



**FÉDÉRATION DES CENTRES
D'ASSISTANCE ET
D'ACCOMPAGNEMENT
AUX PLAINTES (FCAAP)**

**RÉFLEXIONS ET PISTES DE SOLUTIONS
EN VUE D'ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES AUX CITOYENS**

**MÉMOIRE DÉPOSÉ AU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DANS
LE CADRE DE LA CONSULTATION PUBLIQUE SUR LE PANIER DE SERVICES**

RÉDACTION

Martine Gilbert, conseillère en recherche et développement, FCAAP
Manon Fortin, directrice générale, FCAAP

COLLABORATION

Comité vigilance de la FCAAP :

CAAP – Bas-Saint-Laurent, Nathalie Lavoie, directrice générale

CAAP – Capitale-Nationale, Ian Renaud-Lauzé, directeur général

CAAP – Laurentides, Stéphanie Bérard, directrice générale

Ce mémoire est également disponible en version PDF à l'adresse suivante : www.fcaap.ca

Dans cette publication, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte

© Fédération des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, janvier 2016

TABLE DES MATIÈRES

1	Qui sommes-nous ?.....	3
1.1	La Fédération des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes	3
1.2	Les Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes	3
2	Le point de vue privilégié de la FCAAP et des CAAP	4
3	La révision du panier de services	5
4	Les bons services au bon moment.....	5
4.1	L'accès aux services.....	6
4.2	Le manque de continuité et de complémentarité des services	8
4.3	La mauvaise adéquation entre les besoins et les moyens proposés.....	9
5	Les critères utilisés pour soutenir la prise de décision	11
6	En conclusion.....	13
	Sources de références.....	14

1 QUI SOMMES-NOUS ?

1.1 LA FÉDÉRATION DES CENTRES D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Fondée en 1995, la Fédération des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (FCAAP) regroupe 11 Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP). Elle a pour mission :

- de susciter le partage et la concertation entre les CAAP;
- de représenter les CAAP auprès des instances, au plan politique, administratif et financier, le cas échéant;
- de soutenir les CAAP dans le déploiement de leur mission par une gamme variée de services;
- de faire connaître la mission des CAAP à la population en générale, aux groupes œuvrant en santé et services sociaux au plan provincial et auprès des décideurs politiques, pour ainsi accroître leur rayonnement;
- de développer une expertise de contenu, notamment par le dépôt de mémoire en commission parlementaire sur des sujets ciblés d'intérêt public en santé et services sociaux.

1.2 LES CENTRES D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Créés en 1993-1994, les CAAP sont des organismes communautaires régionaux mandatés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour assister et accompagner, sur demande, les personnes (ou leur représentant légal) qui désirent porter plainte auprès d'un établissement, d'un Centre intégré de services de santé et de services sociaux, d'un Centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux ou du Protecteur du citoyen.

Ces organismes, entièrement indépendants des établissements et ressources du réseau de la santé et des services sociaux, ont pour fonction d'informer l'utilisateur sur le régime d'examen des plaintes, de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, de la rédiger au besoin, de l'assister et de l'accompagner dans sa démarche à chaque étape du recours et finalement, de faciliter la conciliation avec toutes les instances concernées. Par le soutien qu'ils assurent à l'utilisateur, les CAAP contribuent au respect de ses droits ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services (*article 76.7 de la LSSSS*).

2 LE POINT DE VUE PRIVILÉGIÉ DE LA FCAAP ET DES CAAP

D'entrée de jeux, la FCAAP souhaite souligner la nature délicate de la réflexion amorcée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur le panier de services. C'est un sujet qui soulève de nombreux enjeux de nature aussi bien économique qu'éthique. Nous avons éprouvé un profond malaise à nous pencher sur celui-ci et, spécialement, sur la question des critères devant soutenir la prise de décision relative à la couverture publique des services de santé et des services sociaux. Nous ne devons pas oublier que toutes décisions prises concernant la composition du panier de service impliquent des conséquences à court, moyen et long terme et que celles-ci doivent être soigneusement réfléchies.

Malgré nos nombreuses réserves, nous avons néanmoins choisi de participer à cette consultation, car nous souhaitons faire entendre notre voix ainsi que celles des personnes qui faisant appel aux services des CAAP. Être demeuré silencieux aurait signifié consentir à cet objectif de priorisation des services devant faire partie du panier de services, alors que ce n'est pas du tout le cas.

