

Révision des programmes

Faire simplement



Mémoire présenté par le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux à la Commission de révision permanente des programmes

Septembre 2014

Sommaire

Le RPCU	4
Introduction	5
1. La réduction de la bureaucratie	9
1.1 Les agences de la santé et des services sociaux	9
1.2 La duplication	10
1.3 L'encadrement administratif	12
1.4 L'augmentation de la productivité	13
1.5 La reddition des comptes	14
2. L'organisation des services	15
2.1 Le Dossier Santé Québec	15
2.2 Les groupes de médecine familiale	16
2.3 L'approche client	16
2.4 Une nouvelle façon de dispenser les services : un financement mixte	17
2.5 Le maintien à domicile	18
3. Les achats, dépenses et revenus	20
3.1 Le prix des médicaments	20
3.2 Les achats de groupe	20
3.3 Les agréments	21
3.4 L'étalement des augmentations consenties aux médecins	21
3.5 Les revenus autonomes	22
4. Les comités des usagers	24
4.1 Un meilleur contrôle des dépenses	24
4.2 Un seul groupe représentatif	25

Le RPCU

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux, qui célèbre cette année son dixième anniversaire de fondation, représente les 8 000 000 usagers du réseau. Il est le porte-parole des 600 comités des usagers et de résidents des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Les comités des usagers et les comités de résidents sont présents dans tous les établissements du réseau de santé et de services sociaux en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). La mission des comités des usagers et de résidents est de défendre les droits des usagers et de travailler à améliorer la qualité des services offerts aux usagers de leur établissement. Les valeurs du RPCU, qui guident ses prises de position, incluent l'engagement, le respect et la solidarité.

83 % des comités des usagers et de résidents du Québec sont membres du RPCU.

Le RPCU défend également les droits des personnes âgées.

Introduction

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux trouve important de contribuer à la réflexion initiée par le gouvernement du Québec sur la révision des programmes, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le Regroupement provincial des comités des usagers a déjà présenté ses vues à l'occasion des consultations prébudgétaires en mai 2014¹. Ses recommandations, qui avaient été chiffrées, sont toujours pertinentes et constitueront la base de ses nouvelles propositions.

Des principes

Avant tout, le Regroupement provincial des comités des usagers tient à rappeler que deux principes sont non négociables dans cette révision des programmes :

- aucune révision des programmes ne devra diminuer l'offre de services aux usagers;
- aucune révision des programmes ne devra affecter les droits des usagers, influencer sur la défense des droits des usagers et remettre en question la nécessité et la pertinence des comités des usagers.

Les économies potentielles devront viser les coûts administratifs et les structures et aller dans le sens du document que nous avons préparé pour le dernier budget. De plus, nous croyons que les objectifs suivants devraient guider la révision des programmes, soit :

- de revoir les missions des organisations;
- de réorganiser les services pour une meilleure efficacité avec un personnel réduit;
- et de faire connaître aux usagers et aux organisations les nouvelles façons de faire.

Faire simplement

Nous partons d'un principe que tout le monde comprendra : **faire simplement**. Alors que le réseau de la santé et des services sociaux est devenu fort complexe, il nous apparaît

¹ Regroupement provincial des comités des usagers, *Performance du réseau : Pour une prestation des soins de santé et des services en fonction de l'utilisateur*, mai 2014.

évident que la simplicité devrait guider les réflexions et orienter l'organisation des soins et des services. Nous soumettons donc cette prémisse : l'utilisateur a simplement besoin de soins et de services. Dans le contexte d'un resserrement de l'augmentation des dépenses en santé et services sociaux, de l'état actuel des finances publiques et de la condition des Québécois qui ont un taux d'imposition des plus élevés en Amérique du Nord, cette prémisse mérite finalement d'être mise de l'avant.

« Soigner, c'est être préoccupé, veiller à... C'est s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un ». C'est ce que nous dit le *Petit Robert*. C'est juste cela et c'est tout cela. Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux revienne à sa simple mission, mais combien noble, en écartant le superflu et en se concentrant sur l'utilisateur comme le lui dit l'article 3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : la raison d'être des services est la personne qui les requiert.

Le RPCU appuie le mémoire de l'AQESSS

En tant que partenaire de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le RPCU a lu avec attention le mémoire soumis à la Commission de révision permanente des programmes par ce dernier. Le RPCU se réjouit de l'approche préconisée par l'AQESSS et appuie sans réserves plusieurs de ses recommandations. Ainsi, il nous apparaît tout à fait pertinent d'appuyer :

- la recommandation 1 portant sur la pertinence des soins et des services et le caractère exécutoire des décisions de l'INESSS pour favoriser les bonnes pratiques;
- la recommandation 3 portant sur l'intensification de la mise en place des services de première ligne;
- la recommandation 4 portant sur l'adoption d'une politique de prévention et de promotion de la santé;
- la recommandation 6 portant sur la mise en place d'une rémunération mixte pour les médecins;
- la recommandation 7 portant sur la mise en place de mesures incitatives pour les médecins spécialistes.

