

**L'Urgence d'agir
pour sauvegarder notre système de santé**

**Mémoire déposé à la Commission sur le financement et l'organisation
des services de santé et des services sociaux**

Le 26 octobre 2000



Table des matières

Table des matières	2
Sommaire	3
En guise d'introduction	6
Y- a-t-il urgence d'agir ?	8
Une autre réforme ?	8
Quel virage maintenant ?	8
Avons-nous besoin de plus de ressources ?	9
Doit-on simplifier les structures ?	10
Doit-on mieux évaluer pour mieux gérer ?	10
Quels sont les impacts réels de nos choix ?	11
Se doter d'indicateurs fiables : une priorité ?	11
Mal utiliser un bon indicateur	12
Quels sont les objectifs prioritaires ?	13
Protéger l'accessibilité	13
Favoriser la coordination des soins	13
Où trouver l'information requise ?	14
Mieux respecter le rôle du médecin traitant	15
Favoriser les spécialités de base	16
Redonner du sens aux professions de la santé	17
Regrouper les médecins et les autres professionnels	18
Clarifier les devoirs et les obligations professionnels	19
Choisir quelle place donner au « privé »	22
Comment pouvons-nous améliorer l'organisation ?	22
Passer d'une gestion budgétaire à une gestion globale	22
Papier, comité ou gestion réelle ?	23
Renverser une certaine « culture de la non-performance »	24
Mettre les bonnes ressources à la bonne place	25
Favoriser une planification nationale des soins spécialisés	26
Optimiser l'utilisation des ressources techniques	27
Concentrer les expertises	29
Améliorer l'utilisation des ressources humaines	29
Mesurer l'impact des listes d'attente	30
Simplifier, dynamiser pour mieux avancer	32
Un modèle : la capitation territoriale	34
Un territoire, un budget total	34
Des services spécialisés compétitifs	35

Sommaire

Nous en sommes là : l'urgence d'agir est palpable et il nous faut relever le défi. Le processus de réflexion entamé est fondamental, mais ce qui importe avant tout, ce sont les actions qui seront entreprises par le gouvernement au terme de cette réflexion et les résultats concrets qui en découleront. Dans cet esprit, il est évident que nous devons déjà porter toute notre attention aux mesures d'implantation et aux politiques que pourront inspirer les travaux de la commission.

L'Association des médecins d'urgence du Québec considère que la réforme nécessaire pour sauvegarder notre système de santé doit impliquer les éléments suivants :

Un modèle d'organisation et de financement territorial :

- Une capitation territoriale sous autorité unique, qui nous semble répondre correctement aux préoccupations actuelles, où chaque territoire est responsable de mettre en place les soins de première et de seconde ligne, et de rendre disponible pour sa population des services spécialisés et surspécialisés de qualité.

Le développement d'une réelle culture de l'évaluation, comportant :

- Une évaluation réelle des réformes antérieures.
- Le développement systématique de l'évaluation, basée sur le développement d'indicateurs fiables et sur l'exploitation efficace de systèmes d'information, appliqué à tous les maillons du réseau, du médecin de première ligne jusqu'au Ministère.
- Une étude approfondie des coûts réels induits par les listes d'attente et, le cas échéant, des mesures de correction majeures à cet égard.

Une nouvelle approche des liens entre les professionnels de la santé et le réseau :

- Un travail de fond sur l'organisation de la première ligne.
- Des ententes contractuelles entre les médecins et les établissements où ils œuvrent, pouvant comprendre la rémunération par l'établissement, et clarifiant les devoirs et les obligations de chaque partie de même que des définitions de tâches.
- Des ententes contractuelles similaires entre l'autorité territoriale et les cliniques privées.

- Un rôle central donné au médecin de famille dans la coordination des soins, notamment pour assumer l'ensemble des soins de première ligne.
- Un financement de la pratique qui prend compte d'un principe de fidélisation.
- La mise en place de mesures favorisant largement les pratiques de groupe et la formation d'équipes multidisciplinaires et mettant l'accent sur le développement de programmes intégrés de soins.
- Le développement accéléré de modes de rémunération alternatifs.
- Une clarification des rôles des spécialistes, en mettant l'accent sur la seconde ligne et les soins spécialisés et non sur la première ligne.
- Le développement et la valorisation des spécialités médicales de base qui devraient se retrouver dans tous les établissements où ils sont requis.
- Le développement d'outils fiables de partage de l'information clinique.
- Un réinvestissement majeur dans la formation continue des professionnels, notamment les infirmières.

Une transformation des méthodes de financement :

- Financer tous les établissements en fonction des volumes et des résultats.
- Abolir le remboursement périodique des déficits des établissements.
- Réinvestir de façon ciblée les ressources en favorisant les stratégies les plus efficaces pour atteindre des objectifs clairs et mesurables.
- Une planification nationale des activités médicales spécialisées (au-delà des spécialités de base) et surspécialisées.
- Introduire par la capitation territoriale un principe de compétitivité pour les activités médicales spécialisées et surspécialisées.
- Ouvrir la porte à un financement privé des activités médicales à basse valeur technologique, comme les soins à domicile.

Une amélioration de la gestion des établissements visant à :

- Moderniser radicalement les pratiques de gestion dans les hôpitaux et mieux soutenir les professionnels en place.
- Permettre aux établissements d'augmenter le support clérical et en personnel non clinique de manière à concentrer les tâches des infirmières, des médecins et des autres professionnels dans leur expertise propre.
- Favoriser l'implantation de réels processus d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.
- Optimiser l'utilisation des ressources techniques des établissements en élargissant les heures d'ouverture.

En guise d'introduction

L'Associations des médecins d'urgence du Québec remercie les membres de la Commission et son président, monsieur Michel Clair, pour l'avoir invitée à présenter son mémoire à l'occasion des travaux portant sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Dans ce document, nous ne voulons pas nous limiter aux problèmes d'organisation des urgences. Ceci a été le sujet de nombreuses consultations gouvernementales préalables. Nous désirons plutôt vous donner notre position sur l'organisation générale du réseau, pour laquelle la plate-forme de l'urgence nous fournit un point d'observation privilégié. Nous demandons que la commission en tienne compte durant ses délibérations.

Nous croyons ce point de vue important, surtout à cause de la position particulière des urgences et des professionnels de l'urgence au sein de ce réseau. Nous travaillons à la frontière entre l'hôpital et la communauté, sommes aptes à comprendre les enjeux liés à la première ligne et habitons le jour, le soir et la nuit un hôpital dont nous pouvons saisir d'autant mieux les problèmes qu'ils influencent directement les soins que nos patients vont recevoir.

Nous connaissons bien la problématique des urgences. Cependant, nous ne sommes pas des experts dans l'organisation globale du réseau. Qui d'ailleurs peut prétendre l'être ? Nous espérons alimenter votre réflexion plutôt que de tenter de démontrer des certitudes que nous n'avons pas. Nous traiterons surtout des hôpitaux, parce que nous les connaissons mieux. Ceci ne veut pas dire que nous ne considérons pas aussi importants les autres maillons du système ; nous préférons simplement parler de ce qui nous est proche.

L'urgence représente souvent la seule ressource facilement accessible pour les plus démunis, les marginaux, les itinérants ou même tout un chacun lorsqu'il s'agit d'obtenir des soins en dehors de ce qu'on appelle sans ironie les « heures ouvrables ». Nous croyons donc pouvoir parler légitimement au nom de tous ces patients qui, au cœur souvent des pires crises qu'ils connaîtront, douleur, mort et angoisse, savent qu'ils pourront compter sur nos équipes pour trouver une réponse, même partielle, à leurs besoins, et recevoir les soins requis, ou même, parfois, y sauver leur vie.

