

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 12

POINT DE VUE

POUR LA CONTRACTUALISATION STRATÉGIQUE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC

Wendy Thomson

Professeure à l'Université McGill et fellow au CIRANO

L'adoption du projet de loi n° 127 (Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux¹) a eu lieu au mois de juin. Comment pourrait-on être contre le principe d'une gestion plus saine? Même si peu de gens pourraient sembler contre, je soutiens tout de même que la vision classique de la gestion du haut vers la base telle que préconisée dans cette loi ne correspond pas au changement qu'il nous faut. Les soins de santé ne peuvent pas être correctement gérés avec des méthodes descendantes, dirigistes et centralisatrices. Ils sont trop complexes, de nature trop personnelle et, aussi étrange que cela puisse paraître, trop politiques pour se prêter à des formes de gestion aussi classiques et bureaucratiques. Cependant, le marché libre sans aucune restriction n'est pas non plus la panacée, comme en témoigne notre perception négative des efforts de réforme de nos voisins du sud. À mon avis, le Québec devrait plutôt se tourner vers l'Europe de l'Ouest, où des services de santé nationaux ont choisi la décentralisation de la contractualisation stratégique et de la prestation des services tout en exigeant une plus grande reddition de comptes à l'égard de la qualité et des coûts. Une approche de la base vers

le haut, où les soins sont adaptés aux besoins des patients et où le choix du patient incite les organisations à s'améliorer. Il se pourrait bien que le Québec soit mûr pour ce changement.

Le projet de loi n° 127

Les efforts d'amélioration des soins de santé au Canada convergent vers la gouvernance² (Philipson et Braithwaite, 2008) et, en ce sens, la démarche du Québec visant à raffermir la gestion des soins de santé n'est pas surprenante. Si les premières ébauches du projet de loi ont suscité de fortes réactions, la version définitive pourrait attirer des critiques dans certains cercles qui la trouveront trop timide. À mon avis, les nombreux paliers de pouvoir administratif sont trop centralisés et trop concentrés sur les processus. Les efforts des administrateurs seraient mieux investis s'ils étaient orientés vers les résultats.

Pour illustrer ce dernier point, notons que la taille et la composition du conseil d'administration sont prescrites en détail (quatre ou cinq représentants des employés, deux bénéficiaires, deux représentants de la population, deux personnes désignées par les universités, un représentant de la fondation, huit personnes indépendantes, tout en tenant compte de la parité homme-femme), mais le texte est moins explicite pour ce qui est de l'expertise que ces membres sont censés mettre à contribution. Le conseil d'administration est légalement responsable (auprès de l'agence par l'entremise de ses administrateurs et auprès du ministre par l'entremise de son président-directeur général) du plan stratégique, du rapport annuel de gestion, de l'entente d'imputabilité, des états financiers, du suivi de la performance, etc. La loi prévoit la mise sur pied de comités particuliers et décrit leur mandat. L'agence obtient le droit de commenter les plans stratégiques avant qu'ils ne soient approuvés par le conseil d'administration³.

Le ministre nomme et évalue les présidents-directeurs généraux de l'agence et nomme les 15 personnes qui composent le conseil d'administration, qui doit approuver ou adopter le plan stratégique, le plan d'imputabilité et les états financiers et faire le suivi du rendement en présentant ses rapports au ministre. Il en va ainsi d'un bout à l'autre. Le ministre produit un plan stratégique pluriannuel, s'assure de la formation de tout le personnel et planifie la succession du président, des directeurs généraux et des directeurs adjoints.

L'agence a également d'importants pouvoirs d'intervention, et peut même aller jusqu'à mettre un conseil d'administration sous tutelle et remplacer le directeur général par un président-directeur général désigné par le ministre.

Cette image d'une hiérarchie classique dotée de processus et de structures qui se distinguent par l'échelle et la fonction spécialisée semble familière, voire raisonnable. Pourra-t-elle toutefois venir à bout des problèmes décrits par le Vérificateur général dans son rapport de 2007-2008 ? Dans ce rapport, le Vérificateur général concluait que les conseils d'administration n'assumaient pas le rôle qui leur revient, qu'il existait une certaine confusion quant aux rôles et aux responsabilités des divers paliers de gestion, que ces conseils n'avaient pas suffisamment d'impact sur la stratégie et le rendement et faisaient trop d'approbations de recommandations, et que les conseils d'administration ne recevaient pas suffisamment de rétroaction de la part des paliers supérieurs (Vérificateur général du Québec, 2007, p. 13-14). Dans son rapport de l'année 2010-2011, le Vérificateur général formule des observations similaires quant au manque de suivi de performance de la part des conseils d'administration et conclut que « beaucoup de travail reste à accomplir à cet égard » (Vérificateur général du Québec, 2011, p. 4).

