



**RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU PATRONAT DU
QUÉBEC PRÉSENTÉES À LA COMMISSION D'ÉTUDE DE
L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET
LES SERVICES SOCIAUX**

OCTOBRE 2000

**RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC
PRÉSENTÉES À LA COMMISSION D'ÉTUDE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**

Octobre 2000

• • •

INTRODUCTION

Le Conseil du patronat du Québec (CPQ) remercie la Commission d'étude de l'Assemblée nationale sur les services de santé et les services sociaux de le recevoir dans le cadre de la consultation publique sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux.

Notre système de santé fait face à une équation impossible entre les ressources limitées et une pression énorme provenant de besoins croissants, tant liés au développement des technologies qu'au vieillissement de la population. Nous connaissons tous l'ampleur des défis auxquels nous faisons face. Il n'y a pas lieu de nous étendre sur ce sujet, bien au contraire. Aussi, l'énoncé de position du Conseil du patronat du Québec présente-t-il des réponses à un certain nombre de questions posées par la Commission Clair au chapitre de l'organisation des services et du financement de ceux-ci pour conclure et proposer, de façon intégrée, ce qui pourrait être un modèle québécois souhaitable en matière de santé.

Nous voulons apporter notre contribution au débat en fonction de la perspective du milieu des affaires, qui a comme souci de rentabiliser l'allocation des ressources que le gouvernement consacre au système de santé de façon à ce que les membres de la société québécoise puissent en bénéficier au maximum, tant individuellement que collectivement. Car si notre système de santé devient performant, nous pourrons gérer nos ressources financières autrement qu'en épongeant des déficits.

L'argent ainsi épargné servira au développement dans ce secteur ou dans d'autres. La confiance renouvelée que nous ressentirons à l'égard de notre système de santé et la fierté que nous en retirerons attireront inéluctablement des investisseurs et leurs employés pour qui la santé et l'éducation comptent autant que des avantages fiscaux lorsqu'il s'agit de faire le choix d'implanter une entreprise dans une région donnée.

Nous croyons sincèrement qu'en misant sur le dynamisme de tous les intervenants en santé et en remettant au patient la liberté de choisir, en ramenant l'État dans ses dimensions essentielles et en prenant le virage de la productivité, le système de santé québécois pourra se retrouver parmi les meilleurs au monde pour, éventuellement, être cité en exemple.

Avant de nous prononcer sur l'allocation des ressources financières, il y a lieu de définir les moyens susceptibles de corriger l'arrimage déficient entre les composantes chargées de l'organisation des services. Nous sommes d'avis que les services de première ligne doivent être intégrés et bien coordonnés entre les différents professionnels de la santé et entre les établissements.

Des systèmes sophistiqués d'information en matière de santé doivent avoir une perspective axée sur la population, tenir compte d'un large éventail de déterminants de la santé et considérer le système dans son ensemble. Les données doivent être saisies au niveau de l'intervention du soignant auprès du patient afin de suivre ce dernier après une maladie et pour être en mesure d'assurer la qualité et la rapidité des services.

Il faut revoir l'organisation du travail clinique, tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire ou de clinique privée, dans le but d'optimiser les ressources humaines. Par exemple, les pratiques médicales doivent être redéfinies pour permettre aux infirmières de dispenser beaucoup plus de soins de première ligne.

De plus, un réexamen du système professionnel dans le domaine de la santé doit être amorcé pour favoriser la complémentarité et la cohésion entre les disciplines et les spécialités.

Quels que soient les modes de fonctionnement et d'organisation choisis, il faut que le système soit construit en partant de la base, c'est-à-dire du patient, puis ensuite son médecin de famille ou l'équipe de première ligne. Il faut repenser ainsi l'organisation des soins primaires en fonction d'un lien continu et d'une imputabilité reconnue envers le patient.

Il ne faut surtout pas penser à implanter des structures additionnelles; il faut plutôt tout mettre en œuvre pour rendre encore plus efficaces les acteurs principaux et leur permettre d'exercer au maximum leurs compétences et leurs capacités afin que notre système de santé dispense des soins appropriés et continus.