L'urgence est un des lieux où se réalisent les notions d'universalité du réseau. Elle est un élément essentiel de ce rêve qui, pour plusieurs, est utopique. Non seulement est-elle le filet de sécurité indispensable, mais le reflet de la prise de responsabilité de l'État et de la communauté face aux démunis.

Lorsqu'on travaille ainsi jour après jour si près de la souffrance humaine, on peut être amené à relativiser certains problèmes qui, pour d'autres, peuvent paraître plus difficiles, mais on est à même également de comprendre que ce qui ne trouve pas de

réponse dans le réseau de la santé, ce qui mine la continuité des soins, ce qui empêche la coordination, ce qui brime l'accès aisé à des soins de qualité, que tout ceci n'est pas une vue de l'esprit ou un paramètre de gestion, mais représente une menace à l'intégrité d'une personne humaine, menace contre laquelle chaque partie de notre système de soins devrait lutter sans relâche.

Les forces qui agissent au sein de ce système tendent naturellement à morceler les soins, à favoriser la non-performance, à scinder les expertises et les professions, à rendre difficile un choix éclairé, à retarder les soins et à brimer l'accès.

Les solutions sont nécessairement multiples. Si, comme on le dit souvent, 200 mesures doivent être appliquées dans un hôpital pour décongestionner l'urgence, imaginons un peu combien il en faut pour résoudre les problèmes qui affectent l'ensemble du réseau...

Notre système de santé est malade : tout le monde l'a dit et plusieurs rapports en font état. C'est maintenant qu'il faut agir et avec encore plus de vigueur que par le passé. L'époque est à l'urgence d'agir. C'est ce que nous allons essayer ici de qualifier au meilleur de notre connaissance, en vous soumettant des pistes de solutions légitimes.

Y- a-t-il urgence d'agir ?

Une autre réforme ?

La question pourrait faire sourire les cyniques, puisque nous allons de réforme en réforme et de commission en commission depuis longtemps. Loin de nous l'idée de croire que ces périodes de réflexion et d'action ne sont pas nécessaires.

Quand les problèmes sont d'une si grande complexité, quand les forces en présence sont multiples et que les acteurs vivent, comme partout, les tiraillements de ces choix difficiles entre les besoins du plus grand nombre et ceux de chaque patient, quand il est si difficile même de se faire une idée claire de la réalité complexe de ce « système », on ne peut faire l'économie des réflexions qui permettent tout à la fois de clarifier notre vision des choses et de dégager de nouvelles approches.

Quel virage maintenant ?

Quelle réforme ? Quel virage ? C'est à notre avis mal poser la question. La réforme du virage ambulatoire a bien eu lieu, tout le monde le constate, et c'était une réforme nécessaire. Mais on constate aussi généralement que les effets escomptés n'ont pas été à la mesure des attentes. Comme l'affirmait monsieur David Levine¹, c'est sans doute en partie parce qu'au moment d'effectuer ce virage majeur dans les modes de prestation des soins, on a peut-être négligé le principe qui dicte que pour réussir des transformations de cet ordre, il faut investir massivement durant la transition.

Or, pour les raisons historiques que l'on sait, des choix budgétaires ont abouti à la conjonction d'un processus de réorganisation majeur et d'une diminution significative des ressources allouées. Le résultat est connu : le virage a bien eu lieu, mais au sortir de la courbe, on en est à se demander si les garde-fous tiendront bon, si les tensions infligées au système ne risquent pas de faire voler en éclat sa mécanique fragile, si les patients n'ont pas payé et ne paieront pas le prix de ce passage en trombe d'une dispensation « traditionnelle » des soins à ces soins qu'on dit maintenant « ambulatoires », c'est-à-dire précisément « qui peut s'accompagner de déambulation². ». Le patient couché s'est retrouvé debout.

La première question qui vient à l'esprit paraît si évidente qu'on se demande s'il faut vraiment la poser : a-t-on bien évalué ce qui s'est produit dans ce fameux virage ? On s'était alors dotés d'objectifs rationnels : développer la chirurgie d'un jour, l'hospitalisation ambulatoire, les soins à domicile, bref donner des soins d'une façon moderne et dégagée des œillères habituelles, en voulant notamment assurer leur continuité de l'hôpital au CLSC et à la clinique privée.

¹ Les citations de noms qui parsèment ce document sont tirées des audiences tenues par la Commission.

² Petit Robert, édition 1987.

Le système de santé des Québécois n'est pas stagnant, ni en pleine catastrophe. Il est plutôt en continuelle évolution. Des gains y sont réalisés régulièrement, mais le système fait face en même temps à des contraintes et des problèmes qui finissent par nous faire croire que les actions entreprises ne mènent à rien et que les problèmes ne trouvent jamais de solutions définitives. La demande se modifie sans cesse et l'offre de service aussi, avec toutefois un retard caractéristique.

Où en sommes-nous ? Avons-nous besoin d'une autre réforme ? Sitôt après le virage ambulatoire, le réseau peut-il encaisser un autre virage ? Ses professionnels, qui sont humains avant tout, ont-ils les ressources nécessaires pour se plonger dans de nouveaux changements ?

Nous croyons que oui. Nous avons besoin d'une nouvelle réforme, mais elle doit être plus profonde et dirigée cette fois vers les patients, en prenant surtout compte des besoins fondamentaux des organisations qui leur offrent des soins. Il y va probablement de la survie même de notre système de santé tel que nous le connaissons.

Les résultats, quoique probants, ne furent pas à la hauteur des attentes, et l'on s'est dit que les patients en ont souffert. Pourquoi ? Qu'avons-nous fait pour en arriver là ? Avons-nous bien suivi le plan initial ? Ce plan était-il bon ? Manque de ressource, peut-être, mais quels en furent les effets sur le terrain ? Qu'aurions-nous pu mieux faire malgré cette réduction des budgets ? Il n'y a pas de prise de décision rationnelle sans mécanisme efficace d'évaluation des décisions antérieures.

Est-il possible que l'État ait une certaine pudeur à évaluer ses propres choix et ses processus en matière de santé ? Nous pensons pourtant qu'il doit à ses commettants d'avoir le courage de se questionner mieux et plus souvent sur ses propres décisions, et qu'on cesse de considérer une telle remise en question comme autre chose qu'une attitude saine et productive, garante de l'avenir. La prochaine réforme pourrait-elle être aussi celle de la mesure et de l'évaluation ?

Avons-nous besoin de plus de ressources ?

Le réseau manque de ressources, c'est évident et le besoin est criant. Par conséquent, les bases budgétaires doivent être rajustées à la hausse.

En même temps, il nous faut constater, avec tout le monde, que les dysfonctions identifiées au sein du réseau, ce manque de coordination, de complémentarité, ces difficultés d'accès et de continuité, tous ces problèmes sont si graves et si marqués qu'une injection de ressources sans modification préalable ou concomitante des modes de fonctionnement de notre réseau ne peut mener qu'à un gaspillage des ressources. Financer l'inefficacité ne peut conduire qu'à la multiplication de celle-ci.

Il faut investir de manière ciblée, en visant précisément à donner à notre réseau les outils qui lui permettront de mieux gérer les épisodes de soins, d'assurer la continuité, de favoriser les stratégies qui ont le plus d'impact sur les conditions qui affectent la santé de notre population, bref le faire de manière prudente, réfléchi, et chaque fois en mettant en place les outils qui sont nécessaires pour vérifier que les investissements consentis ont un impact réel.