Nous avons de nombreuses raisons d'être fiers de l'engagement du Québec envers l'intégration du système de prestation des services de santé, qui repose sur une approche globale visant la santé de la population⁴. Le temps est toutefois venu de franchir une autre étape afin de faire de ces engagements une réalité « sur le terrain ». Pour maintenir la confiance du public et conserver son appui, le système de santé doit se montrer plus sensible aux besoins des individus comme des collectivités.

Les limites d'une structure dirigiste

Les données qui proviennent d'autres secteurs que celui de la santé sur le gaspillage et l'inefficacité qui règnent dans les organisations dirigistes sont plutôt éloquentes. Si une planification centralisée n'est pas parvenue à diriger la production de l'industrie légère, même à l'apogée du régime totalitaire de l'URSS, pourquoi faisons-nous confiance à ce type de planification pour anticiper et gérer la demande dans un système aussi complexe de services personnels que celui des soins de santé⁵ ?

Jetez un coup d'œil au rythme rapide du changement auquel notre système de santé doit faire face. Les technologies de la santé ne sont qu'un des facteurs qui transforment ce secteur. Ainsi, un médecin peut désormais surveiller les signes vitaux de son patient et afficher les résultats diagnostiques au moyen d'un téléphone ou d'un écran tactile à des milliers de kilomètres de distance de la chambre d'hôpital. La recherche sur le génome fait de la médecine « personnalisée » une réalité, et une recherche rapide dans Internet affichera de nombreuses entreprises prêtes à fournir un profil de santé personnel en échange d'un échantillon de salive et d'un paiement par carte de crédit. Il est possible d'observer à l'écran de nos ordinateurs portatifs des images de notre maison en circuit fermé, peu importe où nous nous trouvons dans le monde, d'utiliser des télécommandes pour régler le système d'alarme, arroser le gazon, ou allumer le four pour faire cuire le souper. Pourtant, ces progrès ne sont pas encore visibles au sein du réseau public de la santé. Une récente étude menée dans 11 pays démontre que seulement 37 % des médecins au Canada ont accès au dossier électronique de leurs patients à partir de leur bureau⁶. Bien que les retards et les dépassements de coûts soient aussi des problèmes vécus dans ce domaine ailleurs au Canada, nous devons nous demander ce que nous pouvons faire différemment pour assurer une mise en œuvre rapide et efficace des nouvelles technologies dans notre système de santé au Québec.

Dans un monde où les attentes et les capacités de personnalisation des services sont toujours plus grandes, la nature personnelle des services de santé est un autre élément qui s'oppose à une trop grande centralisation du système. La valeur du service prend forme dans les transactions personnelles, entre le médecin et son patient, des situations où les gens sont souvent vulnérables. À l'heure où les besoins du Québec en matière de santé vont des soins ponctuels prodigués à l'hôpital aux maladies chroniques gérées au sein de la collectivité, le système doit changer radicalement. Pour ce faire, il ne suffit plus de payer toujours plus pour ajouter de nouveaux éléments, comme cela s'est fait par le passé. Ce type de changement motivé par les besoins du patient exige un système qui favorise l'innovation et le leadership, un système conçu avec suffisamment de décentralisation pour qu'il puisse réagir et s'adapter aux situations complexes. Les organisations de ce type de système n'attendent pas que le prochain plan quinquennal leur soit dicté à partir d'en haut.

Que cela nous plaise ou non, les soins de santé sont un enjeu extrêmement politisé aussi bien que personnel. Les dépenses en santé et en services sociaux représentent en effet plus de 46 % des dépenses de programmes du Québec. Compte tenu de cette donnée, l'importance politique que revêt la santé n'étonne pas et risque de ne pas se dissiper de sitôt. Le défi consiste à donner forme aux politiques qui mobiliseront les forces favorables à la transformation. C'est en effet lorsque les politiciens et les fonctionnaires sont appelés à gérer le fonctionnement au jour le jour que l'approche descendante réduit sérieusement l'efficacité du système. Les stratégies quinquennales, où il n'est jamais question de coûts ni de priorités, produites par des comités composés de membres de tous les horizons... est-ce vraiment ce qu'il nous faut pour faire des choix difficiles en temps réel? Ces stratégies offriront-elles la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins individuels et locaux?