Il faut questionner l'établissement de conventions collectives blindées dont l'objet premier est de protéger les acquis du personnel syndiqué avant de penser au patient.

L'augmentation des coûts de système dépasse la capacité de payer et la population n'est pas prête à voir augmenter son fardeau fiscal ou, encore, sacrifier l'éducation ou d'autres dépenses gouvernementales jugées importantes à ses yeux. Aussi, le CPQ rejette tout scénario visant à hausser les impôts ou à désassurer des services. S'il fallait revoir le panier des services offerts à la communauté, cette dernière devrait avoir la possibilité de se prononcer sur les choix à faire en fonction d'une juste appréciation du coût impliqué.

Nous sommes d'avis qu'il y a moyen de maintenir l'étendue des services offerts par l'introduction de pratiques de gestion privées à l'intérieur d'un système public. En accroissant ainsi l'efficacité du système de santé, nous pourrions préserver la couverture universelle.

L'accès à la sous-traitance de certains services hospitaliers faciliterait aussi le maintien de la couverture universelle. Que ce soit la buanderie, l'alimentation ou la radiologie (pour ne nommer que ceux-là), tous les services de support devraient être mis en concurrence avec le secteur privé s'il est démontré qu'en ce faisant, il est possible de diminuer les coûts et d'augmenter la qualité des services offerts aux patients.

Enfin, il faut revoir l'enveloppe budgétaire déterminée par le gouvernement afin qu'elle soit calculée sur l'exemple d'une majeure en « capitation » avec, en mineure, une enveloppe de base pour tenir compte des particularités des régions moins densément peuplées.

Dans la préparation de son énoncé de position, le Conseil du patronat du Québec a participé activement aux quatre forums tenus par la Commission Clair, en plus d'avoir recueilli les avis d'experts en matière de gestion de la santé après les avoir réunis au cours de la dernière année. Nous tenons à les remercier de leur disponibilité. La recherche et les lectures que nous avons effectuées nous permettent aujourd'hui de vous présenter le fruit de notre réflexion qui, bien sûr, n'est pas celle d'experts en santé, mais bien celle de gens d'affaires et de citoyens hautement préoccupés du mieux-être de la société et qui, par leurs fonctions les amenant à bien connaître les rouages des systèmes de gestion, tiennent à offrir leur contribution.

La réorganisation des services

Nous sommes conscients que, dans le domaine de la santé, les pratiques professionnelles sont devenues de plus en plus interdépendantes et modifiées quant à la façon de dispenser les soins. Dès lors, les acquis de la dernière réforme enclenchée à la suite du rapport Rochon doivent être maintenus, voire renforcés. L'adaptation doit donc se consacrer à améliorer l'accessibilité, à responsabiliser la première ligne en ce qui a trait aux traitements et aux coûts, et à éviter les doublons.

Un dossier clinique informatisé centralisé pour chaque patient (par exemple, une carte à puce d'assurance maladie) représente sans doute le premier élément stratégique à instaurer avant toute autre opération touchant au schéma d'organisation des soins de santé. Notre modèle préconise de confier les responsabilités clinique et financière des services de santé pour une population donnée à une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé ainsi que des ressources de support nécessaires à leurs interventions. La clientèle cible est financée auprès de cette entité par un système de capitation; ainsi, l'argent suit le patient et risque d'être moins perdu dans des frais d'administration. Cette équipe œuvre au sein d'une clinique publique ou privée. Ces nouvelles entités de dispensation des soins de base offrent des services 24 heures par jour, notamment les soins d'urgence, à l'exception de ceux nécessitant un transport ambulancier. Dans un but d'optimiser les ressources humaines, il faut réviser l'organisation du travail clinique tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire ou clinique afin de favoriser la complémentarité et la cohésion entre les professionnels de la santé.