Comme le soulignait monsieur Paul Lamarche, il faut que les mesures financières incitatives soient liées à des objectifs précis de santé ou de services sur un territoire donné, par exemple en vaccination.

Doit-on simplifier les structures ?

Pour les hôpitaux et les autres établissements, il nous semble que la multiplication de conseils d'administration indépendants, sur un même territoire, ne favorise pas la complémentarité et donc l'efficacité dans l'utilisation des ressources, surtout entre établissements de nature complémentaire.

C'est pourquoi nous sommes en faveur d'une simplification des structures régionales de prestation de soins, selon un modèle qui pourrait s'inspirer de l'Alberta, et du regroupement sous une même autorité (réelle et non indirecte comme celle des Régies régionales) des établissements d'un territoire. Ceci répond à la première question posée quant à l'organisation des services. Sans nier la nécessité d'une approche régionale, est-il, d'une part, nécessaire d'avoir 17 régions pour une population à peine plus nombreuse que celle du grand Toronto, et nettement moindre que celle de la ville de New York ? Les coûts de gestion de notre système ne sont pourtant jamais mis en question.

Une approche de fusion forcée des établissements est-elle réaliste dans notre contexte québécois, où l'identification des professionnels aux milieux de pratique paraît très importante et où les corporatismes au sein de chaque établissement sont significatifs ? La prudence est certainement de rigueur, mais sur le fond, avons-nous le choix ?

Doit-on mieux évaluer pour mieux gérer ?

Les ratés du virage ambulatoire mènent naturellement à une interrogation d'ordre plus général : quand et comment évaluons-nous nos actions et nos décisions, comment jugeons-nous les écarts par rapport à l'objectif initial, quels sont précisément les facteurs qui ont fait dévier de sa route telle ou telle réforme qui pourtant reposait sur des principes solides ? Il apparaît que le réseau a de la difficulté à bien s'évaluer. Les indicateurs, en particulier ceux qui traitent le fonctionnement, sont encore trop rares ou mal utilisés, notamment en raison d'un manque de développement des systèmes d'information cliniques.

On connaît bien et on présente souvent les indicateurs généraux décrivant la santé de la population, mais beaucoup moins ceux de la performance opérationnelle des divers dispensateurs de soins, professionnels ou organisations, ou des instances décisionnelles responsables. Comment peut-on penser améliorer le réseau en particulier quand on n'y retrouve presque pas de définitions de tâche pour les médecins et qu'aucune mesure de leur efficacité n'existe ? Il existe pourtant un assez large de consensus à l'effet qu'il faut largement améliorer les processus eux-mêmes, mais pour y arriver, il faut consacrer les ressources nécessaires pour en faire l'analyse et en illustrer de manière rigoureuse les dysfonctions, ce qui n'est pas souvent le cas. On peut se demander s'il n'est pas plus confortable de ne pas disposer des données requises à une juste évaluation de cette réalité. Pour des raisons obscures, on semble toujours s'être refusé à quantifier les paramètres fondamentaux mesurant la qualité du fonctionnement du réseau.

Quels sont les impacts réels de nos choix ?

La crise des urgences et des solutions qui ont été apportées peuvent nous fournir un bon exemple, plus près de notre réalité, de notre difficulté à mesurer les impacts de nos décisions. Parmi les solutions apportées, la plupart louables et bien articulées, on avait consacré l'an dernier quelques millions afin d'obtenir un meilleur taux de vaccination pour la grippe et l'influenza. Comment furent exprimés les résultats ? Par le nombre de personnes vaccinées. Mais était-ce là un marqueur pertinent de l'efficacité de cette mesure ? En particulier, aucun système d'information n'a suivi le virage ambulatoire. Un tel système aurait permis des analyses précises des processus de vaccination, l'efficacité des cliniques à ce sujet, par exemple, mais aussi de suivre cette clientèle.

Mais surtout, quand on sait que l'objectif était de diminuer le nombre de visites à l'urgence des patients affectés par l'influenza ou le pneumocoque, n'eut-il pas fallu se donner les outils nécessaires pour évaluer des marqueurs plus directement pertinents, par exemple les taux comparatifs de visites à l'urgence pour les groupes de patients vaccinés ou non vaccinés ? Non pas tellement pour remettre en question ces actions, mais bien pour planifier les années suivantes.

Se doter d'indicateurs fiables : une priorité ?

Le réseau doit absolument se doter d'indicateurs pour évaluer les impacts réels de ses choix, car sinon, corriger le tir devient très difficile et tellement sujet à l'arbitraire, et il est trop facile de répéter les mêmes erreurs sans s'en rendre compte ou même de croire que l'on agit efficacement quand ce n'est pas le cas. La plus grande priorité du réseau devrait être de chercher à mesurer les impacts de ses choix, à tous les niveaux, avec une méthodologie adéquate et les outils requis. Du CLSC au Ministère lui-même, en passant par le cabinet privé, ce qui à notre avis fait encore largement défaut.

Nous voulons insister particulièrement sur l'évaluation nécessaire du travail du Ministère. Nous parlons de l'ouvrage technique accompli par les fonctionnaires. Le manque d'imputabilité paraît évident à tous les observateurs. La réalité comme les besoins sont changeants, mais les schèmes de décision demeurent les mêmes. Ces dernières années, plusieurs ont jugé que le niveau de performance n'était pas adéquat. Sans mesure de qualité, cette critique peut sembler gratuite. Or, il y a là comme un conflit d'intérêt.

Mal utiliser un bon indicateur

Un indicateur assez bien suivi mal utilisé n'est pas davantage une panacée. Avec raison, on a proposé qu'un séjour de 48 heures à l'urgence soit inacceptable et ne devrait pas arriver. Lorsqu'un tel indicateur est bien utilisé par une organisation mature, on s'attend à une prompt réaction en cas, par exemple, de dépassement des objectifs visés. Ainsi, si l'objectif est de 0 % de séjours de 48 heures, tout dépassement doit entraîner une prompt réévaluation des processus afin de comprendre la cause de cet écart et d'y remédier. Mais dans nos organisations hospitalières, qui n'ont pas toujours cette maturité de fonctionnement, l'effet peut être moins structurant. L'utilisation de ces indices à des fins perverses entraîne aussi son lot d'aberrations.

Si l'organisation hospitalière possède peu de données, les gère mal ou ne se donne pas les moyens de mettre ces données dans leur contexte global et d'en tirer des informations les plus pertinentes de façon continue, la dérive à laquelle on peut assister est la suivante : l'indicateur devient le processus de gestion lui-même, l'écueil qu'il faut absolument éviter pour « bien paraître », l'objet de toutes les actions et de toutes les énergies désespérées. Dans bien des milieux, au moment où des menaces financières pesaient plus lourdement sur les hôpitaux, il fallait donc éviter à tout prix d'avoir des patients séjournant plus de 48 heures, mais on négligeait souvent tout le reste.

Ainsi, et ceci fait à peine caricature, on commençait à s'inquiéter à 43 heures de séjour, s'énervait à 46 heures, et bien souvent on « ratait » de 30 minutes la cible, trop tard. Rendu là, on pouvait bien choisir de laisser le malheureux patient séjournier une journée de plus à l'urgence pour s'occuper plutôt du suivant, l'objectif étant avant tout de « montrer » qu'un nombre minimal de patients avaient séjourné au-delà de cette période fatidique.