Le point de vue de la Fédération se base sur le lien privilégié qui unit les CAAP et les personnes ayant recours au système de santé et de services sociaux (usagers et résidents). Étant présents depuis plus de vingt ans dans chacune des régions du Québec pour assister et accompagner les personnes dans leur démarche en vue de porter plainte, les CAAP ont développé une bonne connaissance de leurs préoccupations, de leurs besoins et de leurs attentes. Les constats dont nous vous ferons part dans ce mémoire sont donc tirés des problématiques vécues par ceux-ci.

Ceci étant, nous nous positionnerons d'abord sur la nécessité ou non de revoir la composition du panier de services assurés, tel qu'il est présentement offert. Nous vous ferons ensuite part de certains constats que nous pouvons tirer de la présente situation. Nous souhaitons en vous faisant part de ceux-ci, alimenter la réflexion et mettre en évidence certains éléments que nous jugeons problématiques en regard du panier de services actuel. Puis, nous nous pencherons sur la question des critères retenus et utilisés pour soutenir la prise de décision. À cet effet, nous vous ferons part de certains commentaires et questionnements résultant de cette réflexion.

3 LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES

Depuis quelques années, nous constatons un effritement du panier de services. L'offre disponible sur papier ne l'est pas toujours réellement dans les faits. Au cours des prochaines années, il est clair que les pressions exercées sur les finances publiques et sur le gouvernement n'iront qu'en s'accroissant et que si nous ne nous arrêtons pas pour réfléchir à la situation, cet effritement des services n'ira qu'en s'accroissant. Le Protecteur du citoyen dans son dernier rapport annuel a d'ailleurs mis en garde les parlementaires concernant cet effritement qui se fait sans balises applicables accroissant ainsi les iniquités (PDC, Rapport annuel 2014-2015, p. 80).

Conscients de ce fait, nous sommes d'avis qu'une réflexion sur l'avenir de notre système de santé et de services sociaux s'impose. Cependant, avant de prendre la décision d'exclure ou non certains soins ou services du panier de services assurés, nous pensons que d'autres éléments de notre système mériteraient d'être analysés et sûrement réorganisés afin d'en maximiser son efficacité. En effet, nous ne pensons pas que la solution passe nécessairement par une réduction du panier de services, mais plutôt par une amélioration dans la prestation des services qui le composent et par une meilleure utilisation des ressources.

Dans la prochaine section, nous vous ferons part de certains constats généraux issus de situations vécues par les personnes qui font appel aux services des CAAP et qui illustrent bien selon nous, différentes problématiques rencontrées dans le système et qui mériteraient d'être pris en considération.

4 LES BONS SERVICES AU BON MOMENT

Garantir l'accès aux bons services au bon moment est la préoccupation principale qui doit, selon nous, guider les orientations et les actions gouvernementales en matière d'offre de soins de santé et de services sociaux. Cependant, force est de constater qu'à l'heure actuelle cet objectif n'a pas encore été atteint. Les problématiques rencontrées à l'intérieur du système sont entre autres dues à l'inaccessibilité des soins et des services, au manque de continuité et de complémentarité entre ceux-ci ou encore à la mauvaise adéquation entre les besoins et les moyens proposés.

4.1 L'ACCÈS AUX SERVICES

Plusieurs facteurs influent sur l'accès aux soins et services, soit le lieu d'obtention, le temps d'attente, les heures d'ouverture, la gamme de soins offerte, la capacité à payer, etc. En fonction de ceux-ci, nous constatons que tous n'ont pas nécessairement accès à la même offre de soins et de services, ce que nous jugeons inéquitable compte tenu des principes d'universalité et d'accessibilité qui sont à la base même de notre régime public.

D'un point de vue géographique, il est entre autres possible d'observer l'existence de disparités d'accès entre les soins et les services que peut recevoir une personne d'une région à une autre, voire d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une seule et même région. C'est notamment le cas pour les services de soutien à domicile pour lesquels une personne n'obtiendra pas le même nombre d'heures de services pour un même besoin en fonction de l'endroit où elle habite. Nous remarquons également qu'en milieux urbains comme en région le manque d'argent et de ressources pour répondre à l'engagement de services auprès de la population et aux besoins réellement exprimés cause de réels problèmes aux usagères et usagers.