Les cliniques constituent la porte d'entrée de toute personne dans le système. Au sein de l'équipe, le médecin de famille est le coordonnateur de l'ensemble des services de base et spécialisés requis par chaque patient dans le système de santé. Les services spécialisés ou surspécialisés sont offerts aux patients à la suite d'une référence de la clinique vers les hôpitaux ou les centres spécialisés. C'est la clinique qui achète ces services auprès desdits établissements.

Ce système favorise à la fois une approche globale de traitement, la cohésion entre les traitements aux modalités multiples et une meilleure attention aux besoins du patient.

La gestion des ressources matérielles et financières relève de chaque établissement à partir du financement reçu. La gestion des ressources humaines ainsi que l'organisation du travail se greffent entièrement à la responsabilité de la direction de l'établissement.

Une direction des services de santé et des services sociaux est instituée dans chacune des régions administratives du Québec. Ces directions territoriales sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'usagers et présidé par une personne nommée par le ministre de la Santé. Des représentants des médecins et des autres personnes de la santé complètent le conseil. Les fonctions principales de ces directeurs territoriaux sont :

- l'organisation, le contrôle et l'évaluation des services offerts sur le territoire;
- la nomination des directions des hôpitaux, des centres spécialisés et des cliniques publiques;
- l'agrément des cliniques publiques et privées;
- le contrôle de l'utilisation des ressources des divers établissements;
- l'évaluation de la qualité des services et des soins offerts dans chaque établissement au moyen d'indicateurs de performance fournis par le ministre de la Santé;
- la mise en tutelle des établissements non performants.

Le ministère de la Santé assure la bonne marche du système en assumant principalement les responsabilités suivantes :

- l'implantation d'un système d'information en matière de santé qui permettra de définir les priorités de soins de santé en tenant compte d'indicateurs sociaux et économiques, du statut de santé du patient et des facteurs environnementaux;
- la coordination de la recherche, de l'expérimentation et des développements dans le domaine des services sociaux et de la santé;
- la planification des priorités et des besoins et le développement des immobilisations en santé;
- la normalisation des équipements;
- l'élaboration des règles de financement (mode de capitation) des établissements;
- l'établissement des indicateurs de performance;
- l'évaluation des résultats dans chacun des territoires;
- la négociation touchant l'élaboration des règlements relatifs à la rémunération minimale des professionnels régis par des ordres.

Le financement

En ce qui a trait au financement, la récente entente Canada-Québec devrait freiner la diminution des transferts fédéraux et apporter l'oxygène nécessaire au soutien d'une organisation des soins de santé de qualité. Nous sommes d'opinion, qu'à l'avenir, les dépenses du secteur de la santé ne devraient pas, dans l'ensemble, progresser plus vite que la croissance de notre richesse collective. Le phénomène du vieillissement de la population entraînera des pressions accrues sur les coûts du système, mais, en contrepartie, d'autres missions gouvernementales, notamment l'éducation, verront leur clientèle réduire peu à peu. Il appartiendra au gouvernement d'apporter les réaménagements budgétaires appropriés.

D'une façon générale, nous ne croyons pas opportun de remettre en cause le financement public du système de santé. En conséquence, nous ne souhaitons pas élargir la contribution personnelle des usagers pour la consommation de certains services (du type ticket modérateur, en l'occurrence) ou recourir à la tarification de certains services auxiliaires. La révision du panier de services assurés ne devrait faire, par ailleurs, que l'objet d'ajustements

mineurs pour exclure possiblement certains services non essentiels au maintien en bonne santé de la population. Il y a moyen de maintenir l'universalité et l'accessibilité des services actuellement offerts justement en augmentant la participation du privé.

S'il est important de maintenir le financement public pour éviter le développement d'un système à deux vitesses, il n'est pas inapproprié, par ailleurs, de remettre en question l'exclusivité de la gestion publique par rapport à la production de services médicaux spécialisés ou hospitaliers privés. Nous soutenons, au contraire, que là où il sera plus efficace et moins coûteux de faire appel à une offre de services privés, les autorités responsables de la santé ne devront pas hésiter à s'en prévaloir.