Quels sont les objectifs prioritaires ?

Protéger l'accessibilité

Comme médecins d'urgence, nous plaillons pour une accessibilité maximale et très large au système de santé. C'est là notre vocation et tout le sens de notre pratique. Quand ça va mal, nous devons être immédiatement accessibles. L'urgence n'est pas un problème : c'est une solution.

Au cours des prochaines années, comme le pensent plusieurs observateurs, cette accessibilité sera menacée par le sous-financement ou une plus large privatisation du réseau. Nous favorisons pleinement un système public et gratuit pour la population, mais une autre voie est choisie, alors il faudrait garantir pleinement l'accès des patients moins favorisés aux soins de première ligne, et en particulier aux urgences pour les conditions qui requièrent des soins immédiats³.

Nous nous opposons à tout ticket modérateur à l'urgence et pensons que le discours répandu à l'effet que beaucoup de visites à l'urgence soient inutiles ou même inappropriées est une simplification naïve d'un faux problème. Le principe qui doit guider nos choix n'est pas de diminuer l'accès à l'urgence, parce que notre littérature scientifique démontre sans l'ombre d'un doute qu'il est très difficile de déterminer a priori quel patient doit ou non aller à l'urgence. Nous référons la commission à notre position sur le triage à l'urgence, qui explique ce point en détail.

Favoriser la coordination des soins

Nous l'avons dit, la ministre, madame Pauline Marois, l'a dit et tous les rapports le disent : notre système de santé produit des soins qui souffrent d'un manque de coordination, d'intégration et de continuité évident.

Du point de vue de l'urgence, il est parfois surprenant, surtout dans les grandes villes où la multiplication des intervenants favorise encore plus ce morcellement absurde, de constater à quel point les épisodes de soins peuvent être fragmentés, à quel point le « cheminement » du patient au sein du réseau, ballotté d'un médecin à l'autre et d'un établissement à l'autre sans logique apparente, affecte la qualité des soins.

Combien de fois reçoit-on un patient qui a passé une épreuve d'effort dans tel hôpital, est retourné ailleurs pour accéder à la médecine nucléaire, a vu le premier test répété dans un troisième établissement et une échographie être effectuée dans un quatrième,

³ La mission de l'urgence prendrait alors plus de sens : « L'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui se présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client. »

avant d'arriver à l'urgence sans rien connaître de sa condition, sans que son médecin traitant ne soit au courant de ce parcours sinueux et sans qu'il soit possible d'en faire la synthèse, nous laissant alors dans l'obligation de prendre des décisions sur des données fragmentaires ou bien de répéter inutilement les tests déjà passés pour se faire une idée claire de son état. De tels problèmes majeurs d'organisation sont tellement courants dans notre réseau qu'on finit malheureusement par s'y habituer et à s'en accommoder. Or, cette fragmentation révèle deux défauts importants : les difficultés dans l'accès et le transfert de l'information clinique, et un manque de respect pour le rôle de médecin traitant.

Où trouver l'information requise ?

Dans le premier cas, le problème est simplement qu'il est à peu près impossible d'avoir accès rapidement à l'information clinique pertinente qui s'accumule de manière fragmentaire un peu partout dans le réseau pour chaque patient.

Un patient n'a pas de dossier médical, mais bien une multitude de morceaux de dossiers de tous genres. L'accès à l'information clinique est difficile : il est souvent impossible de la rassembler en un tout cohérent. Une duplication des tests en découle, mais bien plus gravement, la qualité des actes en souffre parce qu'il est laborieux de se faire l'idée juste du patient qui permettrait de choisir dans tous les cas la meilleure thérapie.

Nous vivons pourtant à une époque où il est possible, du moins technologiquement, de favoriser une meilleure fluidité dans la circulation de cette information clinique, tout en protégeant la confidentialité. Bien sûr, les investissements à consentir sont énormes. Bien sûr, il faut transformer nos façons de faire. Mais le contexte actuel de réinvestissement dans la santé doit favoriser prioritairement la recherche d'une meilleure utilisation des technologies de l'information. En réponse à la cinquième question pourtant sur l'organisation des services, nous croyons que toutes les énergies doivent être mises pour développer un accès facile, rapide et sécuritaire à l'information clinique de chaque patient, peu importe où l'on se trouve dans le réseau.

À cette fin, deux modèles sont possibles : celui d'un dossier clinique informatisé unique pour chaque patient ou celui d'un système expert permettant de gérer efficacement une information clinique éparse.

Le premier modèle est plus traditionnel et suppose la création d'un dossier unique sur une structure centrale. Compte tenu de la nécessité de standardiser les données au sein d'un modèle spécifique, ce type d'approche suppose un traitement à la base de l'information générée pour un même patient en plusieurs points du réseau et son incorporation dans une base de données. L'avantage est la simplicité de l'approche, mais le risque est plus grand en cas de défaillance lorsque l'information est ainsi rassemblée en un point unique.

Le second modèle existe déjà et avait été présenté, il y a quelques années, dans le congrès de l'American College of Emergency Physician. Il est utilisé par l'armée lorsqu'il faut accéder à l'information médicale qui touche un soldat. Un réseau de type Internet permet à un robot de recherche d'accéder à l'information pertinente, qui peut avoir été emmagasinée sur plusieurs serveurs reliés, et de l'organiser efficacement. L'avantage est un accès possible même si certaines parties du réseau ne fonctionnent pas. Cependant, ceci suppose un haut niveau d'intégration de l'information clinique et un développement technologique similaire où que l'on soit dans le réseau, ce qui n'est certes pas le cas ici.

Le réseau a déjà mis en place le RTSS, qui permet aux établissements de communiquer entre eux. Il faut également et surtout renforcer maintenant l'infrastructure interne de ces établissements, afin de leur permettre à l'interne de supporter le développement de nouvelles applications et des outils requis pour gérer efficacement l'information. Et il faut s'assurer qu'on ne développera pas seulement dans le réseau lui-même : les cliniques doivent être impliquées, dès le départ, même si les coûts sont grands.

Bien sur l'Association est consciente des budgets requis pour achever un tel projet. À ce stade-ci du développement du réseau, il ne s'agit pas d'une priorité immédiate. Cependant, un pas essentiel dans la bonne direction serait de prioriser, par le biais du Fond de recherche en santé du Québec, les activités de recherche et de développement visant ce champ d'activité. Le développement d'archives et de maintien des données est aussi certainement un domaine où un partenariat avec l'entreprise privée pourrait nous apporter d'incommensurables services.

Mieux respecter le rôle du médecin traitant

Il est aussi question du rôle du médecin traitant dans notre réseau. On ne peut que constater que les liens entre les médecins de famille et leurs patients sont souvent lâches et pas toujours favorisés. La réflexion entreprise sur le rôle de la première ligne nous apparaît donc essentielle, mais encore faut-il s'entendre clairement sur une définition unique et sur les limites de la première ligne, de la seconde et des services spécialisés, ce qui n'est pas toujours le cas.

Cette première ligne nous semble hautement dysfonctionnelle, voire disloquée. Il ne faut donc pas avoir peur d'y apporter des solutions novatrices énergiques. Il faut d'ailleurs avant tout en préciser la nature et la portée.

On pourrait aussi souligner le manque d'une culture déontologique forte qui assurerait au médecin traitant la place d'un chef d'orchestre efficace dans les soins prodigués à « ses » patients. Avec le vieillissement de la population, il est pourtant évident que les soins deviennent de plus en plus complexes et rendent vraiment nécessaire qu'il y ait pour chaque patient un professionnel qui en assure la coordination.

