

Québec, le 28 janvier 2019

Monsieur Simon Jolin-Barrette
Leader parlementaire du gouvernement
Cabinet du leader parlementaire
du gouvernement
Édifice Pamphile-Le May
1^{er} étage, bureau 1.39
1035, rue des Parlementaires
Québec (Québec) G1A 1A4

Cher collègue,

Le 4 décembre 2018, la députée de Mercier Ruba Ghazal inscrivait au feuillet les questions suivantes concernant la centralisation, la privatisation et le rôle des CLSC.

Question 1 : Quelles décisions comptez-vous prendre pour que le système de santé soit réellement public, décentralisé et qu'il réponde aux besoins sociosanitaires de la population québécoise?

L'amélioration de la santé et du bien-être de la population est une préoccupation de tout instant tant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que pour les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Cette préoccupation guide l'ensemble de nos décisions et de nos actions.

Le Plan stratégique 2015-2020 du MSSS présente les orientations stratégiques, les objectifs et les cibles qui permettront de répondre aux enjeux auxquels devra faire face le secteur de la santé et des services sociaux à moyen terme.

Il a été élaboré dans un contexte où des choix ont été faits pour équilibrer nos finances publiques et parvenir à une prospérité durable, en vue de protéger et d'améliorer, entre autres, notre système public de santé et de services sociaux. Cela se répercute sur la priorisation de nos orientations et de nos actions.

...2

Le MSSS entend agir en amont comme en aval des problèmes de santé par des actions visant la prévention et l'amélioration de l'accès aux services généraux et spécialisés, afin d'assurer à la population du Québec, notamment aux plus vulnérables, une réponse adaptée à leurs besoins.

Plus que jamais, l'adéquation des soins, des services et des approches cliniques avec les besoins des usagers et de leurs proches doit être considérée pour parvenir à une meilleure efficacité du réseau.

Au cours des prochains mois, des actions seront déployées, entre autres, afin de redonner une plus grande marge de manœuvre aux gestionnaires des établissements de santé qui ont notamment la responsabilité d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes à la population de leur territoire. C'est d'ailleurs une des priorités qui a été exprimée au MSSS dès le début du mandat du gouvernement.

Question 2 : Concrètement, quels seront vos gestes pour réellement favoriser le développement de ce réseau public qui s'est vu graduellement dépouillé de ses ressources au profit du secteur privé, au cours des 15 dernières années?

Le gouvernement va poursuivre l'accroissement du financement du système de santé et de services sociaux. Il a ainsi été annoncé, lors de la mise à jour économique automnale 2018, que les dépenses de la mission Santé et services sociaux devront croître lors des prochaines années. Voir le tableau ci-dessous.

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Santé et services sociaux (en millions de dollars)	40 176	42 094	43 857	45 639
Variation en %	3,7	4,8	4,2	4,1

Les ressources financières investies en santé et en services sociaux ont cru régulièrement pendant les dernières années. Entre 2003 et 2016, il y a eu une augmentation annuelle moyenne des dépenses totales de santé de 4,8 %. Les dépenses en santé et en services sociaux représentent maintenant 49,4 % des dépenses de programmes de l'État, en excluant le service de la dette.

De plus, la part des dépenses privées sur l'ensemble des dépenses de santé est demeurée relativement stable, soit autour de 30 %, depuis 2003. Cette proportion correspond à la moyenne canadienne. Elle est aussi comparable à celle de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique et est inférieure à celle de l'Ontario (34 %).

Le financement des hôpitaux et des médecins est presque exclusivement public. Le financement privé provient essentiellement des paiements effectués par l'utilisateur lors de l'achat de services, par exemple : chambre privée à l'hôpital, services non assurés, achat de médicaments hors établissements ou de services professionnels non couverts (exemples : soins dentaires, soins de la vue), contribution des adultes hébergés, ainsi que pour des services offerts par des médecins non participants au régime public. Les contributions des usagers représentent 7,6 % des dépenses de santé et de services sociaux. Notons que l'élimination des frais accessoires a été annoncée en décembre 2016.

Le MSSS entreprend des actions pour améliorer la qualité de vie au travail afin de réduire le recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante (MOI). La rareté des ressources humaines dans le RSSS depuis les dernières années a forcé les établissements à recourir à la MOI afin d'assurer l'offre de service à la population. Une cible de réduction du recours à la MOI a été inscrite dans la planification stratégique du MSSS. Cette cible est atteinte depuis le 31 mars 2016.