Il faudra cependant poursuivre la réflexion sur certaines recommandations.

L'INESSS : un organisme décisionnel

Comme le rappelle l'AQESSS dans la section *Pertinence des soins et des services*, le Québec ne peut plus se permettre d'assumer les coûts de l'inefficience. Le RPCU travaille à différents comités de l'INESSS; il est donc en mesure de connaître la rigueur de ses recommandations. C'est pourquoi le RPCU soutient la transformation de l'INESSS en un organisme semblable à NICE en Grande-Bretagne. Les décisions de l'INESSS seraient exécutoires.

Le RPCU y met cependant une condition : il faut que la voix des usagers y soit représentée, non avec le terme vague de « citoyen » mais plutôt celui d'**usager** arrimé avec les comités des usagers présents dans les établissements de santé et de services sociaux. Le RPCU pourrait être cette voie de transmission. À cette condition, le RPCU croit que les conditions seront gagnantes pour la société québécoise.

Le maintien du panier de services

Les propositions du RPCU supposent le maintien sans changement du panier actuel de services couverts par notre régime de santé et de services sociaux. Cela signifie de s'abstenir d'ajouts non financés, tels que le recommande l'AQESSS. Cela suppose également de s'abstenir de retraits dans la couverture, tel qu'évoqué dans les médias à propos d'un scénario non souhaitable de fin de la gratuité des examens dentaires pour les enfants de moins de dix ans.

Ce parti pris pour certaines propositions faites par l'AQESSS n'est pas sans divergence de points de vue. À cet égard, nous considérons que toute augmentation d'une contribution de l'utilisateur est inacceptable, plus particulièrement lorsqu'il s'agit des personnes en perte d'autonomie en CHSLD, ces personnes étant les plus vulnérables de notre société.

De son côté, le RPCU va plus loin dans certains aspects comme :

- les agences de la santé et des services sociaux;
- les duplications au ministère de la Santé et des Services sociaux;
- l'encadrement administratif dans les établissements;
- la revue des agréments;
- la révision de la reddition des comptes;

- l'accessibilité;
- l'expérience patient;
- les revenus autonomes des établissements;
- la voix citoyenne.

Une planification intégrée

Une planification intégrée, comportant des objectifs opérationnels, et un plan de réorganisation des effectifs sont des outils indispensables dans la réorganisation des services. Nous sommes d'avis que, trop souvent, une abolition de postes ne se traduit pas par une abolition de tâches, lesquelles sont reprises tant bien que mal par d'autres cadres ou employés. Les tâches ne sont pas des services. Il faut d'abord abolir des tâches non essentielles, regrouper celles qui restent et déterminer la pertinence des postes. C'est cela une véritable révision des programmes.

La voix citoyenne

Enfin, il est utile de rappeler que dans la suite logique de l'institution obligatoire des comités des usagers et de résidents dans tous les établissements par la Loi 83, la légitimité du Regroupement provincial des comités des usagers, qui célèbre son 10^e anniversaire de fondation cette année et qui accueille maintenant plus de 83 % des comités des usagers et de résidents du Québec, est fondée sur la volonté des comités de se rassembler et d'unir leurs forces dans toutes les régions et dans tous les établissements quelque que soit leur mission. Nous constatons que les efforts de ce regroupement portent aujourd'hui leurs fruits.

Faire simplement, c'est intégrer la voix citoyenne au sein de la gouvernance. Cette voix citoyenne doit continuer à s'exprimer en toute liberté dans les conseils d'administration des établissements. Une véritable gouvernance est à l'écoute de l'utilisateur et l'utilisateur est au cœur de celle-ci. C'est surtout une reddition des comptes ouverte, transparente et publique, alors que les décisions sont prises pour le bien de la communauté.

1. La réduction de la bureaucratie

*Faire simplement conduit à la réduction
de la bureaucratie.*

1.1 Les agences de la santé et des services sociaux

Le nombre d'agences de la santé et des services sociaux correspond au nombre de régions administratives du Québec, sans égard au pourcentage de la population. Pourquoi doter obligatoirement une région d'une agence si celle-ci ne comprend qu'un faible pourcentage de la population et que peu d'établissements? Le RPCU comprend difficilement cet impératif. Pourquoi avoir établi des structures parallèles géographiques si celles-ci ont les mêmes fonctions? N'y aurait-il pas lieu de regrouper des agences?

Quelle que soit la région de l'utilisateur, nous savons que ses besoins sont les mêmes que tout autre usager et que les services qui lui sont offerts devraient être équivalents et accessibles tout autant. Mais nous parlons ici de services, et non de la gestion et de l'organisation de ces services. De fait, les services sont dispensés localement par des CSSS et leurs installations, et non par les agences.