Dans notre système, le médecin de famille est en théorie bien placé pour assurer ce rôle, mais en pratique, tout favorise le contraire. Que l'on ait accès si facilement à des consultants en première ligne, par exemple (pédiatrie, gynécologie, dermatologie, etc.), et que ces consultants puissent à leur gré décider de devenir le second, voire le seul « médecin traitant » du patient, sans qu'il y ait eu une demande formelle à cet effet ou que le médecin de famille ne puisse assurer les suivis requis et l'investigation spécifique, par manque d'effectif, d'accès ou même de connaissance, cela tend à miner la capacité d'offrir des soins intégrés au patient.

Est-il encore normal dans notre réseau que des spécialistes formés durant huit ou 10 ans puissent encore consacrer une large part de leur pratique à des patients en bonne santé (suivis réguliers d'enfants ou de femmes bien portantes) ou qui ne souffrent pas de conditions médicales demandant une expertise spécialisée (hypertension simple, angine de poitrine stable, asthme non compliqué) ? Non seulement l'utilisation excessive d'expertises trop spécifiques pour traiter des patients souffrant de ces conditions simples coûte-t-elle cher au système, elle n'a pas nécessairement de valeur ajoutée et favorise un morcellement de la prise en charge qui complique les soins et en mine la continuité.

Il faut donc, en réponse à la troisième question portant sur l'organisation des soins, que le médecin de famille retrouve toute sa place au cœur du suivi du patient, que cette place soit respectée par ses confrères consultants et qu'il ait les moyens d'assumer pleinement la responsabilité des soins donnés à ses patients. Il faut donc renforcer la déontologie des relations entre le médecin traitant et le consultant.

Il nous semble ainsi qu'une clarification des rôles des médecins de première et seconde ligne est devenu nécessaire. L'utilisation accrue des professionnels non-médecins (infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.) œuvrant au sein d'une équipe devrait être favorisée par tous les moyens possibles. Comme le soulignait monsieur Michel B. Decker lors des audiences, la pratique en solo en cabinet privé est aujourd'hui dépassée.

C'est d'autant plus vrai que la clientèle vieillit et que les besoins ne sont pas seulement médicaux, mais concernent aussi l'isolement, l'angoisse, l'incapacité ou même l'ennui. Des programmes comme SIPA, développé à Montréal, utilisent une approche de groupe pour assurer une garde continue, où le meilleur intervenant pour répondre au besoin exprimé est favorisé.

Favoriser les spécialités de base

Si la première ligne constitue les soins de base, on doit aussi réserver dans la réflexion une place pour la seconde ligne, pour ces services hospitaliers courants habituellement donnés par des médecins de famille ou des représentants des « spécialités de base » : urgence, médecine interne, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, anesthésie, orthopédie, pédiatrie.

Ces soins couvrent la vaste majorité des besoins de la population et, contrairement aux soins plus spécialisés, doivent absolument être bien répartis dans l'ensemble des régions habitées du Québec, du moins où la concentration de la population le justifie. Ceci devrait être une priorité pour le Ministère et se refléter également dans les ententes de rémunération.

Redonner du sens aux professions de la santé

Dans les milieux hospitaliers, il paraît de plus en plus difficile pour les médecins et les infirmières de « donner du sens » à leur pratique. Les problèmes sont si grands qu'on finit par perdre de vue que le métier que nous pratiquons est incomparable.

On boude la profession d'infirmière, le taux d'absentéisme est en hausse, les congés de maladie aussi⁴, les cadres hospitaliers sont de plus en plus mobiles, il existe de grandes difficultés de recrutement de cadres supérieurs, les médecins sont découragés « du système » bref, les hôpitaux et le reste du réseau n'ont plus la cote.

Le scepticisme règne, sinon le découragement. Les difficultés chroniques qui affligent le système de santé expliquent en partie ce phénomène. Chose certaine, ceux qui « pensent » le système ne réussissent plus à manifester quelle en est leur vision. Au-delà de la volonté manifestée par les ministres de la Santé de le faire évoluer, on ne perçoit pas toujours de leadership fort au sein de l'appareil administratif du Ministère, un leadership agissant qui pourrait imprimer au réseau un mouvement, lui indiquer la voie, lui ouvrir la route. Comme si la machine était devenue si complexe qu'il était devenu impossible de la mobiliser.

Alors que les modalités d'investigation et de traitement évoluent de plus en plus rapidement, que le contexte organisationnel des soins se transforme et que la clientèle est de plus en plus complexe, les budgets disponibles pour la formation et le perfectionnement, en particulier en soins infirmiers, sont toujours plus limités et ne répondent pas aux besoins, affectant la capacité des professionnels d'évoluer comme ils le devraient. Sans compter que ce manque de formation continue contribue à miner tout désir d'implication, pourtant plus que jamais nécessaire. À notre avis, tout est à revoir à ce niveau et la formation doit redevenir une priorité.

Aussi bien du point de vue médical qu'infirmier, il nous semble que le réseau dispose de très peu de moyens pour permettre une réelle implication des professionnels dans la gestion du réseau, en particulier dans les établissements. Les hôpitaux, par exemple, auraient tout intérêt à mieux utiliser l'expertise des infirmières d'expérience et des médecins seniors.

⁴ Données provenant de deux hôpitaux de la région montréalaise.

Pour les infirmières, il s'agit de mieux les associer aux processus décisionnels, ce qui semble encore très laborieux et demeure à l'image d'une gestion trop centralisée, fort directive et manquant gravement d'audace.

Pour les médecins, le peu de reconnaissance face à leur participation, l'absence de temps protégé, sauf pour quelques postes spécifiques, les conduit, contrairement à ce qui se dit souvent, à demeurer en retrait des processus décisionnels courant, surtout au niveau terrain, sur les unités de soins, même s'il faut concéder qu'à un échelon supérieur, grâce aux tables de chefs de département et du CMDP, ils sont assez bien écoutés.

Il faudrait d'ailleurs raffermir les liens entre le médecin, « professionnel disposant de privilèges de pratique au sein d'un établissement », et son hôpital ou tout autre établissement. Le lien actuel nous semble flou et ne favorise pas une identification plus complète du médecin avec son hôpital. Pourquoi le médecin ne serait-il pas payé par l'établissement plutôt que par la RAMQ ? Le lien ne serait-il pas plus concret ainsi, mieux formalisé ? Pourquoi cette absence d'entente contractuelle plus formalisée ?

À tout le moins, pourquoi ne pas enfin commencer à rémunérer les chefs de services et de départements à même l'enveloppe de l'hôpital, ce qui serait très logique et permettrait d'affirmer les liens entre des gens qui donnent leur temps et l'établissement qu'ils contribuent à construire ?

Il faut agir à plusieurs niveaux pour que les professionnels qui se consacrent aux soins des patients, à la gestion des établissements, à la planification et à l'évolution des organisations, retrouvent un certain sens à leur pratique, même si, nous en convenons, ce phénomène n'est pas propre au réseau de la santé et demeure plutôt difficile à quantifier.

Regrouper les médecins et les autres professionnels

Ce que le rapport SECOR de la FMOQ a souligné, avec d'autres, ce sur quoi tout le monde s'entend, c'est qu'il faut favoriser les pratiques de groupe, en particulier les pratiques multidisciplinaires, intégrant au sein d'une équipe de médecins de famille un certain nombre de spécialités de base des infirmières formées, des travailleurs sociaux, etc., bref, tout ce qui concourt à offrir des soins complets et accessibles à la population.