Les soins de santé représentent également un enjeu commercial très important aux implications économiques majeures. Dans son rapport de 2011 intitulé *Going for Growth*, l'OCDE a inclus un chapitre thématique spécial sur les soins de santé, non seulement en raison de leur incidence sur la santé de la population, mais aussi en raison de l'impact fiscal des dépenses en soins de santé. Dans leur analyse, les auteurs ont cerné l'ampleur des gains d'efficacité requis à tous les niveaux et estimé que si le Canada devenait aussi efficace que les pays les plus performants, il pourrait économiser environ 2,4 % de son PIB en 2017 sans que la qualité n'en soit affectée (OCDE, 2011, chapitre 6). Selon le groupe consultatif indépendant (dont j'ai fait partie) qui a récemment présenté son rapport à l'Association médicale canadienne (AMC), cela s'élèverait à une réduction variant du cinquième au quart des dépenses publiques consacrées aux soins de santé au Canada (AMC, 2011, p. 13). Nous ne pouvons pas continuer de nous passer de ce niveau d'efficacité pour un tel coût.

Il est sans doute possible de souligner les nombreux changements réalisés au Québec grâce à l'approche descendante : la restructuration des institutions et les groupes de médecine familiale ne sont que deux exemples parmi les plus récents. De trop nombreux membres de conseils d'administration, gestionnaires et membres du personnel, expriment toutefois leur frustration devant leur incapacité à faire avancer les choses. Ces gens se sentent impuissants et estiment que toutes les décisions sont prises par le Ministère. Ils ont l'impression d'attendre les décisions plutôt que de chercher

des solutions. Et à mesure que l'argent se fait rare, la tentation irrésistible consiste à croire que le contrôle centralisé est le seul moyen d'interrompre la hausse des coûts. Malheureusement, c'est le contraire qui est vrai. Les efforts de restriction imposés par les dirigeants, comme les récentes réductions des déplacements et de la formation, ou plus encore, les coupes dans le personnel clinique et administratif, des décisions qui touchent le détail du fonctionnement quotidien, ont un effet dissuasif sur la gestion responsable. Il s'établit ainsi un antagonisme où le centre confirme ses soupçons et reste persuadé qu'il est le seul digne de confiance et que les paliers de gouvernance locaux servent uniquement de tribunes aux intérêts particuliers et aux défenseurs de l'institution. Au fil du temps, la prophétie crée les conditions de sa propre réalisation.

Refus du modèle « Santé-Québec »

L'une des idées qui circulent quand il est question de gouvernance est celle de convertir le réseau de la santé et des services sociaux en une société d'État unifiée, dirigée par un président-directeur général nommé de façon indépendante qui répondrait directement au Parlement, sur le modèle d'Hydro-Québec ou de la SAQ. Selon l'argument avancé, une telle structure permettrait à ses dirigeants de mieux gérer le système, conférerait à l'ensemble l'importance et les capacités nécessaires, et réduirait l'influence divergente des groupes d'intérêts locaux.

À certains égards, l'idée est séduisante. Il existe en effet des tensions entre la politique et la gestion. Les décisions stratégiques que requièrent les soins de santé sont parfois impopulaires : chacun sait à quel point il est difficile de reconfigurer les services ou d'essayer de changer des convictions profondément ancrées en s'appuyant seulement sur des arguments rationnels. De plus, les changements majeurs ne sont pas toujours compatibles avec les aspirations électorales de politiciens qui vont aux urnes aux quatre ans. Bien que la plupart des sociétés d'État québécoises aient eu leur moment de gloire, elles sont généralement gérées sans réelles micro-interventions des politiciens ou loin de l'attention des médias.

Le modèle « société d'État » semble non seulement régler l'important « problème politique », mais également contenir l'antidote à la politique des groupes de pression locaux. Les services de santé ont peut-être besoin d'une

« déconcentration » ou d'une « décentralisation » pour répondre aux besoins de la collectivité, mais il ne faut pas pour autant que la prise de décisions soit dévolue à plusieurs paliers de direction locale et institutionnelle. Dirigée par des gestionnaires et des cliniciens professionnels, et sans l'opposition de certains éléments de son propre conseil de gouvernance, une telle société d'État pourrait reconfigurer les services et affecter les ressources plus rationnellement et avec plus d'efficacité. Du moins est-ce le raisonnement qui a cours.