En ce qui concerne les résidents des résidences privées pour aînés (RPA), l'accès aux services de soutien à domicile semble vivre une mutation importante, et ce, malgré le droit de ces personnes à recevoir des services de l'État en ce domaine. Nous constatons que ce groupe de la population se voit souvent exclu subtilement de l'offre de service sous prétexte que d'autres usagers vivent des situations plus urgentes ou encore qu'une offre de service en ce sens est déjà offerte par l'exploitant. Il est ici important de préciser que les coûts des services offerts par certains exploitants, en plus d'accroître la précarité de la situation financière chez les aînés, ne se concrétisent pas toujours par la disponibilité des services offerts. Il faut savoir que la certification concernant les résidences privées pour aînés prévoit un ratio personnel-usager minimaliste concernant les services d'assistance personnelle. Les coûts de ces services peuvent aussi varier d'un endroit à un autre. À cet effet, il serait par conséquent pertinent de les standardiser afin d'éviter les abus. Par ailleurs, notons que la formation des préposés y est souvent déficiente, et ce, malgré les exigences prévues à la certification ce qui a un impact sur la qualité des services offerts. Précisons également que la moyenne d'âge des aînés habitant dans une RPA est de 82 ans (Société canadienne d'habitation et de logement, 2015, p.63), un groupe d'âge susceptible d'avoir d'importants besoins à ce niveau.

En somme, les différentes situations décrites précédemment nous apparaissent comme problématiques et nous croyons qu'il est primordial de garantir à tous un accès adéquat à des services de soutien à domicile, et ce, indépendamment de leur lieu de résidence.

RECOMMANDATION 1

Services de soins à domicile

Qu'une évaluation soit réalisée au plan provincial afin de faire un constat de la situation et identifier les problématiques rencontrées au niveau de l'accessibilité des services de soins à domicile afin de prendre les mesures correctives qui s'imposent.

Résidence privée pour aînés

S'assurer que les résidents puissent avoir accès plus facilement aux services de soins à domicile de l'État.

Uniformiser les prix relatifs aux services d'assistance personnelle afin d'éviter les abus.

Un autre constat que nous pouvons faire relativement à l'accès aux soins et aux services est la question du temps d'attente pour les obtenir que l'on peut considérer comme problématique. En effet, certaines personnes doivent parfois attendre des mois, voire des années, avant d'accéder à ces services ce qui peut leur être préjudiciable et entraîner, dans certains cas, une détérioration de leur état de santé. Aussi, lorsque l'attente se prolonge, les soins finalement reçus peuvent donner de moins bons résultats. Donc, en plus d'avoir des répercussions néfastes sur les individus, ce délai d'attente aura en définitive une incidence sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux en l'alourdissant encore davantage.

Par ailleurs, en ce qui concerne le temps d'attente dans les urgences, nous pouvons constater que plusieurs personnes n'ayant pas un état nécessitant de s'y rendre décident parfois de le faire faute d'autres options acceptables. Si ces personnes avaient accès à des services de première ligne à l'intérieur de délais raisonnables, elles éviteraient sans doute de le faire et cela contribuerait à désengorger les urgences. À cet effet, nous pensons que les priorités de niveau 4 et 5 selon la nomenclature de l'échelle canadienne de triage et de gravité devraient être redirigées vers des cliniques GMF ou des cliniques-réseaux. D'autant plus,

qu'il ne faut pas oublier que le coût d'une consultation à l'urgence est beaucoup plus onéreux qu'en clinique.

RECOMMANDATION 2

Qu'une analyse exhaustive soit réalisée afin d'évaluer le nombre de patients de niveau 4 et 5 qui se présentent aux urgences. Par la suite, en fonction des résultats, le nombre de cliniques disponibles (GMF et réseau) devrait être ajusté à la hausse. Une période de transition serait à prévoir pour permettre à la population de se familiariser avec ce nouveau mode de fonctionnement. De plus, préalablement à sa mise en œuvre, nous proposons qu'une campagne d'information et d'éducation auprès de la population soit réalisée.

Enfin, soulignons la problématique des frais accessoires qui constitue selon nous une barrière à l'obtention de soins et de services, et ce, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables de notre société. En principe, les soins et les services médicalement requis et nécessaires sont gratuits pour tous. Cependant, l'imposition de frais accessoires remet en question ce droit. À ce sujet, nous partageons l'avis du PDC qui se positionne contre l'imposition de frais accessoire pour les services assurés (PDC, 2015, p. 22).