Une telle approche de groupe, dont il existe déjà plusieurs exemples au Québec, devrait être assez systématiquement favorisée par les ententes de rémunération et les lois définissant les conditions d'exercice de la médecine, notamment pour assurer des services de qualité aux personnes âgées. Le modèle proposé par l'Ontario, visant à offrir des services 24/7 en utilisant toute la gamme des professionnels requis et présenté par le docteur Walter Rosser paraît à cet égard intéressant.

Faut-il soumettre les masses budgétaires allouées à un principe de capitation ? Il est très difficile de répondre avec précision à cette question. À une large échelle, à un niveau territorial, nous croyons ceci nécessaire et souhaitable⁵, et nous présentons un modèle en ce sens. Peut-on au moins instaurer un principe de fidélisation, aspect mesurable qu'on pourrait utiliser pour une part du financement, sans nécessairement aller jusqu'à une liste d'inscription par médecin ?

Chose certaine, si les budgets suivaient les populations, en tenant compte de leurs caractéristiques sociosanitaires, les iniquités et la disparité des soins de première ligne et de soins hospitaliers de base entre les régions tendraient à s'amenuiser. Le risque est ici de niveler également les soins spécialisés, qu'il faut à notre avis gérer différemment, en favorisant une gestion plus large des ressources spécialisées, sur un palier d'organisation plus élevé.

À un niveau plus spécifique, faut-il que ces budgets soient bien répartis, et qu'on en arrive à un principe de capitation basé sur chaque individu ? L'Association n'a pas de position précise sur ce sujet. À cette échelle, si un tel choix est fait, il nous semble qu'une approche centrée sur des équipes multidisciplinaires est encore la meilleure façon d'encourager, à l'échelle locale, les initiatives pouvant le mieux répondre aux besoins de la population. Ceci répond à la seconde question posée sur l'organisation des services.

Clarifier les devoirs et les obligations professionnels

De l'obligation déontologique à l'incitation financière jusqu'à la coercition légale, les moyens mis en œuvre pour qu'on réponde aux besoins réels de la population sont multiples et doivent nécessairement faire l'objet d'une réflexion par le Ministère. Aucune réforme valable n'est possible sans régler ce problème initialement.

On peut par exemple se demander quels sont les devoirs et les obligations réels ou souhaitables du professionnel envers sa clientèle, voire son établissement, dans notre système où les coûts sont assumés par un tiers, en l'occurrence l'État. Certes, les obligations déontologiques sont très présentes et servent généralement de guide. Certes, il existe des orientations et des programmes qui tendent à favoriser certaines approches plutôt que d'autres. Mais encore ? N'y aurait-il pas lieu d'introduire un lien contractuel plus défini ?

Quelle est la définition de tâche des médecins œuvrant dans tel ou tel domaine, quel est son rôle face à la communauté, à l'hôpital, aux besoins urgents, aux autres besoins ? Que peut-on attendre de lui ? Quel est le rôle de chaque médecin, de la communauté ou de l'établissement, face, par exemple, à une situation d'encombrement à l'urgence, alors qu'un seul médecin doit assumer la garde pour un trop large bassin de patients la nuit ?

⁵ Voir le modèle de capitation territoriale développé plus loin.

Il nous semble qu'un flou important existe ici, flou que ne permet pas de résoudre avec assez de force la seule déontologie et la bonne volonté des gens. Sans abuser de telles comparaisons, comment une entreprise où on ne définirait ni tenterait de connaître le rôle et les actions de chacun de ses employés pourrait-elle survivre ? Le principe sacré de la liberté professionnelle empêche souvent à la fois de mieux comprendre le système et de tenter de l'organiser ou de favoriser son évolution vers une direction ou une autre.

On ne peut manquer de constater que ce ne sont ni les obligations déontologiques ni les programmes qui tendent à définir le fonctionnement de notre système, mais bien les modes de rémunération. Ces modes influencent de façon majeure les choix effectués dans la dispensation des soins.

On sait qu'il n'y a pas de système parfait à cet égard. On peut se questionner sur la latitude permise et sur les écarts qui subsistent particulièrement entre les diverses catégories de médecins. Ainsi, à la sixième question portant sur l'organisation des services, « doit-on favoriser un mode de rémunération en fonction des responsabilités ? », il est très difficile de répondre, parce que le mode de rémunération n'est pas basé sur la logique ou la justice, mais bien sur des forces de négociations qui ont souvent bien peu à voir avec la qualité des soins ou les besoins spécifiques des patients.

Les modes actuels de rémunération, principalement à l'acte, favorisent le volume et la fragmentation des soins, et souvent, entend-on, la productivité. Mais au-delà, que favorisent-ils ? Ou, pour mieux dire, comment assurer que, dans un milieu donné, ces modes de rémunération favorisent une juste réponse aux besoins d'une population donnée ? Sont-ils bien adaptés à une médecine qui s'alourdit constamment, où il devient de plus en plus nécessaire de prendre son temps avec le patient, sa famille, ses aidants naturels, alors qu'on sait que la consultation médicale prend en moyenne huit minutes ? Il faut accélérer le développement de modes alternatifs mixtes ou entièrement forfaitaires qui dans bien des cas sont plus appropriés.

Est-il à ce point difficile de définir des objectifs clairs dans notre réseau et de se donner les moyens d'y parvenir ? Certains préalables devraient influencer largement les processus de négociation menant à l'octroi des subsides, mais sont souvent absents ou mal définis. Avant de savoir comment rémunérer quelqu'un, ne devrait-on pas tenter d'abord de définir des objectifs, un projet, une fonction ? Ne devrait-on pas d'abord faire des choix de société, favoriser certaines stratégies de dispensation des soins qui nous ressemblent le plus, pour ensuite trouver des systèmes de rémunération qui permettront de les réaliser ?

Il peut être actuellement fort difficile, par exemple, d'assurer dans tel ou tel milieu une couverture complète en radiologie, pour prendre un exemple. Pourtant, rien ne peut empêcher un radiologiste ou tout autre médecin de favoriser plutôt dans le temps qu'il consacre à la pratique médicale une activité tout autre que celle qui répondrait le

mieux aux besoins prioritaires de sa population. Ne faut-il pas examiner ce simple fait ?

Autre problème : on manque d'internistes généraux dans les hôpitaux québécois, en particulier dans les hôpitaux de soins généraux. Ces médecins, par leur polyvalence et leur compétence, devraient pourtant se retrouver au cœur de ces milieux et pouvoir dispenser une large part des services spécialisés auxquels la population est en droit de s'attendre. Cette spécialité devrait donc être particulièrement favorisée par les conventions négociées, car elle correspond à un besoin criant, mais ce n'est pas le cas, et il y a de moins en moins d'internistes. Où est la faute ?

Cette question appelle deux types de réponses : une, plus spécifique et plus directe, où l'on serait tenté de définir avec plus de précisions les obligations du médecin qui œuvre dans telle région ou tel hôpital. Par exemple, on dit souvent que l'on manque de médecin. Mais cela serait-il aussi vrai si, par exemple, ces médecins pouvaient s'adjoindre d'autres professionnels dans leur pratique, de manière à libérer leur disponibilité pour des aspects de leur pratique qui requièrent vraiment leur expertise plutôt que pour des gestes répétitifs sans valeur ajoutée ? Est-ce vraiment le rôle d'un médecin de passer une journée à donner des vaccins ou à contrôler des tensions artérielles ?