C'est d'ailleurs ce type de raisonnement qui a convaincu l'Alberta de fusionner ses cinq régions en un seul super conseil de santé en 2008. Le Nouveau-Brunswick a procédé de la même façon en regroupant huit régions en deux régies régionales de la santé. Quelques années plus tard, on ne peut affirmer que l'une ou l'autre de ces autorités a réussi à dépolitiser les soins de santé. Les structures unifiées, qui offrent moins de liberté décisionnelle aux paliers inférieurs, ont au contraire démontré jusqu'à présent qu'elles supportaient moins bien la pression, qu'elle provienne des politiciens qui les dominent ou de la population et des patients qui en dépendent. La confusion y règne encore plus qu'avant. En mai 2011, le super conseil de la santé de l'Alberta a décidé qu'il lui fallait accorder plus de souplesse aux régions pour qu'elles puissent traiter les problèmes qui leur sont propres et a redonné des pouvoirs aux dirigeants de cinq régies régionales. La suite des choses reste nébuleuse.

La contractualisation stratégique

Si une société d'État responsable des soins de santé et libérée de toute contingence politique n'est pas la solution, par quoi peut-on remplacer une hiérarchie centralisée ? Je pense qu'il est temps d'introduire la « contractualisation stratégique » au sein d'un système de santé québécois plus décentralisé. Plutôt que de perdre le contrôle sur la qualité et les coûts ou de tout laisser entre les mains de systèmes basés sur le marché sources de dissensions, opter pour la contractualisation stratégique offre la possibilité de transférer un plus grand nombre de responsabilités au sein d'un système de reddition de comptes axé sur les résultats.

Dans les années 1980, lorsque le Royaume-Uni a décidé de proposer une relation « acheteur » et « fournisseur » dans l'ensemble de son réseau de soins de santé et de services sociaux, j'étais plutôt sceptique. Avec le

temps cependant, j'ai été convaincue de la valeur de ces changements, tant pour l'utilisateur des services que pour le personnel. Selon ce type d'arrangement, les acheteurs sont responsables de l'évaluation des besoins en soins de santé d'une population locale désignée et achètent les soins en leur nom en s'adressant à des fournisseurs publics, sans but lucratif et privés. Au sein de telles structures, le budget du Service national de la santé (National Health Service, ou NHS), s'élevant à plusieurs milliards de livres, a été affecté à chaque localité en fonction des besoins, et a servi à financer les ententes qui traduisent en services les évaluations et les plans locaux. Les fournisseurs sont quant à eux des hôpitaux, des centres de soins de longue durée, des centres de réadaptation et des agences qui planifient, exécutent et parfois rationnent les services. Non seulement les deux fonctions que sont la contractualisation et la prestation sont-elles séparées, mais elles sont aussi entre les mains de *trusts* indépendants du gouvernement. Les « *Primary Care Trusts* » gèrent la demande en services de santé à l'aide de la contractualisation stratégique. Du côté de l'offre de services de santé, il existe des *trusts* pour les services de santé mentale et pour les hôpitaux. La plupart des hôpitaux deviennent des « *NHS Foundation Trusts* », qui sont des organismes publics sans but lucratif. Ils font partie du NHS et fournissent plus de la moitié de l'ensemble des services hospitaliers, de santé mentale et ambulanciers pour le NHS. Ils ont été créés pour décentraliser les décisions du gouvernement central vers les organisations locales et les communautés⁷. Au sein du NHS, les relations fondamentales se déroulent entre les acheteurs et les fournisseurs ; le gouvernement pour sa part agit à titre d'organe de réglementation et d'intendance.

La mise sur pied d'un système de contractualisation stratégique en soins de santé aurait un effet de levier sur le système québécois et lui ferait franchir l'étape nécessaire pour le rendre plus soutenable malgré les contraintes budgétaires, et malgré la complexité des changements technologiques et démographiques. La contractualisation stratégique consisterait à déléguer les ressources à des organismes locaux, tels que les centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans les villes et les agences de santé en région, les rendant à la fois plus indépendants et responsables de leurs résultats. De cette façon, il y aurait une plus grande imputabilité en aval envers la population et en amont de la part des acheteurs et des fournisseurs envers les intendants du système de santé (les représentants élus du gouvernement). La répartition démographique et le caractère rural des régions du Québec seraient pris en considération au moment de décider du

nombre adéquat d'agences de contractualisation, et on pourrait même prévoir la possibilité de mettre à l'essai des approches distinctes à différents niveaux.