Pour faire face aux enjeux liés à la disponibilité de main-d'œuvre actuelle et à venir, le MSSS réalise notamment chaque année un exercice de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre avec les données du RSSS, mais nuancé et pondéré par divers facteurs d'évolution des besoins. De plus, afin d'attirer et de retenir la main-d'œuvre dans le RSSS, le MSSS octroie notamment aux étudiants des bourses, dont cinq bourses d'études de 60 000 \$ au Programme postdoctoral en biochimie clinique et 85 bourses d'études de 40 000 \$ à la maîtrise en pharmacothérapie avancée (2017-2018).

Bien que l'on observe une augmentation du nombre de médecins désaffiliés du régime public depuis quelques années, dans les faits, sur l'ensemble, très peu de médecins sont désaffiliés du système public, soit environ 2 %.

Parmi les stratégies organisationnelles mises en place, notons la révision de la composition des équipes, de l'organisation du travail ainsi que des structures de postes, de même que la gestion plus étroite des effectifs en vue d'un usage optimal et d'une meilleure stabilité de ceux-ci.

Question 3 : Plus spécifiquement et sachant qu'il est primordial que « des services de première ligne soient organisés autour de petits établissements de proximité enracinés dans leur communauté locale », quelles actions ferez-vous pour que les CLSC retrouvent leur vocation première « d'offrir en première ligne, des services de santé et des services sociaux à la population du territoire qu'il dessert et des services de nature curative et préventive » (Anne Plourde, chercheure associée à l'IRIS)?

Il nous apparaît primordial que l'ensemble des CLSC puisse offrir des services locaux de première ligne. À cet effet, l'adhésion des CLSC au Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF) permet de rehausser les services de proximité, notamment en octroyant des ressources financières et humaines (infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels) pour la prise en charge de patients. Des efforts sont mis en place pour que les CLSC augmentent leur taux d'inscriptions de patients à un médecin de famille et que l'ensemble des suivis médicaux s'effectue via le modèle des groupes de médecine de famille.

Question 4 : Comptez-vous financer ces institutions afin qu'elles répondent adéquatement aux besoins de la population locale? Si oui, quand et quel sera le montant de cet investissement?

Il est de la responsabilité de chaque établissement de mettre en place les dispositions nécessaires visant à assurer l'accessibilité et la qualité des services en fonction des budgets alloués. Par exemple, avec un financement initial net de plus de 1,1 G\$ pour 2018-2019, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Sud-de-l'Île-de-Montréal reçoit le juste financement pour répondre aux besoins de sa population locale incluant sa mission CLSC.

Question 5 : Que ferez-vous pour que les CLSC redeviennent plus autonomes et puissent adapter les services offerts aux besoins de sa clientèle?

Tel qu'expliqué à la question 3, par l'octroi de ressources supplémentaires, l'adhésion au Programme GMF élargit l'éventail des services offerts en CLSC tout en augmentant l'offre de services médicaux. Il est à noter qu'une bonification de cet octroi est liée à des situations particulières, dont certaines conditions médicales chez la clientèle inscrite. La reconnaissance de ces conditions encourage la prise en charge et le suivi de ces types de clientèles qui sont reconnus comme étant plus lourds et donc moins attrayants pour les médecins. Le Programme GMF est donc un vecteur favorisant des services de proximité adaptés à une population locale.

Question 6 : Puisqu'un C. A. élu lors d'assemblées générales devrait pouvoir orienter les services et programmes offerts, que ferez-vous pour que les patients et patientes retrouvent le rôle qui fut le leur, au sein des C. A. de leurs CLSC? Ainsi, ces personnes pourraient apporter les points de vue de la communauté locale, servant de courroie de transmission entre l'institution et le milieu.

L'article 79 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) (LSSSS) stipule que les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans un centre local de services communautaires (CLSC).

De plus, l'article 80 mentionne que la mission d'un CLSC est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2).

Or, la LSSSS actuelle ne prévoit pas la constitution d'un conseil d'administration (C. A.) spécifiquement pour les CLSC. De facto, il revient au C. A. des centres intégrés de santé et de services sociaux ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de s'assurer que les points de vue de la communauté locale soient pris en compte dans l'organisation des services offerts, puisque ce sont ces établissements qui exploitent la mission CLSC.

Pour votre information, sachez qu'un membre indépendant est nommé au sein du C. A. de chacun des établissements pour son expérience à titre d'utilisateur des services sociaux et un autre est désigné par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement.

Ces C. A. ont d'ailleurs l'obligation de tenir, une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population (article 177 de la LSSSS). Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances régulières et s'avère l'occasion de présenter à la population les renseignements contenus au rapport d'activités et au rapport financier annuel de l'établissement. Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits visé à l'article 76.10 de la LSSSS doit de même être présenté. Les membres du C. A. doivent répondre alors aux questions qui leur sont adressées relativement aux rapports présentés.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La ministre,



Danielle McCann

N/Réf. : 18-MS-07081