Il est impératif de mettre des certaines balises à la pratique de la médecine. Une définition de tâche de chaque intervenant et un certain contrôle sont essentiels. Comment une entreprise pourrait-elle fonctionner avec des employés définissant eux-mêmes leurs horaires de travail et la nature même de ce travail ? La faillite serait inévitable, pourtant c'est souvent comme ceci que les effectifs médicaux sont gérés dans notre système. Dans un tel système anarchique, l'échec de toute réforme est prévisible.

Sans présumer de notre bonne volonté comme médecins ni vouloir trop s'ingérer dans notre pratique, on peut se demander avec pertinence si, dans un système financé publiquement et qui souffre, justement, de problèmes de financement, on ne serait pas en droit de pouvoir mieux s'assurer que les fonds investis correspondent minimalement à des activités à haute valeur ajoutée.

Il ne s'agit pas d'imposer ceci, mais à tout le moins les médecins eux-mêmes devraient certainement réaliser ou même assumer de telles mesures, qui permettraient de concentrer les ressources allouées sur les activités vraiment médicales. Certainement, une approche de travail en équipe qui se généraliserait permettrait aussi d'assurer une prise en charge beaucoup plus large des patients, sur des horaires de disponibilité étendus, et avec le soutien d'autres professionnels pouvant répondre à des besoins plus spécifiques.

Choisir quelle place donner au « privé »

L'Association n'a pas l'expertise nécessaire pour se prononcer sur la place du financement privé dans notre système. Néanmoins, outre la protection nécessaire de l'accessibilité, il faudrait se demander si un tel financement ne pourrait pas être favorisé justement dans les secteurs *low-tech*, où le système public semble avoir quelque difficulté à s'organiser de manière efficace, et l'on pense ici aux soins à domicile.

Ceci apparaît préférable à un financement privé pour les pratiques où la haute technologie permet d'emblée d'entrevoir des profits potentiels. La dérive vers un système à deux vitesses serait peut-être alors moins rapide et toucherait des secteurs moins sensibles. En favorisant certaines pratiques où la marge de profit est peut-être plus difficile à atteindre et où une organisation originale et souple des ressources est peut-être plus utile, on canaliserait ainsi ces ressources vers des soins qui, on le sait, seront de plus en plus en demande dans l'avenir. C'est la position que nous proposons en réponse à la huitième question portant sur l'organisation des services.

Comment pouvons-nous améliorer l'organisation ?

Passer d'une gestion budgétaire à une gestion globale

Dans les dernières années, la logique qui semblait inspirer les organisations hospitalières, et sans doute aussi celles de l'ensemble du réseau, c'est la logique budgétaire. Mais lorsqu'on a dit cela, qu'a-t-on dit ? N'est-ce pas normal de limiter les dépenses ? Ne doit-on pas avoir un cadre pour éviter les débordements financiers ? L'utilisation des fonds publics ne doit-elle pas être scrutée à la loupe ?

Certes, tout ceci est bien nécessaire. Mais la limite est dépassée lorsque cette logique tend à être tellement envahissante et qu'elle devient l'unique stratégie de fonctionnement et qu'elle est appliquée, d'une part, à court terme, souvent sans tenir compte des effets néfastes de certains choix (par exemple retarder des opérations en sachant bien que les complications augmentent les coûts) et, d'autre part, selon une logique compartimentée, « en silo », comme on dit, qui permet de trouver rationnelles certaines décisions n'affectant qu'une partie du système, en négligeant leur impact négatif global.

Le centre d'accueil envoie une patiente âgée à l'hôpital pour traiter une pneumonie, sauvant ainsi des coûts sur son budget fermé, mais imputant à l'hôpital des dépenses qui globalement seront beaucoup plus importantes. Le CLSC n'a plus de budget pour traiter une patiente à domicile et la renvoie donc à l'urgence. La pharmacie impute à l'unité de soins des coûts de médicaments pour améliorer son propre budget. Le médecin de bureau transfère à l'hôpital un patient trop complexe qui « prend trop de temps » plutôt que d'approfondir la situation et garder le patient sous ses soins.

Avons-nous le courage de transformer nos organisations ? Un directeur général, dans un contexte déficitaire, racontait avoir pris plus de six mois à convaincre les membres du conseil d'administration d'investir 50 000 \$ dans un laboratoire pour entreprendre une démarche de réingénierie des processus. Grand bien leur a pris, le résultat net ayant été d'épargner plus de 400 000 \$ récurrents, tout en améliorant le service.

Avons-nous les outils permettant de stimuler l'initiative ? Toutes ces logiques, prises isolément, ont du sens, mais elles le perdent lorsqu'on prend un point de vue général. C'est pourtant le mode normal de fonctionnement du réseau, de la plus petite à la plus large échelle.

Un directeur informatique a expliqué qu'ayant réussi, lors du renouvellement de la flotte informatique pour passer l'an 2000, à sauver 30 000 \$ sur les coûts des ordinateurs par rapport aux coûts négociés par la régie régionale, ces 300 000 \$ avaient été retirés de son budget. C'est généralement le cas : le budget non utilisé (ce qu'une gestion saine peut favoriser) est souvent retiré. Comment donc alors favoriser les initiatives qui permettent de réduire les coûts ? Comment inciter les gestionnaires, s'ils n'ont aucun intérêt, pour leur propre secteur, à faire de tels gains ?

Comment favoriser une gestion plus globale des ressources, comment responsabiliser les acteurs afin que chacun agisse dans le meilleur intérêt du patient, comment sortir les intervenants de cette logique compartimentée, perdante à coup sûr ? En partie, cela passe par des meilleurs principes de gestion interne, mais il faut surtout favoriser toutes les approches qui briseront ce traditionnel réflexe de la compartimentalisation. Il faut élargir également l'utilisation des indicateurs réseaux où, par exemple l'instauration de programmes conjoints entre l'hôpital et le CLSC serait pris en compte dans les modes de financements.

Papier, comité ou gestion réelle ?

Autre phénomène courant dans le réseau : gérer sur papier plutôt que la réalité. De multiples exemples pourraient illustrer ceci. Le processus d'agrément des hôpitaux en est un. Alors que l'objectif du Conseil canadien d'agrément est de favoriser la naissance de l'amélioration continue de la qualité, on observe souvent que l'exercice est futile, travaillé rapidement dans les semaines qui précèdent la visite d'agrément, et ne correspond pas à une réelle implantation des principes de l'amélioration de la qualité. À ce chapitre, les hôpitaux nous semblent déficients.

Bien peu d'entre eux ont établi de réels processus d'amélioration continue de qualité. Bien peu d'hôpitaux libèrent du personnel de la base pour accomplir ces démarches. Sur papier tout semble bien, les comités produisent, les recommandations fusent, les règles de coordination sont écrites, mais il y a souvent une distance énorme entre ce qui est écrit (et représenté aux instances supérieures) et ce qui est vécu. L'absence d'outils de mesure et d'indicateurs crédibles favorise ce laxisme. Or, il faut se rappeler que le concept de qualité de l'acte est intimement lié à l'efficacité et à des économies d'échelle.

La tendance naturelle pour une organisation lourde est aussi de former un comité lorsqu'une question se pose. Les hôpitaux en sont friands. Ce qui est fascinant, c'est qu'avec la diminution du personnel de gestion consécutive aux compressions budgétaires, le nombre de personnes pouvant participer à ces comités va toujours en diminuant, alors que le nombre de ces comités tend à se multiplier. Bien souvent, on passe d'un comité à l'autre, et parfois la complexité des mandats et le recoupement des tâches sont tels que l'efficacité se perd au profit d'une multiplication stérile de rapports auxquels on ne donne pas suite. On a aussi l'impression que beaucoup de ces comités sont des « commandes » provenant des autorités régionales, sans pertinence réelle.