Le RPCU considère que les fonctions administratives dévolues à une agence peuvent être revues pour incorporer un plus grand territoire, ce qui implique une diminution du nombre d'agences et de cadres qui y travaillent. On pourrait même envisager de les abolir complètement puisqu'elles n'offrent aucun service direct à la population.

50 000 000 \$

Faire simplement 1 : Réduire au moins de moitié de nombre des agences de la santé et des services sociaux et des cadres qui y travaillent, sinon les abolir complètement.

1.2 La duplication

*Faire simplement, c'est mettre fin aux duplications
au sein du ministère et dans le réseau.*

Nous souhaitons aborder la question du dédoublement des tâches ou de la duplication des fonctions. À cet égard, l'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux est révélateur de la complexité du réseau et de son organisation. C'est à peine si l'on y retrouve la dispensation des services, qui est la finalité de l'existence de ce réseau selon l'article 3,1 de la *Loi sur les services de la santé et les services sociaux*. Quant à l'utilisateur, il est absent, même s'il est au cœur des services. Nous mettons au défi le lecteur de le trouver dans l'organigramme. Nous le mettons au défi de trouver le simple mot « usager ».

En examinant attentivement cette structure, tant dans son ensemble fonctionnel, administratif, que géographique, il y a lieu de se poser de simples questions : est-ce que tout cela est nécessaire? Est-ce utile? Est-ce vraiment nécessaire et utile? Est-ce vraiment nécessaire et utile pour l'utilisateur? Ces questions devraient être posées et un examen minutieux des structures et des fonctions devrait s'en suivre. Si chaque poste était examiné et revu, tant au sein du ministère que dans les agences de la santé et des services sociaux et dans les centres de santé et de services sociaux, chacune des parties aurait certes le loisir de défendre corps et âme son utilité. Mais cet exercice fastidieux aurait le mérite de déterminer les priorités dans le cadre d'une opérationnalisation avec des ressources limitées. Et de les chiffrer une fois pour toutes.

Rapportons l'exemple cité dans le mémoire de l'AQESSS au sujet de « l'organisation ministérielle et régionale de santé publique qui compte 20 organismes au Québec, dont 18 directions régionales de santé publique, un Institut de santé publique (INSPQ) et une direction ministérielle. [...] Est-il vraiment nécessaire, dans le contexte financier actuel, de maintenir des directions de santé publique dans chacune des régions (en plus d'une direction nationale de l'Institut) alors que les ressources manquent pour réaliser concrètement le travail sur le terrain? »² Poser la question, c'est y répondre.

² AQESSS. *Révision des programmes : une occasion de moderniser notre système public de santé*. Mémoire présenté à la Commission de révision permanente des programmes, p. 37.

Un autre exemple est celui de l'amélioration de la qualité qui est dispersée partout à travers le ministère, les agences et les établissements causant des duplications inutiles et coûteuses. Un nouveau concept flou a vu le jour : l'expérience patient. Le vrai concept en revient à l'Université de Montréal qui a établi un programme de *patient partenaire*. Ce programme vise à former les médecins et les professionnels de la santé à mieux communiquer avec les patients afin de maximiser leur traitement.

Malheureusement, le concept *patient partenaire* a été mal compris par le réseau et est devenu l'expérience patient. Récupéré par les directions de la qualité, ce concept intéressant en lui-même se développe sans encadrement, sans lien entre les établissements et entraînant des coûts importants. Chacun travaille en silo. Les problématiques de santé touchées ne sont pas coordonnées et les résultats ne sont pas communiqués aux autres. Des cadres y travaillent à temps plein sans résultat concret pour l'ensemble du réseau. Il sert même, dans certains cas, à contourner les comités des usagers puisque le concept touche maintenant la gouvernance. On peut remettre en question sa pertinence, surtout si cela prend la place des guides de pratique, lesquels doivent être élaborés par les ordres professionnels, ou encore les protocoles de soins que doivent produire les comités des établissements.

100 000 000 \$

Faire simplement 2 : Réviser les structures et les fonctions pour éviter les dédoublements, se questionner sur leur utilité en fonction du contexte financier actuel et revoir le concept et l'application de l'expérience patient.

1.3 L'encadrement administratif

Faire simplement, c'est revoir l'encadrement administratif à tous les niveaux du réseau de la santé et des services sociaux.