Les provinces devraient entreprendre dès maintenant des discussions avec le gouvernement fédéral pour éliminer les irritants à la *Loi sur la santé* nationale qui l'empêchent d'avoir recours à de telles pratiques. La législation du travail du Québec est aussi à revoir pour permettre aux établissements, lorsque cela est requis, d'impartir certains services, plus spécifiquement ceux ayant trait au support de gestion ou aux services auxiliaires (alimentation, buanderie, entretien ménager, laboratoires, etc.). L'ouverture à la vente de services spécialisés aux non-résidents n'est pas à exclure non plus comme source de revenus additionnels à condition que cette démarche soit exécutée dans le cadre de l'utilisation de ressources ou d'équipements excédentaires à l'offre des services réguliers à la population.

Les changements les plus importants que nous proposons au regard du mode de financement du système de santé touchent à la distribution des budgets entre les établissements et à la nature de la rémunération des prestataires de services. Ces changements capitaux constituent pour nous des préalables à toute réorganisation des soins de santé. Le modèle de financement doit être conçu et validé largement avant toute implantation de la réorganisation des services. Le financement serait désormais établi sur une base de capitation (en fonction des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population), et versé à un établissement ou à une clinique de première ligne. Les services spécialisés seraient achetés par la première ligne. Le niveau et la répartition de la rémunération des ressources tiendraient compte du budget disponible dans chaque établissement ou dans chaque clinique. Seul un encadrement réglementaire viendrait baliser la rémunération minimum applicable pour les catégories de professionnels régies par un ordre professionnel. Les autorités de la santé

pourraient aussi retenir une partie de l'enveloppe budgétaire pour des allocations supplémentaires susceptibles de pallier le faible niveau de ressources dégagées par la capitation dans les régions moins peuplées.

CONCLUSION

Nous concevons que plusieurs propositions formulées bouleversent passablement l'ordre établi. Cependant, il faut espérer que la résistance au changement n'aura pas raison de la Commission, dans un premier temps, et de la volonté politique, par la suite, d'apporter des correctifs pour rendre le système de santé viable, et surtout accessible. Bref, le débat se fera vraisemblablement entre le maintien du *statu quo* et la nécessaire révision du modèle établi.

Si nous retenons l'essentiel de notre mémoire, ce dernier nous amène à plaider pour que :

- chaque patient possède un dossier clinique informatisé centralisé (une feuille de route);
- une organisation des services de base autour d'une équipe multidisciplinaire qui pratique en clinique publique ou privée soit accessible 24 heures par jour au patient;
- le médecin de famille soit, au cœur de cette équipe, le coordonnateur de la relation entre le patient et le système;
- le financement des établissements soit établi sur une base de capitation principalement;
- les cliniques ainsi que les établissements disposent d'une grande autonomie en matière de gestion des ressources humaines, matérielles et financières suivant le financement établi;
- ce soient les cliniques de base qui achètent des services auprès des établissements spécialisés (ex. : hôpitaux) et qui assurent leur financement, permettant ainsi une meilleure imputabilité et une plus grande continuité des services sans dédoublement;

- le système demeure financé par le public, mais que la gestion et la production privées de services médicaux soient possibles, et que l'impartition soit privilégiée là où efficacité et économie se combinent;
- des directions de santé et de services sociaux, sur la base des territoires administratifs, constituent une instance démocratique dirigée majoritairement par des usagers;
- ces directions de santé et de services sociaux, sur la base des territoires administratifs, contrôlent l'offre de services sur l'appui des indicateurs de performance et régulent la bonne marche des affaires;
- le ministre de la Santé détermine les priorités et les besoins, alloue les ressources et évalue la qualité de l'ensemble du système de santé.

Tel est le modèle québécois souhaitable en matière de santé que le Conseil du patronat préconise.



CPQ – Octobre 2000

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
4^e trimestre 2000