Ces CSSS et agences aux pouvoirs accrus auraient la responsabilité d'évaluer les besoins en soins de santé de leur population. Bien qu'elle soit maintenant reconnue comme d'égale importance, cette fonction n'est pas directement liée aux décisions de contractualisation ou d'obtention de ressources, du moins pour ce qui est de déterminer la portée, le volume et le coût des services qui sont offerts dans les faits. Plutôt que de se situer au bas de la chaîne de commandement et de se retrouver à constamment éteindre des feux dans les établissements de leur région, les acheteurs des CSSS auraient la liberté requise pour mieux remplir leur mandat auprès de la population. Étant donné que la majorité des ressources en soins de santé seraient affectées à l'échelle locale, les services seraient motivés par les besoins locaux, beaucoup plus en lien avec les patients et les soins primaires.

Plutôt que de tenter de maîtriser le coût des intrants par le recours à des budgets généraux, les CSSS et agences investiraient leurs ressources afin d'obtenir les services essentiels à forfait en s'approvisionnant auprès des fournisseurs qui offrent la plus grande qualité et en bénéficiant des économies d'échelle que font réaliser les décisions de contractualisation judicieuses. La disparition de transactions inefficaces favoriserait le renouvellement prioritaire des ressources et stimulerait le système de soins primaires et de soins à la communauté, qui en ont bien besoin. L'évaluation des technologies en santé procurerait les preuves requises pour conclure des ententes éclairées en matière de soins pour des maladies et des clientèles particulières. Les interventions hautement spécialisées et coûteuses feraient l'objet d'une contractualisation pour tout le Québec étant donné que la demande ne justifie pas l'offre dans toutes les régions. Parallèlement à la contractualisation, des systèmes de paiement plus axés sur le patient seraient nécessaires. Il faudrait également assurer une gestion active de la qualité et des coûts⁸.

Un gouvernement qui exerce une intendance active

Avec l'adoption de la contractualisation stratégique, le rôle d'intendance du gouvernement prendrait une nouvelle importance. Ce rôle consiste entre autres à formuler la politique stratégique, à recueillir et à distribuer dans tout le système l'information sur la qualité et la performance, à concevoir un système de réglementation judicieux, et à veiller à ce que l'on rende compte des résultats. Il faut analyser les compromis avant de décider si ce rôle d'intendance doit être exercé à l'échelle locale, régionale ou centrale. Plus l'intendance s'exerce à l'échelle locale, plus le réseau sera à l'écoute des besoins locaux, mais moins l'accès sera équitable et moins il y aura d'économies d'échelle. Étant donné la démographie du Québec, il peut s'avérer pertinent de confier les fonctions d'intendance au ministère et d'envisager des ajustements pour les centres urbains et les régions éloignées.

Un cadre de réglementation efficace remplacerait les relations de gestion hiérarchiques par des contrats, la possibilité de choisir parmi un éventail de fournisseurs publics et privés, et un cadre de travail national pour l'excellence des normes cliniques et de gouvernance. La complexité du système requiert tout un système de réglementation, et non un seul règlement. L'imputabilité des acheteurs devrait inclure la participation des citoyens et, étant donné le rôle de la contractualisation, cette participation porterait sur les priorités locales, les services à privilégier et la qualité. Il y a là un changement de paradigme par rapport à ce qui a longtemps été considéré comme une remise en question des décisions des gestionnaires par la population locale ou la défense des intérêts particuliers auprès des instances supérieures. La performance des acheteurs serait contrôlée par l'entremise de budgets fixes, de normes de service et d'objectifs à atteindre. Au Royaume-Uni, des organismes de réglementation indépendants tels que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et Monitor fixent les normes. Dans le cas de Monitor, des seuils de rendement sont établis, et ces seuils doivent être atteints avant qu'un trust hospitalier puisse obtenir la liberté d'action associée au statut de *Foundation Trust*, c'est-à-dire un hôpital indépendant ayant le statut d'un organisme sans but lucratif. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pourraient être transformés de façon à s'acquitter de mandats similaires et indépendants comme le font le NICE et Monitor au Royaume-Uni.

Employée de cette façon, la réglementation exerce une influence favorable à l'amélioration et cesse d'être un régime de conformité qui ne servirait qu'à gérer le risque.