Une révision du fonctionnement et de la structure du système de santé et de services sociaux selon l'utilité réelle des fonctions, plus particulièrement les fonctions administratives et d'encadrement, permettrait de dégager les sommes nécessaires au maintien des services. Pour le RPCU, l'encadrement administratif au ministère de la Santé et des Services sociaux apparaît trop élevé. Selon les chiffres fournis par l'AQESSS, les dépenses affectées aux fonctions régionales (établissements), lesquelles représentent la partie la plus importante du budget de dépenses en santé 2013-2014, sont de l'ordre de 17,4 milliards \$. Si 1 % de ces dépenses est retranché grâce à des gains d'économie administratifs liés à ces mesures, des économies de 174 millions \$ seront réalisées.

174 000 000 \$

Faire simplement 3 : Diminuer de 1 % les dépenses affectées aux fonctions régionales (établissements) en diminuant le nombre de postes de cadres.

1.4 L'augmentation de la productivité

*Faire simplement, c'est augmenter la productivité
en éliminant la « réunionite ».*

Des gains de productivité peuvent être réalisés par des mesures imposées aux cadres et administrateurs. Par exemple, nous savons que le nombre d'heures consacrées aux réunions est très élevé, trop élevé, allant dans certains cas à plus de 80 % du temps. Ces heures en réunion ne se traduisent pas toujours en termes d'amélioration de la qualité des services. Nous proposons de limiter le nombre d'heures consacrées aux réunions. Le RPCU ne comprend pas qu'une telle recommandation soit nécessaire puisqu'il est évident que cela fait partie de l'administration 101.

Par ailleurs, le gaspillage, le coût de l'inefficience (justification des séjours à l'hôpital, durée des séjours, erreurs professionnelles, optimisation de la qualité des soins, prix des médicaments, inutilisation maximale des ressources matérielles, surdiagnostics, etc.) peuvent engendrer des dépenses inutiles allant de 20 % à 40 %³. Les rapports du ministère sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec sont éloquentes à ce chapitre.

100 000 000 \$

Faire simplement 4 : Limiter à 20 % le pourcentage d'heures consacrées aux réunions pour les cadres et les administrateurs, évaluer le coût de l'inefficience en relation avec les rapports des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec ainsi que du gaspillage au sein du réseau et proposer des mécanismes pour éviter l'inefficience et le gaspillage.

³ Idem, p. 10.

1.5 La reddition des comptes

Faire simplement implique de simplifier aussi la reddition des comptes pour la rendre plus efficace.

Une des critiques les plus souvent entendues dans le réseau concerne la multitude de rapports à compléter pour la reddition des comptes. Plus de 200, nous dit-on! Plusieurs de ces rapports demandent les mêmes renseignements, mais de manière différente. Par ailleurs, comme différentes directions générales du ministère les génèrent, les rapports n'ont aucune base commune, ce qui alourdit la tâche pour les remplir. Il faut donc réviser l'ensemble de la reddition des comptes, regrouper les informations de même nature, uniformiser les rapports tant dans les contenus à fournir que les formats. Idéalement, il ne devrait y avoir qu'un seul rapport à remplir par semaine.

Une multitude de rapports tue le concept même de la reddition des comptes. La production de rapports simples permettra un meilleur suivi de l'évolution des services et des coûts engendrés.

10 000 000 \$

Faire simplement 5 : Revoir l'ensemble de la reddition des comptes, uniformiser les rapports tant dans les contenus à fournir que dans les formats, et limiter le nombre d'heures à consacrer à ces rapports.

2. L'organisation des services

Faire simplement implique aussi revoir l'organisation des services dans plusieurs secteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

2.1 Le Dossier Santé Québec

D'importants gains de productivité peuvent être réalisés par l'utilisation des moyens technologiques courants et par la finalisation de projets en cours. C'est le cas du *Dossier Santé Québec* (DSQ), qui a vécu son lot de déboires. Le DSQ fait partie du projet d'informatisation de la Santé et dont le coût initial était de 543 millions \$ en vue de 2011. Le gouvernement viserait maintenant 1,6 milliards \$ en vue de 2021. Ceci ne remet pas en question la pertinence de la transmission et l'accessibilité des données de l'utilisateur par le DSQ. Dans la mesure où il suit l'utilisateur, le DSQ permettra d'éviter la multiplication inutile de dossiers pour chaque usager et les reprises d'examens, générant ainsi des économies importantes mais non chiffrées. Toutefois, nous estimons qu'une compression de 10 % des coûts futurs de ce projet (1,46 milliard \$) pourrait se concrétiser par une compression des dépenses en consultation informatique.

146 000 000 \$

Faire simplement 6 : Limiter les coûts futurs du *Dossier Santé Québec* par une compression de 10 % de ces coûts.

2.2 Les groupes de médecine familiale en fonction de l'accessibilité aux soins et services

Composés de médecins de famille travaillant ensemble, avec la collaboration d'infirmières, les groupes de médecine familiale (GMF) devaient permettre d'assurer un meilleur accès aux services de première ligne avec une prise en charge globale et une continuité des soins auprès des usagers. Cette prise en charge et cette continuité permettraient de générer des économies appréciables. Pourquoi n'est-ce pas encore fait?