4.2 LE MANQUE DE CONTINUITÉ ET DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES

Une autre problématique que nous sommes à même de constater par rapport à l'offre de services actuelle est le manque de continuité et de complémentarité au niveau des soins et des services offerts. Par exemple, au niveau de la santé mentale, la fragmentation et la discontinuité des soins sont des problèmes maintes fois rapportés par les usagers. Le recours aux services se fait principalement en silo et la coordination entre les différentes instances d'intervention est souvent déficiente. À cet égard, nous espérons que la réforme amorcée avec la loi 10 permettra réellement d'assurer une meilleure continuité entre ceux-ci. Nous devons également souligner le manque de ressources alternatives en santé mentale notamment au niveau des ressources d'hébergement et d'assistance dans le cadre des activités de la vie quotidienne. Notons enfin que les personnes aux prises avec des problèmes de maladies mentales sont souvent l'objet de

stigmatisation autant de la part du personnel soignant que de la population en général ce que nous jugeons comme inadmissible et déplorable.

RECOMMANDATION 3

Nous recommandons que des sommes additionnelles soient attribuées pour la mise en place de nouvelles ressources d'hébergement et d'assistance visant à soutenir les personnes dans le cadre de leurs activités de la vie quotidienne.

Nous recommandons également que des campagnes de sensibilisation s'adressant à la population soient réalisées régulièrement afin de contrer la stigmatisation sociale.

4.3 LA MAUVAISE ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS ET LES MOYENS PROPOSÉS

Un dernier constat que nous pouvons faire à l'égard du panier de services actuel est que les moyens proposés (l'offre) ne sont pas toujours en adéquation aux besoins exprimés (la demande). Prenons, par exemple, le cas des personnes âgées ou des jeunes adultes handicapés qui sont parfois hébergés en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) faute d'une offre de soins ou d'alternatives plus appropriées. Dans certains cas, une offre suffisante de services de soins à domicile aurait été davantage adaptée aux besoins de ces personnes et leur aurait assuré une plus grande autonomie et liberté, et ce, à un coût moindre. Cependant, n'obtenant pas le nombre d'heures de service nécessaire à leur condition et à leurs besoins, celles-ci n'ont d'autres choix que d'être hébergées en CHSLD. Soulignons de plus que le manque de service de soutien à domicile contribue à une utilisation inefficace des lits d'hôpitaux et à un engorgement des urgences.

Le placement en CHSLD transitoire, lorsque l'établissement choisi par l'utilisateur n'est pas disponible, semble également amener son lot de problèmes. Dans ce cas, la personne âgée ne peut choisir l'établissement le plus près de sa famille et de son milieu naturel, elle se voit souvent assigner un CHSLD qui ne lui permettra pas d'être près des siens. La raison évoquée pour justifier le fait qu'elle ne puisse faire ce choix est la difficulté logistique. Nous croyons que des changements s'imposent à cet effet et nous espérons que les récentes fusions d'établissements

amenées avec la loi 10 permettront réellement aux personnes âgées de demeurer près de leur milieu de vie naturel.

RECOMMANDATION 4

Nous recommandons qu'un projet pilote soit mené à l'intérieur de deux régions du Québec afin de donner le libre choix de l'assignation du lieu de résidence à la personne susceptible d'être hébergée. L'analyse des résultats de ce projet permettra d'amener des solutions viables pour améliorer cette situation. Le projet pilote pourrait également prévoir un milieu de vie mixte, c'est-à-dire permettant au conjoint ne nécessitant pas de soins de niveau CHSLD d'habiter tout de même avec son ou sa conjoint(e) hébergé(e).

Par ailleurs, nous pouvons constater une certaine faiblesse au niveau de tout ce qui relève de la prévention. De nombreux plans d'action de toutes sortes sont élaborés et mis en œuvre avec les meilleures intentions en vue d'induire des changements qui auront des impacts positifs sur la santé de la population. Cependant, l'expérience nous amène à constater que, dans les faits, il n'existe parfois pas de réelles concertations entre les différents ministères et les intervenants impliqués dans ceux-ci. Il faudrait donc s'assurer qu'un tel processus ait lieu afin que les solutions proposées soient réellement enracinées dans le milieu. La prévention doit demeurer une priorité à l'intérieur de notre système de santé et de services sociaux afin d'éviter l'apparition de plusieurs maladies et le développement de problèmes sociaux.

