



Commission thématique sur la santé, les conditions de vie et les services sociaux

Enjeu 3 – Services publics

Sigles et lexique

Texte de référence # 1 accompagnant le cahier de participation pour l'élaboration du programme de Québec solidaire en matière de services publics

ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
CSSS.	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DG	Directeur général
DSC	Départements de santé communautaires
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
IRIS	Institut de recherche et d'informations socio-économiques
LCS	Loi canadienne sur la santé
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PIB	Produit intérieur brut
PNSP	Programme national de santé publique
PPP	Partenariat public-privé

RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
SSP	Soins de santé primaire
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
Charte d'Ottawa	<p>Charte pour l'action visant la santé pour tous pour l'an 2000 et au-delà, élaborée et adoptée à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986. Cette charte sert encore aujourd'hui de référence sur la question de la promotion de la santé. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs.</p> <p>La démarche de promotion de la santé qui y est décrite relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.</p> <p>www.aspq.org/documents/file/charte-d-ottawa.pdf (consulté avril 2011)</p>
Contribution à la santé	<p>Ou « taxe santé » : mesure fiscale instaurée dans le budget 2010-2011 du gouvernement du Québec. À compter du 1^{er} juillet 2010, chaque particulier, peu importe son revenu, devra déboursier à partir de 18 ans, les sommes de 25\$ en 2010, 100\$ en 2011 et 200\$ en 2012. Pour une année donnée, un adulte sera exempté du paiement de la contribution santé, si son revenu familial pour l'année est égal ou inférieur au seuil d'exemption qui lui est applicable pour l'année. De plus, dans le cas d'un couple, chacun des conjoints sera appelé à payer cette contribution. Ces sommes seront ainsi prélevées et versées au « Fonds pour le financement des établissements de santé ».</p> <p>http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/RenseignementsAdd.pdf (consulté avril 2011)</p>
Dépenses totales en santé	<p>Le total des dépenses de santé se rapporte à la somme des secteurs public et privé.</p> <p>Secteur public: Comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Il est subdivisé en quatre niveaux, comme il est indiqué ci-dessous:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le <i>secteur des gouvernements provinciaux</i> comprend les dépenses de santé des fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et aux territoires et les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux. 2. Le <i>secteur fédéral direct</i> renvoie aux dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux services de santé pour des groupes particuliers, tels que les Autochtones, les membres des Forces armées et les anciens combattants, de même que les dépenses pour la recherche en matière de santé, la promotion et la protection de la santé. 3. Le <i>secteur des gouvernements municipaux</i> englobe les dépenses de santé des

gouvernements municipaux pour les services en établissements, la santé publique, l'aménagement et l'équipement d'installations permanentes et les services dentaires offerts par les municipalités dans certaines provinces. Les fonds affectés faisant l'objet d'un transfert par les gouvernements provinciaux dans le domaine de la santé ne sont pas inclus dans le secteur municipal, mais bien dans les dépenses des gouvernements provinciaux.

4. Les *caisses de sécurité sociale* sont des programmes d'assurance sociale imposés et administrés par une instance gouvernementale. Ces programmes supposent généralement des cotisations obligatoires par les employés, les employeurs ou les deux, et l'autorité gouvernementale établit les conditions de versement des prestations aux bénéficiaires.

Les caisses de sécurité sociale se distinguent des autres programmes d'assurance sociale pour lesquels les modalités sont adoptées d'un commun accord entre l'employeur et ses employés. Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses de soins de santé engagées par les commissions des accidents du travail ainsi que les primes versées par les adhérents au Régime public d'assurance médicaments du Québec et par les personnes de 65 ans et plus assurées par ce régime.

Secteur privé: Comprend les dépenses payées par les particuliers pour les produits et les services liés à la santé; les réclamations à l'assurance-maladie payées aux individus par les compagnies d'assurance, commerciales et à but non lucratif, de même que les coûts d'administration de ces programmes; les recettes non liées aux patients reçus par les établissements de santé, tels que les dons et les revenus de placement; les dépenses privées pour l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement sanitaire; la recherche sur la santé financée par des sources privées.

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEx_Trends_Report_2010_final_FR_web.pdf
(consulté mars 2011)

Déterminants sociaux de la santé

Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir.

La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel: elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé est attribuable aux effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf (consulté mars 2011)

Droit à la santé

Ce droit est énoncé à l'article 12 du « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels » et qui dit :

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour

assurer:

- a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Pacte adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966, entré en vigueur le 3 janvier 1976. Le gouvernement du Québec l'a ratifié le 21 avril 1976⁽²⁾.

(1) <http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm> (Consulté Mars 2011)

(2) <http://www.mri.gouv.qc.ca/fr/informer/ententes/pdf/1976-C02.pdf> (consulté mars 2011)

Gradient de santé

Association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis.

www.centrelearoback.org/fr/coup_d_oeil (consulté mars 2011)

Loi canadienne sur la santé

Loi adoptée le 1^{er} avril 1984 par le Parlement canadien.

Son objectif est de « protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».

« La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province ».

« (...) le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

« Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire (...) est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi (...) quant à :

1) *la gestion publique* : (...) suppose que : le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province; l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion; l'autorité publique soit assujéti à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

2) *l'intégralité* : suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

3) *l'universalité* : suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

4) *la transférabilité* : suppose que le régime provincial d'assurance-santé n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés; prévoit que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province et assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

5) *l'accessibilité* : suppose que le régime provincial d'assurance-santé offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services; prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province; prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes; prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés ».