La relation contractuelle entre les acheteurs et les fournisseurs requiert une autre catégorie de politiques : elle devra comprendre des incitatifs, garantir la prestation des services et optimiser les ressources. Parmi les fournisseurs, ceux qui font preuve d'excellence en matière de gouvernance, de gestion, de certification et d'accréditation gagneraient en autonomie. Les systèmes de paiement viendraient raffermir l'imputabilité ; il a même été démontré que les systèmes de paiement peuvent servir à accroître la qualité et à amener les fournisseurs à mieux comprendre et à mieux gérer leurs coûts.

Sur le plan de la réglementation, un « régime de défaillance » est un important élément du système de contractualisation stratégique. En théorie, les services que l'on considère désuets, de piètre qualité ou inefficaces devraient soit s'améliorer, soit être remplacés par des services en mesure de respecter les normes et les tarifs de l'acheteur. Quand l'ensemble d'un établissement est « défaillant », il devrait faire l'objet d'une intervention telle que la mise sous tutelle ; dans certains cas, il se pourrait même que sa fermeture soit de mise. Il existe des preuves selon lesquelles les services s'améliorent et, selon le cas, sont reconfigurés en réponse aux stratégies de contractualisation. Bien que la fermeture soit la conséquence logique de l'échec d'un établissement à fournir les services requis – la « deuxième main invisible » à laquelle on peut s'attendre dans un marché quasi interne –, de telles décisions continuent de représenter un défi pour la plupart des systèmes publics (LeGrand, 2007).

Un bref coup d'œil au rôle d'intendance nécessaire pour que la contractualisation stratégique et pluraliste soit efficace dévoile le contraste entre les compétences et les attitudes requises de la part des administrateurs centraux. Une réflexion sur les cinq années d'existence des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario nous donnera peut-être un aperçu de l'ampleur des changements requis pour réaliser la transformation envisagée. Une étude récente conclut en effet que ces organismes de contractualisation, qui ont pourtant un très grand pouvoir potentiel, puisqu'ils disposent d'un financement de plus de 20 milliards de dollars et du pouvoir de donner des ordres d'intégration, « sont largement revenus aux exercices de planification classiques, sont ralentis par les direc-

tives du Ministère et agissent dans une large part comme leurs prédécesseurs qu'étaient les conseils régionaux de santé » (Ronson, 2011). Selon Ronson, l'une des nombreuses erreurs commises lors de la création des RLSS a été de laisser en place une importante bureaucratie ministérielle. Coordonner les centaines d'organismes de santé distincts et régis séparément fait également partie des défis que les RLSS ont à relever. Voilà au moins un problème auquel le système québécois, plus intégré, ne sera pas confronté⁹.

Le choix du patient

Avec la contractualisation stratégique, les patients auraient un plus grand choix de fournisseurs, puisque le système reposerait sur des mécanismes de sortie et un paiement qui suit le patient. Il faut convenir que la notion de choix est un concept qui va à l'encontre de la prédilection du Québec pour les fusions institutionnelles, les fournisseurs uniques et les hiérarchies de service verticalement intégrées. Néanmoins, nous devrions nous intéresser aux preuves qui démontrent que la concurrence et le choix ne sont pas seulement à la faveur du patient, mais qu'ils sont aussi propices à l'amélioration de son bien-être (Zigante, 2011).

En rendant le temps d'attente et les indices de qualité accessibles aux omnipraticiens et aux patients et en leur donnant le choix de l'endroit où les services sont rendus, le Service national de santé du Royaume-Uni (NHS) a également réussi à réduire le temps d'attente. Plus les gens jouent un rôle actif dans leur santé, plus se fait forte leur envie d'être mieux informés, d'aider les cliniciens à mieux comprendre leurs besoins et de prendre des décisions plus éclairées. Le site Web convivial *Choose and Book* du NHS¹⁰ suggère des façons de faire participer les patients et le public en leur présentant de l'information et des choix qui comptent. Cela semble préférable à une politique « d'équité dans la pénurie » où des offres de services uniformes sont réparties équitablement parmi la population, qui n'a plus qu'à attendre son tour.

