellectuelle, déficience physique et santé mentale le médecin n'est pas perçu comme ayant la formation requise. L'approche biomédicale est plus généralement questionnée.

10.2.6 UN DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ PAR CLIENT (OPTION 5, ORG.)

Pour rendre cette option acceptable, toutes les garanties relatives à la confidentialité et à la sécurité d'un tel dossier clinique informatisé devront être données à la population. Les risques apparaissent importants en particulier aux yeux des clientèles victimes de discrimination ou de préjugés à l'égard de leurs problématiques.

D'autre part, plusieurs ont mentionné les avantages d'un tel dossier informatisé. Il faudra déterminer les critères de pertinence des données, la durée de conservation, les règles d'accès, de confidentialité et de sécurité. Un tel dossier devrait être pensé dans une perspective de développer un système d'information permettant de déterminer le cas par cas, la mesure des résultats et les analyses comparatives. La carte à puce pourrait être une avenue intéressante de dossier clinique informatisé.

On souligne aussi que le dossier clinique informatisé par client n'est pas une condition essentielle à l'amélioration de l'organisation des services mais une plus-value.

10.2.7 LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ADAPTÉE AUX RESPONSABILITÉS QUI LEUR SONT CONFIÉES (OPTION 6, ORG.)

La rémunération à l'acte est perçue inappropriée à un bon fonctionnement du système. Pour certains, ce mode conduit à des services de moindre qualité (sur-médicamentation, négligence, excès d'actes médicaux).

Pour l'ensemble des participants, il doit y avoir une rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées. Il s'agit d'une composante majeure pour l'amélioration des services.

Une rémunération mixte est proposée : honoraires fixes plus un taux horaire majoré pour certaines activités. Une autre formule pourrait être une combinaison de paiement à l'acte avec capitation (trois tarifs proposés); une prime de groupe sous-régional et le paiement horaire ou honoraires fixes pour l'enseignement et la recherche.

Les régies régionales pourraient aussi gérer une partie de la rémunération pour avoir un impact important sur les services de 1^{re} ligne et les services hospitaliers.

Une enveloppe globale de rémunération applicable à un établissement et à des départements mériterait aussi d'être expérimentée.

Une parité du chapitre de la rémunération devrait être établie entre les CLSC et les cabinets privés.

10.2.8 LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS EN FONCTION DE LA POPULATION, DES SERVICES ET DES RÉSULTATS (OPTION 7, ORG.)

L'ensemble des participants qui se sont prononcés sur cette question rejettent l'utilisation d'un simple *per capita* pour définir les budgets des établissements. La notion de budget historique est aussi écartée.

Les formules à retenir peuvent varier selon la catégorie d'établissements. Dans le cas des CLSC, on préconise le partage selon les caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population. Il faudrait aussi prendre en compte le rôle suprarégional de Montréal.

Dans le cas des CH, le budget devrait être établi en fonction des clients desservis, de la nature et de la complexité des services offerts et de la qualité des résultats obtenus (indicateurs cliniques et administratifs). Le principe à retenir est « l'argent va là où le client consomme ».

Pour les CHSLD, un syndicat mentionne que les budgets pourraient être établis selon un taux uniforme de lits par habitants et un taux de réponse aux besoins des bénéficiaires à 100 %.

En déficience intellectuelle, on propose l'établissement des coûts de services crédibles et des indicateurs de gestion précis ainsi que le partage des budgets selon les besoins des personnes desservies.

Les comités d'usagers proposent que les budgets soient répartis comme pour les écoles, en fonction du nombre d'élèves inscrits.

Le Centre Mère-Enfant propose quant à lui d'assumer la responsabilité d'un financement basé sur un nouveau concept d'enveloppe budgétaire nationale. Le partage se ferait par la suite selon les responsabilités.

10.2.9 LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ ET DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE (OPTION 8, ORG.)

Il s'agit en fait de deux débats distincts. Le secteur communautaire, qui ne doit pas devenir supplétif aux carences du réseau, est vu comme un acteur important qu'il faut maintenir, consolider et développer. Dans le secteur de la santé mentale, compte tenu des responsabilités assumées dans le champ de l'intervention clinique, on réclame même un certain rattrapage salarial et, par la suite, les mêmes indexations que dans le réseau d'établissements publics.

Le secteur privé à but lucratif soulève plus de controverse. Pour les organismes communautaires et les syndicats, la contribution du privé à but lucratif ne suscite aucune ouverture. Dans le cas des établissements (CH et CHSLD) le point de vue est plus nuancé et une ouverture existe même si l'on veut maintenir l'actuel système de santé public. La présence du privé existe déjà et l'on cherche à optimiser le partenariat actuel.

10.2.10 L'IMPARTITION DES SERVICES DE SUPPORT ET DE SOUTIEN (OPTION 5, FIN.)

Cette avenue, pour améliorer le financement du réseau de la santé et des services sociaux, semble offrir des pistes restreintes de solutions pour plusieurs participants du réseau sinon aucune pour les autres.