Il a été démontré que les GMF ne livrent pas nécessairement l'ensemble des services prévus. L'actuel ministre a par ailleurs signalé la possibilité de sanctions financières en cas de non-respect des ententes convenues avec le gouvernement. Nous estimons qu'un resserrement conséquent à ce niveau pourrait permettre de récupérer 5 millions \$ et favoriserait une meilleure prise en charge en première ligne.

5 000 000 \$

Faire simplement 7 : Resserrer les pratiques de GMF, mieux contrôler leur offre de service et imposer des sanctions financières pour non-respect des ententes convenues avec le gouvernement.

2.3 L'approche client

L'Institut Douglas propose une définition de l'approche client que nous reprenons ici : « L'approche centrée sur le client est le processus qui permet à l'équipe [...] d'apprendre **comment organiser** le travail autour des préférences et besoins individuels de chaque client au lieu de s'attendre à ce que les clients s'adaptent à un programme préétabli. Cette approche vise l'individualisation des services. [...] La démarche, qui comprend l'évaluation complète et exhaustive, suivie de l'analyse de cette information, conduit au développement de la bonne approche, du plan d'intervention individualisé le plus approprié qui traduit et rencontre les besoins, objectifs et les projets du client immédiats et à plus long terme. »⁴ L'approche client est un concept différent de l'expérience patient.

⁴ www.douglas.qc.ca, *À propos de l'approche centrée sur le client*, Répertoire destiné à la pratique du suivi intensif en équipe dans la communauté au Québec.

Dans les établissements de santé et de services sociaux, une personne ressource (infirmière) devrait être responsable de l'usager. La prise en charge de l'usager permet une meilleure orientation de celui-ci dans le système en le dirigeant vers les services appropriés et en assurant une continuité des soins.

5 000 000 \$

Faire simplement 8 : Favoriser l'implantation de l'approche client dans les établissements de santé et de services sociaux.

2.4 Une nouvelle façon de dispenser les services : un financement mixte

À l'heure actuelle, si aucun usager ne fréquentait un établissement de santé et de services sociaux et qu'aucun usager ne résidait dans un CHSLD, le système continuerait de fonctionner. Cela démontre à quel point le système est devenu plus important que l'usager, lequel est pourtant la raison d'être des soins et des services. Nous finançons ce tel système et nous continuons à maintenir ce type de financement. Nous reprenons ici une définition du financement à l'acte telle que proposée par le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients :

« Le financement axé sur les patients est directement influencé par le nombre de patients – on parle souvent de volume – les services rendus, la façon dont ces services sont rendus et les résultats obtenus sur la santé des patients. On peut dire que le financement est égal au produit du tarif par le volume, ajusté selon la complexité des cas et la qualité des soins dispensés. Le financement axé sur les patients comprend ainsi un certain nombre d'incitatifs visant à ce que les soins prodigués soient des soins de haute qualité, assurés de façon efficiente – le financement s'appuyant sur les résultats effectivement obtenus. »⁵

⁵ Gouvernement du Québec. *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient*, p. 45.

Ce n'est plus suffisant de financer à l'acte seulement. Il faut aussi y intégrer une capitation, ce qui permettra de prendre en charge et de réduire en bout de ligne les coûts.

100 000 000 \$

Faire simplement 9 : Adopter un mode mixte de financement (capitation et à l'acte).

2.5 Le maintien à domicile

Que les services soient dispensés à domicile ou dans un établissement de santé, l'accès aux services et la qualité des services qui sont offerts à l'utilisateur doivent demeurer au centre des préoccupations, tant par les gestionnaires, les décideurs, les professionnels, les employés que les comités des usagers et de résidents. L'ensemble du réseau, incluant le secteur de l'hébergement, est actuellement sous pression. L'une des façons de diminuer cette pression, incluant les listes d'attente, est de favoriser un usage plus ciblé des ressources, tel que le recommande notamment le vérificateur général du Québec. Cela ne change strictement rien, à titre d'exemple, à la pertinence des services d'hébergement. Par contre, force est de le constater, de nombreux usagers en service d'hébergement ne nécessitent pas le niveau de services qui y sont offerts. Inversement, de nombreux usagers attendent une place dont ils ont grand besoin.