<http://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/TexteComplet.html> (consulté avril 2011)

Lois sur les services de santé et les services sociaux

Au Québec, une première loi fut sanctionnée le 24 décembre 1971 et garantissait à « Toute personne [le] droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services ».

La deuxième loi quant à elle, fut sanctionnée le 4 septembre 1991 et son projet de loi proposait une révision complète de la Loi de 1971 et des modifications législatives à la Loi sur l'assurance-maladie ainsi qu'à la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie.

On y retrouve notamment les objectifs du système de santé et des services sociaux, l'introduction d'un régime de plaintes des usagers, quels types de services de santé et de services sociaux seraient offerts dans différents centres tout en précisant le statut public ou privé des établissements de qui relèvent la prestation des services et de l'organisation de ceux-ci.

BAnQ – Collection numérique – Gazette officielle
<http://bibnum2.banq.qc.ca/bna/qoq/> (consulté mars 2011)

Médicalement requis (services)

Il s'agit essentiellement de tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical, de même que des services déterminés par règlement. L'article 3 de la loi sur l'assurance maladie définit les services rendus par un professionnel de la santé dont le coût est assumé par la Régie pour le compte de toute personne assurée conformément aux dispositions de la loi et des règlements.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_29/A29.html (consulté avril 2011)

Première ligne (services de)

Les services de première ligne visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux courants, le plus près possible du domicile ou du milieu de vie de l'utilisateur. Il s'agit de soins généraux alors que la deuxième ligne correspond à des services spécialisés et la troisième ligne à des services ultraspecialisés. La mise en place d'un réseau intégré de services dans chaque CSSS permet de simplifier l'accès aux services et d'assurer la continuité des soins selon les besoins et les choix d'une personne (voir « réseaux locaux de services de santé... »).

Parmi les services de première ligne offerts par l'instance locale, sont ciblés les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php> (consulté avril 2011)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf> (consulté avril 2011)

Prévention de la maladie

La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes englobe les activités qui permettent d'intervenir le plus précocement possible tant afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi que leurs conséquences qu'afin de détecter les signes hâtifs de problèmes pour contrer ces derniers.

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf (consulté avril 2011)

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Les conditions et ressources préalables à la santé sont: la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir la santé appelle à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs; à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements; à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés; à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être.

www.aspq.org/documents/file/charte-d-ottawa.pdf (consulté avril 2011)

Régie de l'assurance-maladie

Créée le 13 juin 1969 et entrée en vigueur en 1970. Sa mission est d'« administrer les régimes publics d'assurance maladie et médicaments : informer la population, gérer l'admissibilité des personnes, rémunérer les professionnels de la santé et assurer une circulation sécuritaire de l'information »

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/index.shtml> (consulté mars 2011)

Régime public et universel d'assurance

Un régime est *public*, parce qu'il est essentiellement financé par les impôts. Il s'agit donc d'un financement progressif, adapté au revenu. *Universel*, parce que toute la population peut en bénéficier. Ainsi le régime d'assurance-maladie du Québec est universel et majoritairement public (plus de 70% des dépenses en santé sont publiques). Toutefois, son caractère public est de plus en plus menacé. Certains exemples l'illustrent bien :

. L'introduction de la « contribution santé » dans le budget 2010-2011 du Québec

. Le jugement de la Cour Suprême avec l'arrêt Chaoulli, puis la loi 33, ont créé une brèche en ouvrant la possibilité aux assurances duplicatives et en autorisant l'utilisation de services de cliniques privées à but lucratif aux frais du système public.

. De plus en plus de frais sont facturés aux patients par des médecins exerçant hors établissement ou pour des services qui ne seraient pas couverts par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec. Suite à de nombreuses plaintes reçues à cet

effet, le Collège des Médecins demande au gouvernement du Québec de clarifier les règles concernant de tels frais.

<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2011/2011-03-15/communiqué.aspx> (consulté mars 2011)

Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services (RLS). La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire local.

Fonctionnement en réseau local de services

Avec la création des 95 réseaux locaux de services, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, ils doivent, ensemble, rendre accessible un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule profite à tout le monde et permet une meilleure intégration des services, en particulier, pour les personnes en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes aux prises avec le cancer et celles souffrant de maladies chroniques, et ce, dans un souci de soutenir également les familles et les proches.

Le fonctionnement en réseau nécessite une hiérarchisation des services. Des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services ont été instaurés pour garantir une meilleure complémentarité entre ceux-ci et faciliter le cheminement des personnes entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés). C'est le maillage des services et des différents producteurs ainsi créé qui forme donc le réseau local de services. Les producteurs de services sont énumérés dans le schéma de la page suivante qui illustre la composition d'un réseau local de services.

Nouvelle organisation du réseau de la santé et des services sociaux

Avec la création des 95 CSSS, l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux a changé. L'organigramme à la page suivante montre la répartition des divers partenaires et acteurs du réseau sociosanitaire sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le système sociosanitaire québécois compte près de 300 établissements offrant des services dans plus de 1700 points de service. Il regroupe près de 200 établissements publics, une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée. Il compte également plus de 3 500 organismes communautaires et près de 2000 cliniques et cabinets privés de médecine.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php> (consulté avril 2011)

95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de 95 réseaux locaux de services (RLS)



www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls

Santé et Services sociaux Québec

Novembre 2004

Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls

Santé et Services sociaux Québec

AVRIL 2010

*Établissements ou organismes qui ne font pas partie d'un CSSS