Les services de buanderie, d'entretien et de laboratoires présentent des perspectives qui pourraient être acceptables pour certains dans la mesure où un contrôle des coûts et de la qualité est assumé par l'État.

D'autres avenues pour améliorer l'efficacité sont offertes telles les ententes avec d'autres organisations publiques ou parapubliques.

Un fort courant d'opinions exprimées par les syndicats et plusieurs organismes communautaires s'oppose à cette option pour des raisons de qualité, de coûts et par le fait qu'il s'agit d'une ouverture vers la privatisation.

10.2.11 AUTRES OPTIONS RELATIVES À L'ORGANISATION

De nombreuses suggestions ont été faites qui pourraient avoir un impact significatif sur l'amélioration de l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Nous reprenons ici le besoin de consolider et de développer les services de prévention, les services offerts par les CLSC, les services offerts par les organismes communautaires (répit, appui aux aidantes naturelles) et les ressources intermédiaires permettant la transition vers la communauté pour les clientèles vulnérables.

Le réseau des CH affiliés à une université insiste sur la nécessité de la reconnaissance de l'enseignement et la recherche. En outre, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal recommande que la nomination des médecins spécialistes dans les milieux universitaires tienne compte seulement de leurs activités consacrées aux soins sur la base d'équivalents temps complet.

Au plan des technologies de l'information, la Télé-médecine devrait être développée pour permettre à la métropole de jouer son rôle dans l'ensemble de la province.

L'organisation du travail devrait être améliorée pour introduire plus de souplesse dans la gestion des services (notons ici que les syndicats considèrent que les conventions prévoient déjà des mécanismes permettant cette souplesse).

Une autre idée met l'accent sur la nécessité de développer des programmes visant à stimuler les individus à se prendre en charge,

Dernier élément, on suggère d'élargir les fonctions de la Commissaire aux plaintes.

10.3 OPTIONS FINANCEMENT

10.3.1 LA DÉSASSURANCE DE SERVICES (OPTION 1, FIN.)

En introduction, nous avons mentionné que la consultation avait fait ressortir un attachement important au système de santé et de services sociaux. Pour les organismes communautaires, les comités d'usagers, les groupes de discussion, les syndicats et les groupes de femmes la désassurance n'est surtout pas la voie à suivre. Les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes pauvres et les femmes risqueraient d'être pénalisées et voir leur état de santé se détériorer.

Le Regroupement des CHSLD, quant à lui, offre une méthode d'analyse qui permettait de questionner le panier de services à préserver et inscrit cette démarche dans le cadre d'un débat public à mener.

10.3.2 L'AUGMENTATION DES IMPÔTS (OPTION 2, FIN.)

Voici une autre option qui recueille peu d'adhérents dans le cadre de la consultation. Les positions sont ou bien le rejet pur et simple de cette avenue ou la proposition d'une révision de la fiscalité.

Cette révision de la fiscalité se ferait dans le sens de protéger les plus démunis et la classe moyenne d'une charge fiscale supplémentaire et de faire porter le poids des augmentations aux entreprises et aux personnes plus fortunées.

10.3.3 LA CONTRIBUTION DES USAGERS (OPTION 3, FIN.)

Nous référons ici le lecteur à l'option relative à la désassurance de services. Il s'agit essentiellement des mêmes commentaires et observations.

10.3.4 LA CRÉATION DE CAISSES SPÉCIALES (OPTION 6, FIN.)

Les groupes de discussion ne semblent pas favoriser cette option et encore moins les comités d'usagers. La formule est apparue d'ailleurs ambiguë à plus d'un.

C'est du côté du Regroupement des CHSLD que l'on trouve le plus d'ouverture à cet égard.

10.3.5 LA VENTE DE SERVICES SPÉCIALISÉS AUX NON-RÉSIDENTS (OPTION 7, FIN.)

La plupart des participants à la consultation ont de la difficulté à concilier le fait qu'il existe des listes d'attente et que le personnel est surchargé et le fait d'étendre les heures de travail pour desservir une clientèle étrangère.

Tant que l'équilibre dans la production des services ne sera pas rétabli, il apparaît impensable de s'engager dans cette voie sans créer des effets pervers telle l'ouverture à un système à deux vitesses.

Une fois la capacité de production rétablie, une telle avenue, pour la Conférence régionale des hôpitaux de Montréal, pourrait être envisagée pour certains services ultraspécialisés et selon des critères très précis.

10.3.6 LES MODES DE DISTRIBUTION BUDGÉTAIRE (OPTION 8, FIN.)

L'amélioration de la situation financière dans le réseau apparaît passer par de nouveaux modes de distribution budgétaire, et ce, tant aux yeux de citoyens (groupes de discussion) qu'aux yeux des établissements.