Forts de nos valeurs de solidarité et de respect, nous croyons qu'un ajustement est souhaitable. Une analyse⁶ réalisée pour le compte du RPCU par M. Gabriel Tremblay, économiste en santé d'Adelphi Values, indique que plus de 15 000 places en CHSLD devront être créées d'ici 2022 si l'option CHSLD est systématiquement privilégiée au détriment du maintien à domicile. L'analyse a démontré qu'en faisant le virage du maintien à domicile, les économies d'exploitation se chiffreront à plusieurs centaines de millions de dollars pour les Québécois. Qui plus est, au coût actuel de 200 000 \$ par lit, la construction des CHSLD nécessaires coûterait quant à elle un peu plus de 3 milliards \$ (évaluation basée sur les coûts de la construction de deux nouveaux CHSLD à Terrebonne et à

⁶ Tremblay, Gabriel. *Analyse sommative de l'impact de l'assurance autonomie*, Adelphi Values, 19 août 2013.

Repentigny). Selon le scénario C de l'analyse, basée sur une augmentation de 25 % des usagers en soins à domicile en commençant par les plus légers, des économies de 292 millions \$ peuvent être faites en 2015. Dans le contexte du fort roulement de la clientèle des CHSLD, il est important de noter que le transfert de ces places vers le domicile n'impliquerait pas nécessairement le déménagement physique des usagers vers le domicile, mais bien souvent le maintien à domicile des nouveaux usagers répondant aux critères requis. Sur le plan budgétaire, il est à noter que nos propositions visant les soins à domicile supposent le versement des 110 millions \$ prévus par l'ancien gouvernement.

292 000 000 \$

Faire simplement 10 : Pour le placement futur des personnes en perte d'autonomie en CHSLD, maintenir à domicile 25 % des usagers en commençant par les cas les plus légers en leur fournissant impérativement tous les services appropriés à domicile.

3. Les achats, dépenses et revenus

Faire simplement demande de revoir nos façons de faire dans les achats et les revenus autonomes des établissements.

3.1 Le prix des médicaments

Les prix payés au Québec pour les dix médicaments génériques d'ordonnance les plus utilisés pourraient être réduits de 62 %, ce qui représente une économie de 122 millions \$ par année si on appliquait la tarification dégressive déjà en vigueur dans d'autres pays, selon des chercheurs de trois universités canadiennes. Cette donnée est tirée d'une étude publiée par le Commissaire à la santé et au bien-être.

122 000 000 \$

Faire simplement 11 : Appliquer au Québec la tarification dégressive en matière de médicaments, mécanisme déjà en vigueur dans d'autres pays.

3.2 Les achats de groupe

Les achats de groupe constituent l'une des pratiques les plus courantes en économie. Dans la fabrication d'un produit, les achats de groupe auprès de fournisseurs permettent la constitution de prix forfaitaires offerts aux consommateurs. Ce même principe peut être applicable pour le ministère de la Santé et des Services sociaux auprès de ses fournisseurs, même s'il n'y a pas revente. Après tout, au nom des usagers, le ministère est un client qui a ses exigences et ses pratiques. Notons que les achats de groupe peuvent être effectués aussi auprès de fournisseurs de services, notamment des travailleurs autonomes.

100 000 000 \$

Faire simplement 12 : Favoriser et rendre obligatoires les achats de groupe des fournitures.

3.3 Les agréments

Nous constatons qu'il y a disparité entre deux formules d'agrément qui ne mesurent pas exactement la même chose. L'agrément effectué par Agrément Canada est fondé sur des normes canadiennes. Mais la réalité québécoise est différente, entre autre par un plus large éventail des services sociaux ainsi que par la présence des comités des usagers. De plus, les résultats des agréments sont souvent en contradiction avec d'autres vérifications faites par le ministère de la santé et des services sociaux, les ordres professionnels ou les agences. Cela devrait être revu.

Les agréments génèrent des dépenses importantes pour l'établissement, le travail interne pour préparer les visites, etc. Si chaque établissement économisait 50 000 \$ en relation avec ces visites, tous y gagneraient.

5 000 000 \$

Faire simplement 13 : Revoir les formules de l'agrément des établissements, notamment en éliminant le recours à Agrément Canada.

3.4 L'étalement des augmentations consenties aux médecins

La rémunération des médecins devait augmenter de 67 % sur cinq années. Pour l'an prochain, la hausse représente une part importante de la hausse totale prévue du budget en santé, soit 540 millions \$. En reportant la moitié de l'augmentation prévue cette année, des économies de près de 270 millions \$ sont possibles. Ceci représente un report de 270 millions \$. En ce sens, le RPCU appuie la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Gaétan Barrette, d'étaler cette hausse de rémunération dans le temps. Le RPCU souligne également que les organisations représentant les médecins se sont montrées ouvertes à la discussion.

270 000 000 \$

Faire simplement 14 : Reporter la moitié de l'augmentation consentie aux médecins prévue cette année.

3.5 Les revenus autonomes

Les revenus autonomes sont une source de financement intéressante pour les établissements. Ces revenus ne doivent pas affecter l'accès aux soins et aux services et ne doivent pas être établis aux dépens des usagers. Il existe des disparités entre les revenus autonomes des établissements qui se traduisent par des iniquités pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, citons les frais de stationnement qui, pour toute sorte de considérations, varient grandement d'un établissement à l'autre. Le tableau ci-dessous indique les frais de stationnement dans les centres hospitaliers universitaires du Québec.