RECOMMANDATION 5

Nous recommandons que des initiatives favorisant une plus grande concertation soient mises en œuvre dans le cadre des prochains plan d'action

En définitive, les différents constats que nous avons posés en regard du panier de services actuel, soit les difficultés relatives à l'accessibilité de l'offre, l'absence de continuité entre les services et le manque d'adéquation entre les moyens et les besoins proposés, nous amènent à dire que notre système de santé et de services

sociaux ne fonctionne pas à plein rendement et qu'une analyse en profondeur de plusieurs éléments qui le composent mériterait d'être effectuée. Selon nous, est impératif de s'assurer que les soins et les services offerts à l'intérieur de celui-ci soient réellement disponibles équitablement sur l'ensemble du territoire québécois, et ce, en temps opportun et de qualité égale. À cet effet, nous sommes d'avis qu'une réelle réflexion s'impose afin de mettre en œuvre les solutions les plus efficaces qui correspondent réellement aux besoins et aux réalités des personnes requérant les soins et les services et qui ne sont pas dictées en fonction de ressources, de places disponibles ou de difficultés au plan logistique.

5 LES CRITÈRES UTILISÉS POUR SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION

Comme nous le mentionnions précédemment, nous avons éprouvé un profond malaise à nous pencher sur la question des critères à utiliser pour soutenir la prise de décision relative à la couverture publique des services de santé et des services sociaux. Soulignons d'abord que plusieurs des critères énoncés par le CSBE semblent relever d'abord d'une logique manifeste de recherche d'efficacité budgétaire. Cependant, nous sommes d'avis que celle-ci ne peut pas s'appliquer lorsque nous parlons de soins et de services donnés à la population. En effet, les usagers et leurs besoins doivent demeurer au centre de nos préoccupations et nous devons nous assurer que leur accès au panier de services ne soit pas limité. Nous pensons aussi que plusieurs éléments doivent être pris en considération afin d'évaluer chacun de ces critères dans toutes leurs dimensions. Il est aussi nécessaire de les mettre en relation les uns avec les autres afin d'en mesurer toutes les implications et les conséquences. Dans cette optique, nous souhaitons vous faire part de certaines constatations que notre réflexion sur ces critères a suscité.

Pour commencer, concernant, **la solidité des données scientifiques** ou encore **la présence ou non de soins efficaces déjà remboursés par l'État**, il peut nous sembler évident de prime abord qu'il faille prendre en compte ces deux éléments dans le processus de prise de décision. Cependant, si nous poussons la réflexion un peu plus loin et que nous les mettons en relation avec d'autres critères, plusieurs questionnements s'imposent. Nous pouvons notamment nous demander si devant la gravité de la maladie, nous devons ignorer un traitement si celui-ci s'avérait être le seul disponible ou encore beaucoup plus prometteur qu'un autre alors que des données scientifiques solides ne sont pas encore suffisamment

disponibles? Aussi, nous pouvons nous demander dans les cas où des soins efficaces seraient déjà remboursés par l'état, est-ce que cela voudrait dire qu'il ne faille pas ouvrir la porte à de nouveaux soins sachant que les bénéfices procurés par ceux-ci pourraient être encore plus grands que pour les précédents. Devons-nous faire fi de cette possibilité ?

Puis, pour les critères **des bénéfices supplémentaires rapportés par le service et la prise en compte de l'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société**, nous pouvons nous questionner sur la façon dont pourraient être mesurés ces bénéfices. En effet, comment est-ce possible d'évaluer le bien-être total apporté par une intervention donnée pour l'ensemble de la société? Aussi, cela nous amène à nous demander si les bénéfices sont plus grands s'ils touchent un plus grand nombre de personnes. Nous serions portés à répondre par l'affirmative, mais devons-nous réellement tenir compte **du nombre de personnes touchées par la maladie** dans notre prise de décision. Pour cause, cela équivaudrait à dire que les maladies rares touchant un nombre restreint de personnes ne méritaient pas qu'on s'y attarde avec autant d'énergie que celles touchant un grand nombre de personnes et que la vie des personnes qui en sont atteintes serait d'une valeur moindre que celles des autres. La question de l'universalité des soins entre également en ligne de compte serait-elle balisée par ces bénéfices? Est-ce que ces balises auraient un impact négatif sur cette notion qui est en définitive bien concrète pour l'utilisateur affaibli par la maladie ?