Conclusion

De quoi avons-nous besoin pour passer à la décentralisation de la contractualisation stratégique ? Les pressions pour que rien ne change sont évidentes. Nombreux sont ceux qui argueront que les soins de santé et les services sociaux du Québec ont déjà eu plus que leur lot de restructurations au fil des ans, et qu'il reste encore beaucoup à faire pour que se manifestent les bénéfices des réformes de 2003. Le projet de loi 127 vient à peine d'être adopté qu'il faudra reconstituer les conseils d'administration en procédant à des élections, à des nominations et à des cooptations. Cette tâche exigera des efforts, tout comme les récentes promesses de réduction du temps d'attente à 12 heures, d'expansion du réseau des groupes de médecine familiale et d'amélioration radicale des services à Montréal. Et, là encore, l'attention médiatique détournera l'énergie des politiciens et des gestionnaires : des incidents tragiques dans les établissements de soins de longue durée, des infections nosocomiales, toutes choses importantes par ailleurs. Alors que les esprits se tourneront vers les élections imminentes, chacun sera plus intéressé par les solutions électoralistes à court terme que par des plans grandioses de réforme des soins de santé. Voilà autant de raisons qui expliquent l'immobilisme.

Par contre, nous sommes de plus en plus nombreux à reconnaître la nécessité d'une profonde transformation qui permettrait au Canada de maintenir le système de santé qui lui tient tant à cœur. Nos dirigeants sont appelés à relever le défi des soins de santé au Québec comme ils ont indiqué qu'ils le feraient dans le discours du budget de 2010. À la différence de l'initiative de 2010 toutefois, la plupart des commentateurs conviennent que le principal problème n'est pas d'ordre financier, ni même un problème de sources de financement. Le Canada fait partie des pays de l'OCDE qui affichent les dépenses les plus élevées dans le domaine de la santé. Il ne s'agit donc pas de dépenser plus, mais d'obtenir un meilleur rendement des sommes investies. Le problème s'explique par des hiérarchies à l'ancienne et des mécanismes de planification dirigistes qui ne donneront tout simplement pas les résultats escomptés. Il nous faut plutôt un système qui favorise le changement de la base vers le haut, de même que du haut vers la base, où les responsabilités seront avant tout axées sur le patient et les systèmes de paiement dans un cadre réglementaire national.

Les solutions proposées ici peuvent s'inspirer de ce que le Québec réussit déjà : son système holistique de régions, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les réseaux de services locaux, les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), l'intégration des services de santé et des services sociaux, la détermination à maintenir l'accessibilité universelle aux services au point d'utilisation. Selon moi, la contractualisation stratégique a un avenir prometteur, un avenir où les CSSS auraient la responsabilité d'acheter les services de santé (et les ressources) en fonction des besoins de la population locale, où les fournisseurs de services (hôpitaux, CHSLD, GMF, CRI, etc.) auraient la liberté de gérer le volume et la qualité des services requis par les acheteurs, où le gouvernement, à l'échelle régionale et centrale, jouerait un important rôle d'intendance et concevrait un système de réglementation qui transformerait de façon positive les aspects primordiaux que sont l'attribution des contrats, le paiement, la performance, la qualité et la configuration des établissements, de façon que toutes les règles du jeu soient respectées.

Le plus grand investissement qui soit en soins de santé est celui que l'on fait dans l'être humain : tous les intervenants de la santé, qu'ils soient patients, membres du public, membres du personnel, gestionnaires ou membres de conseils d'administration, doivent participer à fond, donner le meilleur d'eux-mêmes, et, oserons-nous dire, disposer du pouvoir de personnaliser les services en fonction des patients, de s'attaquer aux problèmes, d'innover et de jouir du potentiel des nouvelles technologies. C'est ce que nous réserve l'avenir.



Notes

1. Gouvernement du Québec (2011, chapitre 15).
2. « En règle générale, le concept de la gouvernance renvoie aux processus par lesquels les organisations sont dirigées et contrôlées ainsi qu'à ceux qui permettent de rendre des comptes. Basée sur les principes de transparence, d'intégrité et d'imputabilité, la gouvernance porte sur les structures et les processus relatifs à la prise de décision, à la responsabilisation, au contrôle et au comportement au sommet des organisations. » (Vérificateur général du Québec, 2008, p. A-45).
3. Au Québec, les conseils d'administration semblent avoir moins de pouvoirs et de responsabilités qu'ailleurs au Canada; voir Ninenger (2011).