CHU Sainte-Justine*	181 minutes et plus	17 \$ à 23 \$
CHUM	De 12 h 01 à 24 h	23 \$
CUSM (Hopital Lachine)	Par jour	21 \$
CHUQ	3 h 01 minute et plus le même jour	16 \$
CHUS	De 31 minutes à 24 heures	6 \$

*Prix selon le stationnement choisi. Prix inférieurs les soirs et les week-ends.

Tenant compte de la clientèle spécifique du CHU Sainte-Justine, nous comprenons difficilement qu'un usager de cet établissement doive assumer des frais de stationnement quatre fois plus élevés (400 %) que les usagers du CHU de Sherbrooke. En plus de la disparité, il y a iniquité. Certes, des facteurs et divers impératifs déterminent les frais de stationnement, mais ces facteurs ne justifient aucunement quelque iniquité que ce soit envers quelconque usager.

Mais le plus difficile à comprendre est que cet argent ne va pas directement à l'établissement, mais plutôt à une fondation qui n'a de comptes à rendre à personne. En faisant ainsi, l'établissement se constitue une petite caisse pour des achats d'équipement, ce qui ne devrait pas être. Les fondations sont censées gérer elles-mêmes les stationnements, mais la plupart ne le font pas. Elles confient la gestion des stationnements à des compagnies multinationales ce qui a pour effet d'augmenter indûment les tarifs des usagers.

Les établissements devraient pouvoir garder les revenus autonomes qu'ils génèrent afin de financer adéquatement plusieurs de leurs services. Nous pourrions parler des quelques 60 000 000 \$ générés par les chambres privées et semi-privées dans les établissements (on confond souvent chambre avec un lit et chambre privée, ce n'est pas la même chose). On pourrait ainsi augmenter facilement les revenus des établissements par une meilleure gestion en ce domaine.

25 000 000 \$

Faire simplement 15 : Établir le principe de l'équité pour l'ensemble des usagers dans la perception de revenus autonomes pour les établissements.

4. Les comités des usagers

Faire simplement, c'est écouter la voix des usagers.

4.1 Un meilleur contrôle des dépenses

La fusion d'établissements entraînera obligatoirement la fusion de comités des usagers. Couvrant un plus vaste territoire, les comités des usagers auront besoin de plus de ressources. Actuellement, aucune règle ne régit les fusions de comités des usagers et ne concerne les budgets alloués aux comités des usagers ainsi touchés. Le Regroupement provincial des comités des usagers proposera au ministère de la Santé et des Services sociaux un document complémentaire proposant de nouvelles avenues relatives au financement des comités des usagers et de résidents. En effet, le budget dévolu aux comités des usagers ne doit pas être réduit, au contraire augmenté puisqu'ils travailleront sur un plus grand territoire.

Rappelons toutefois que les membres des comités des usagers sont des bénévoles, bien qu'un budget de fonctionnement soit alloué aux comités selon un pourcentage du budget de l'établissement. Ainsi, bénévolement, les membres des comités des usagers :

- font la promotion des droits des usagers auprès des usagers de leur établissement;
- évaluent le degré de satisfaction des usagers fréquentant leur établissement;
- accompagnent une personne, à sa demande, lorsqu'elle porte plainte.

Nous considérons qu'il est inapproprié d'exiger des bénévoles qu'ils travaillent simplement deux ou trois fois plus qu'avant.

500 000 \$

Faire simplement 16 : Établir des règles pour les fusions possibles de comités des usagers et assurer leur financement en considérant que tous les comités des usagers doivent remplir leurs fonctions dévolues par la LSSSS, et ce, quelle que soit leur région ou quelle que la mission de leur établissement.

4.2 Un seul groupe représentatif

Avec un membership actuellement de 83 %, le Regroupement provincial des comités des usagers est l'organisation la plus représentative des comités des usagers et de résidents du Québec. Le RPCU dispose d'une expertise développée depuis 10 ans en termes de formations aux membres des comités, de représentation et de soutien quotidien. Il devrait donc être le seul organisme accrédité pour représenter les comités des usagers.

Il est utile de rappeler que dans la suite logique de l'institution obligatoire des comités des usagers et de résidents dans tous les établissements par la Loi 83, la légitimité du Regroupement provincial des comités des usagers, qui célèbre son 10^e anniversaire de fondation cette année et qui accueille maintenant plus de 83 % des comités des usagers et de résidents du Québec, est fondée sur la volonté des comités de se rassembler et d'unir leurs forces dans toutes les régions et dans tous les établissements quelque que soit leur mission. Nous constatons que les efforts de ce regroupement portent aujourd'hui leurs fruits.