Les CH souhaitent un mode budgétaire adapté aux différentes clientèles (santé physique, santé mentale) ainsi qu'aux divers modes de prise en charge (cliniques externes, chirurgies d'un jour, hospitalisations) et lié au volume et à l'intensité des activités (jours-présence, visites à l'urgence, multipathologies). Ceci implique des systèmes d'information adéquats, standards et validés et un système de prix de revient élaboré pour estimer le prix réel de services par patient. Dans le cas des budgets d'immobilisation on demande une mise aux normes de tous les secteurs du parc immobilier des établissements.

Les CLSC demandent une méthode de partage budgétaire basée sur les besoins et un financement global.

Pour les CHSLD, les budgets devraient être établis en fonction des besoins. Il faudrait distinguer les coûts d'hôtellerie et les coûts reliés aux services et aux soins de longue durée.

D'autre part, pour les représentants de comités d'usagers, mode de distribution veut dire réduire les coûts administratifs et éviter la multiplication de paliers administratifs et bureaucratiques. Dans une autre perspective, on suggère de réallouer les surplus de Loto-Québec et de la SAAQ à la santé.

10.3.7 AUTRES SUGGESTIONS RELATIVES AU FINANCEMENT

Une école de pensée invite le gouvernement à remettre en question sa politique à l'égard du coût des médicaments, à revoir les modes de pratique de prescriptions des médicaments (Ex. : Ritalin) et à mieux contrôler la gestion et les dépenses.

Du côté des CH et des CHSLD, on oriente la discussion vers l'augmentation des revenus : vente de services, facturation, location de chambres et collaborations avec l'entreprise privée pour la mise au point de produits. On invite le gouvernement à questionner ses politiques fiscales à l'égard des dons et des frais médicaux.

Le doyen de la Faculté de médecine et l'Université de Montréal invitent le gouvernement à mettre en place un mécanisme national de coordination intersectorielle des interventions des trois ministères (MSSS, MEQ et MRST) dans le fonctionnement administratif et le financement des centres hospitaliers d'enseignement et que ce mécanisme soit doté de pouvoirs et de moyens adéquats.

Les organismes communautaires réclament un financement adéquat et, en santé mentale, la création d'un fonds pour la santé mentale ou une enveloppe protégée.

10.4 GOUVERNANCE ET IMPUTABILITÉ

Plusieurs des acteurs à la consultation régionale se sont prononcés à la fois sur le rôle et la place des régies régionales et à la fois sur la notion d'imputabilité.

Des acteurs tels la Conférence régionale des hôpitaux de Montréal-Centre, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, des organismes communautaires (déficience intellectuelle), le Centre d'excellence pour la santé des femmes, le CUSM, un syndicat (l'Alliance des infirmiers et infirmières de Montréal), entre autres, reconnaissent la pertinence des régies régionales. Certes, les pouvoirs et l'imputabilité devraient être mieux définis. Mais le mandat d'assumer la continuité, la coordination et de rendre des comptes sur une base régionale apparaît essentiel au bon fonctionnement des services. Mentionnons aussi qu'une meilleure coordination avec les régions périphériques à l'île de Montréal est souhaitée.

D'autres acteurs sont plus critiques tels l'AFEAS de Montréal-Est, le Conseil régional FTQ du Montréal métropolitain et le Regroupement des centres en déficience physique. Dans leur perspective, la pertinence des régies régionales est remise en question.

Quant à l'imputabilité, elle est souhaitée par les personnes qui se sont prononcées sur le sujet. Il faut convenir d'attentes et d'indicateurs précis.

10.5 SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE

Nous reprenons ici les éléments de conclusion du chapitre sur les services médicaux de 1^{re} ligne.

De l'ensemble des débats se dégage principalement :

- la nécessité d'organiser à court terme les services médicaux de première ligne pour au moins répondre aux besoins des clientèles vulnérables connues que sont les 60 000 personnes desservies à domicile, soit celles qui sortent des hôpitaux et les personnes en perte d'autonomie rejointes par les services de maintien à domicile;
- la pertinence de viser une organisation territoriale des services, et ce, même si des divergences ont été exprimées sur la notion de territoire à couvrir et de pouvoirs à accorder à cette instance;
- le développement de mesures de soutien aux services de première ligne afin de permettre aux médecins généralistes d'accéder rapidement aux services technologiques et aux services de deuxième ligne. À cet effet, il est suggéré d'organiser rapidement une garde de services technologiques;
- la préoccupation que la coordination des services médicaux de 1^{re} ligne qui constitue le mandat du DRMG ne se fasse pas en vase clos et que l'on vise une coordination avec l'ensemble des services de 1^{re} ligne;
- l'importance de clarifier les responsabilités du DRMG et de la Régie régionale en ce qui concerne la coordination de l'ensemble des services et le rappel du rôle reconnu à la Régie régionale en matière d'organisation et de coordination.