Ensuite, concernant le critère de **l'importance des coûts que l'État devrait assumer**, nous pouvons nous demander si la prise de décision devrait s'arrêter à de simples considérations de nature économique. L'utilisation de ce critère ne risquerait-elle pas d'entraîner des injustices et des inégalités ? Il en est de même pour un critère tel que **l'importance des coûts du service par rapport aux bénéfices qu'il apporte**. Celui-ci fait appel à une notion de coût/bénéfices qui doit être utilisée avec prudence et combiné à d'autres critères. De plus, il faut aussi garder en tête que chaque décision implique un coût d'opportunité et donc que l'inaction n'est pas sans conséquence.

Par ailleurs, concernant les critères de **la gravité de la maladie** et de **l'urgence du besoin**, il est certain qu'une maladie ou un problème grave et urgent doit être traité. Cependant, est-ce que cela veut dire que ceux qui ne le sont pas ne doivent pas l'être, sachant qu'à long terme ils pourront le devenir ? Tout ce qui relève de la prévention ne doit pas être mis de côté et demeurer sous-financé. Il ne faut pas oublier que celle-ci a un impact direct sur la première ligne de soins. La prévention

est d'ailleurs souvent plus efficace et moins coûteuse à long terme et nous ne devons pas l'oublier.

Nous terminerons en soulignant toute la complexité d'établir des critères sur lesquels baser la prise de décision relative à la couverture publique des services de santé et des services sociaux. Nous vous avons fait part de quelques-uns de nos commentaires et de nos questionnements à ce sujet qui, nous le souhaitons, alimenteront le débat. De plus, nous pensons qu'il convient d'être extrêmement prudent dans l'utilisation de tous critères servant à la prise de décision, car il ne faudrait pas contribuer à créer des iniquités dans l'offre de service. En effet, la recherche d'efficience ne doit surtout pas avoir comme impact de priver une personne de son droit de recevoir des soins et des services adaptés à ses besoins et à sa condition au moment opportun.

6 EN CONCLUSION

La Fédération des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est consciente que les pressions sur le système de santé et de services sociaux sont nombreuses et qu'une réflexion sur l'avenir de celui-ci s'impose. Cependant, nous sommes d'avis qu'avant d'évaluer des critères restreignant l'accès à certains soins et services, d'autres éléments devraient d'abord être analysés. Même si une bonne partie des impôts des contribuables sont attribués aux dépenses en santé et services sociaux, nous croyons que les citoyens désirent toujours que leur système de santé soit financé adéquatement et réponde aux besoins réels de la population. D'autre part, l'utilisation efficiente des ressources dont nous disposons fait également partie de la solution. Nous pensons que l'universalité de notre système de santé et de services sociaux est toujours chère aux yeux des Québécoises et des Québécois et que, dans cette optique, nous devons nous assurer de ne pas engendrer, par nos choix, des injustices.

Enfin, nous souhaitons mettre en garde le gouvernement concernant le transfert des responsabilités et des services en matière de santé et de services sociaux vers les entreprises d'économie sociale ou les groupes communautaires. Ils ne peuvent remplacer un véritable système de santé publique, accessible, universel et gratuit. D'ailleurs, le sous-financement chronique des groupes communautaires qui assurent des services de premier plan et qui s'avère de plus en plus essentiel à la population, devrait faire l'objet d'une attention particulière, principalement au plan du financement qui est insuffisant.

SOURCES DE REFERENCES

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). « Les solutions émergentes, Rapport et recommandations (Rapport Clair) ». [En ligne] : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>.

PROTECTEUR DU CITOYEN (2012). « Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen, Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante ». [En ligne] : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf.

PROTECTEUR DU CITOYEN (2015). « Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux ». [En ligne] : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/2015-10-01_avis-frais-accessoires.pdf.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012). « Les soins de santé au Canada 2012, Regard sur les temps d'attente ». [En ligne] : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). « Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile, Québec ». [En ligne] : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). « Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble autrement ». [En ligne] : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HABITATION ET DE LOGEMENT (2015). « Rapport sur les résidences pour aînés (2015) ». [En ligne] : http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2015_A01.pdf?fr=1453302467925.