Nous sommes d'avis que cet état de fait constitue un prolongement de l'application de la LSSSS, ce qui est à la fois une continuité historique, un témoignage de la volonté du Législateur de placer l'utilisateur au cœur du réseau de la santé et des services sociaux et de consacrer une place justifiée et effective à l'expression de la voix citoyenne. Travailler de concert avec le RPCU ne pourra qu'avoir des répercussions positives dans tout le réseau et générera des économies. En ne finançant qu'un seul groupe, le ministère fera des économies.

100 000 \$

Faire simplement 17 : Que le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux soit reconnu comme le seul groupe représentant les comités des usagers et de résidents et, par le fait même, celui qui représente le mieux les usagers du réseau.

Les recommandations du RPCU

Recommandation 1 : Réduire au moins de moitié de nombre des agences de la santé et des services sociaux et des cadres qui y travaillent, sinon les abolir complètement.

Recommandation 2 : Réviser les structures et les fonctions pour éviter les doublons, se questionner sur leur utilité en fonction du contexte financier actuel et revoir le concept et l'application de l'expérience patient.

Recommandation 3 : Diminuer de 1 % les dépenses affectées aux fonctions régionales (établissements) en diminuant le nombre de postes de cadres.

Recommandation 4 : Limiter à 20 % le pourcentage d'heures consacrées aux réunions pour les cadres et les administrateurs, évaluer le coût de l'inefficience en relation avec les rapports des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec ainsi que du gaspillage au sein du réseau et proposer des mécanismes pour éviter l'inefficience et le gaspillage.

Recommandation 5 : Revoir l'ensemble de la reddition des comptes, uniformiser les rapports tant dans les contenus à fournir que dans les formats, et limiter le nombre d'heures à consacrer à ces rapports.

Recommandation 6 : Limiter les coûts futurs du *Dossier Santé Québec* par une compression de 10 % de ces coûts.

Recommandation 7 : Resserrer les pratiques de GMF, mieux contrôler leur offre de service et imposer des sanctions financières pour non-respect des ententes convenues avec le gouvernement.

Recommandation 8 : Favoriser l'implantation de l'approche client dans les établissements de santé et de services sociaux.

Recommandation 9 : Adopter un mode mixte de financement (capitation et à l'acte).

Recommandation 10 : Pour le placement futur des personnes en perte d'autonomie en CHSLD, maintenir à domicile 25 % des usagers en commençant par les cas les plus légers en leur fournissant impérativement tous les services appropriés à domicile.

Recommandation 11 : Appliquer au Québec la tarification dégressive en matière de médicaments, mécanisme déjà en vigueur dans d'autres pays.

Recommandation 12 : Favoriser et rendre obligatoires les achats de groupe des fournitures.

Recommandation 13 : Revoir les formules de l'agrément des établissements, notamment en éliminant le recours à Agrément Canada.

Recommandation 14 : Reporter la moitié de l'augmentation consentie aux médecins prévue cette année.

Recommandation 15 : Établir le principe de l'équité pour l'ensemble des usagers dans la perception de revenus autonomes pour les établissements.

Recommandation 16 : Établir des règles pour les fusions possibles de comités des usagers et assurer leur financement en considérant que tous les comités des usagers doivent remplir leurs fonctions dévolues par la LSSSS, et ce, quelle que soit leur région ou quelle que la mission de leur établissement.

Recommandation 17 : Que le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux soit reconnu comme le seul groupe représentant les comités des usagers et de résidents et, par le fait même, celui qui représente le mieux les usagers du réseau.

Propositions du RPCU

Agences de la santé et des services sociaux	50 000 000 \$
Duplication des tâches et des fonctions	100 000 000 \$
Encadrement administratif	174 000 000 \$
Augmentation de la productivité	100 000 000 \$
Reddition des comptes	10 000 000 \$
Dossier Santé Québec	146 000 000 \$
Groupes de médecine familiale	5 000 000 \$
Approche client	5 000 000 \$
Financement mixte	100 000 000 \$
Maintien à domicile	292 000 000 \$
Prix des médicaments	122 000 000 \$
Achats de groupe	100 000 000 \$
Agréments	5 000 000 \$
Étalement des augmentations consenties aux médecins	270 000 000 \$
Revenus autonomes	25 000 000 \$
Représentation des usagers : meilleur contrôle des dépenses	500 000 \$
Un seul groupe représentatif	100 000 \$
TOTAL	1 504 600 000 \$

Regroupement provincial
des comités des **usagers** | 10
ans

Santé et services sociaux

Regroupement provincial des comités des usagers
C.P. 60563, succursale Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H1V 3T8
Téléphone : 514 436-3744
Télécopieur : 514 439-1658
info@rpcu.qc.ca
www.rpcu.qc.ca