4. Pour une description concise des réformes de 2003 aux soins de santé au Québec, consulter Levine (2005).
5. Pour savoir pourquoi les gouvernements doivent changer pour s'adapter à la complexité, consulter Chapman (2004).
6. Dans une étude réalisée en 2009, le Canada est arrivé au dernier rang parmi 11 pays en termes de pourcentage de médecins qui faisaient appel aux dossiers électroniques dans le cadre de leur pratique, avec 37 % (The Commonwealth Fund, 2009).
7. Pour plus d'information à propos du modèle organisationnel et du cadre réglementaire des *Foundation Trusts* au Royaume-Uni, consulter le site de Monitor à : <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/home/about-nhs-foundation-trusts/what-are-nhs-foundation-trusts>
8. Pour un regard plus approfondi sur la contractualisation stratégique et ses liens avec l'équité, consulter Busse, Figueras, Robinson et Jakubowski (2007).
9. Notre système fournit une couverture universelle par l'entremise de ses structures régionales et des CSSS. Chaque région comprend un réseau de santé et de services sociaux et, du moins en théorie, un continuum de services depuis le communautaire (CLSC) jusqu'aux soins hospitaliers aigus spécialisés ainsi qu'aux soins d'hébergement et de longue durée (réhabilitation, soins intermédiaires et à long terme). Le système ontarien est quant à lui fragmenté, avec de nombreux services locaux disparates et une couverture inégale d'un endroit à l'autre dans le territoire.
10. <http://www.chooseandbook.nhs.uk/>

Références

- Association médicale canadienne (AMC) (2011). *Rapport présenté à l'Association médicale canadienne par le Groupe consultatif sur les options de ressourcement pour des soins de santé viables au Canada*. Récupéré le 6 octobre 2011 de : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Annual_Meeting/2011/AdvisoryPanelReport_fr.pdf
- Busse, R., Figueras, J., Robinson, R. et Jakubowski, E. (2007). Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends. *Healthcare Policy*, 8(sp), 62-76. Récupéré de : <http://www.longwoods.com/publications/healthcarepapers/508>
- Chapman, J. (2004). *Systems Failure: Why Governments Need to Learn to Think* (2^e éd.). Londres, Royaume-Uni : Demos publications. Récupéré le 15 mai 2011 du site de l'éditeur : <http://www.demos.co.uk/publications/systemfailure2>
- Gouvernement du Québec (2011). *Projet de loi n° 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*. Assemblée nationale, deuxième session de la 39^e législature. Québec, Canada : Éditeur officiel du Québec.
- LeGrand, J. (2007). *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Levine, D. (2005). A Healthcare Revolution: Quebec's New Model of Healthcare. *Healthcare Quarterly*, 4(4), 38-48. Récupéré de : <http://www.longwoods.com/publications/healthcare-quarterly/400>
- Ninenger, J. (2011). *Becoming a High Performance Board*. Récupéré du site de Community for Excellence in Healthcare Governance : <http://myhealthboard.ca/exclusive-content/becoming-a-high-performance-board/>
- OCDE (2011). *A New Look at OECD Health Care Systems: Typology, Efficiency and Policies*.

Chapter 6 in *Economic Policy Reforms 2011: Going for Growth*. Paris, France. Récupéré le 15 mai 2011 de : http://www.oecd.org/document/39/0,3746,en_2649_37443_46491431_1_1_1_37443,00.html

Philipson, D. J. et Braithwaite, J. (2008). Health System Organisation and Governance in Canada and Australia: A Comparison of Historical Developments, Recent Policy Changes and Future Implications. *Healthcare Policy*, 4(1), e168-e186. Récupéré de : <http://www.longwoods.com/content/19991>

Ronson, J. (2011). *LHINS – Local Health Integration Networks at Five Years – What Now?* Récupéré le 30 juin 2011 du site de Longwoods.com : <http://www.longwoods.com/content/22432>

The Commonwealth Fund (2009). *The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries*. Présentation récupérée le 14 août 2011 de : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2009/Nov/PPT_Schoen_2009_Commonwealth_Fund_11country_intl_survey_char_tpack_white_bkgd_PF.ppt

Vérificateur général du Québec (2007). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2008-2009* (tome I, faits saillants). Récupéré de : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2007-2008-T1/fr_Rapport2007-2008-T1-Faits-saillants.pdf

Vérificateur général du Québec (2008). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2008-2009* (tome I). Récupéré de : http://www.vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2008-2009-T1/fr_Rapport2008-2009-T1.pdf

Vérificateur général du Québec. (2011). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011* (tome II, Faits saillants). Récupéré de : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-T2/fr_Rapport2010-2011-T2-Faits-saillants.pdf

Zigante, V. (2011). Assessing the Welfare Effects of the European Choice Agenda: The Case of Health Care in the United Kingdom. *London School of Economics Europe in Question Discussion Papers*, 2011(35). Récupéré le 8 août 2011 de : <http://www2.lse.ac.uk/europeanInstitute/LEQS/LEQSPaper35.pdf>