Renverser une certaine « culture de la non-performance »

La septième question portant sur l'organisation des services est des plus intéressantes. De manière magistralement paradoxale, il est fort surprenant que les performances des hôpitaux se soient à ce point améliorées jusqu'à ce jour. Parce que tout favorise la non-performance dans le milieu hospitalier, tout sauf peut-être la bonne volonté des gens en place, dont il faut bien convenir qu'elle n'est pas totalement disparue. Sans elle, il est difficile de comprendre comment le rêve d'un directeur général d'hôpital peut être autre chose qu'un hôpital sans patients...

Il faut donc conclure à cette bonne volonté des gens ou encore à l'efficacité des pressions exercées par le Ministère et les régies pour expliquer l'amélioration, par exemple, des durées de séjour, remarquable dans les années 1990.

Pour un gestionnaire hospitalier, la logique budgétaire mène à de curieux paradoxes. Lorsque les durées de séjour baissent, les coûts augmentent, les premiers jours d'hospitalisation étant habituellement les plus onéreux et plus de patients pouvant occuper au cours d'une période chacun des lits. Moins les patients viennent à l'urgence, moins il y a d'ambulances, moins les patients sont opérés, moins cela coûte cher et plus il est facile de boucler son budget. La pénurie actuelle des infirmières est un cas de conscience intéressant : certains hôpitaux économisent actuellement des sommes importantes puisqu'ils ne peuvent tourner à pleine capacité. Si seule la logique budgétaire importe, alors il n'y a pas d'intérêt immédiat à régler la pénurie.

Traditionnellement, les unités médicales ont quant à elles plus de difficulté à assurer une gestion dynamique de lits, et cela peut se comprendre : il existe moins d'incitatif pour favoriser le roulement. Par contre, les chirurgiens ont généralement plus de facilité à « gérer leurs lits », ce qui s'explique aisément puisqu'il existe un incitatif naturel, un chirurgien ne pouvant opérer sans lit.

Il ne faut pas présumer de la bonne volonté des gens, mais comme les hôpitaux sont essentiellement financés par des budgets fixes, souvent sur des bases historiques, il devient évident quand dans un monde où toute hausse de la performance entraîne des dépassements budgétaires qui souvent ne seront pas comblés, il puisse être assez

difficile de favoriser l'innovation qui coûte. D'autant plus que dans certains milieux, comme l'ont montré certains rapports, c'est même une certaine culture de la « non-performance » qui a permis d'obtenir des gains (de lits, de matériel, etc.) « Entretenir » une certaine congestion de l'urgence, par exemple, a pu être une stratégie efficace pour obtenir des budgets.

De plus, alors qu'on assiste depuis longtemps à l'abolition périodique des déficits hospitaliers, il peut être très difficile de promouvoir à l'interne une gestion serrée, qui en fin du compte est au désavantage de l'hôpital qui performe.

L'Association est d'avis qu'une telle pratique n'est pas équitable pour les établissements et qu'il est urgent de la remplacer par une gestion mature des budgets, basés sur l'atteinte d'objectifs quantifiables de performance, si toutefois elle est possible dans notre contexte.

À cet égard, la très grande difficulté à chiffrer les coûts réels des épisodes de soins eux-mêmes constitue un autre problème fondamental, qu'il est essentiel de résoudre enfin. Il faut pouvoir mieux comprendre notre système de soins et, pour ce faire, il faut disposer de données plus objectives, ce qui devrait être une des priorités du réseau, notamment par l'utilisation accrue de systèmes d'information fiables

Cette culture de la non-performance est à abolir. Le financement doit être lié aux épisodes de soins, même si, on le sait, les indicateurs de lourdeur à cet égard ne sont pas parfaits. Surtout dans les régions plus densément peuplées où cette logique s'applique mieux, un tel mode de financement doit permettre aux hôpitaux qui optimisent leurs modes de fonctionnement et leur efficacité de se développer à même les gains réalisés. En région, où les hôpitaux sont souvent isolés, cette logique est toutefois plus fragile.

En poussant la logique, on peut être favorable à un mode de financement où les ressources suivraient sinon le patient lui-même, comme dans un modèle de capitation pur, du moins la population d'un territoire, et où les caractéristiques propres de celle-ci permettraient de décider du niveau de financement approprié, pour les soins de première ligne et les soins de base hospitaliers.

Mettre les bonnes ressources à la bonne place

Quant au virage ambulatoire et aux compressions qui ont été appliquées au système de santé dans les dernières années, on peut aussi se poser la question suivante : certes, les soins sont maintenant donnés de manière plus efficace pour une foule de conditions. Certes, les hôpitaux produisent maintenant beaucoup de ces soins sur une base ambulatoire, utilisant des ressources plus légères, favorisant l'autonomie du patient, tout ceci étant louable. Mais en même temps, on a fortement allégé les ressources administratives des hôpitaux, on a réduit le nombre de postes de cadres, on a regroupé les services sous une même autorité, on a diminué les périodes consacrées

à la formation, bref, on a retiré des établissements bien des outils qui auraient pu permettre de prendre le virage de manière plus souple.

Dans tous les milieux, les compressions ont entraîné des restructurations où les cadres intermédiaires ont largement écopé, alors que parallèlement les tâches administratives ont été déléguées à des niveaux inférieurs, ce qu'on appelle une gestion centralisée ou un pelletage de responsabilité selon le point de vue où l'on se place ou le choix du vocabulaire.

Pour parler de ce que nous connaissons mieux, les rôles devant être assumés par exemple par une infirmière-chef sont beaucoup plus complexes qu'autrefois : gérer la convention collective et les ressources humaines sur une base quotidienne, préparer les horaires, faire la gestion des plaintes, participer à une foule de comités, assurer la gestion financière, recueillir les statistiques requises, produire une multitude de rapports, etc., bref, pour une personne dont la formation est avant tout en sciences infirmières et la vocation première de donner des soins, la commande est lourde et souvent difficile à assumer.

Si le support pour ces diverses tâches était venu avec cette décentralisation, tout irait bien, mais au contraire, les tâches ont généralement été déléguées sans qu'on offre des ressources supplémentaires pour les mener à bien. On entend souvent qu'il y a trop de fonctionnaires dans le réseau, mais peut-être devrait-on ajouter qu'ils ne sont pas toujours à la bonne place. Notre avis est qu'on devrait augmenter de manière importante le soutien direct aux gestionnaires médecins/infirmières dans les établissements, de manière à leur permettre de se consacrer à ce pourquoi ils sont nommés : assurer la qualité des soins et de développer leur unité de soins d'un point de vue clinique et organisationnel.

Le modèle qui nous semble le plus approprié est celui d'une cogestion médico-nursing bien supportée, dans son travail quotidien comme dans sa planification, par un soutien administratif de même niveau, agissant au cœur même de l'unité de soins.

Favoriser une planification nationale des soins spécialisés

À cette fragmentation et ce manque de coordination de la première ligne répond souvent un manque d'accessibilité et de cohérence des soins spécialisés. Un exemple provenant de la médecine d'urgence peut aider à mieux comprendre les enjeux ici en cause.

Une des grandes réussites est d'avoir réussi, au cours des années 1990, à organiser les soins aux traumatisés de manière fonctionnelle. Tout n'a pas été facile à cet égard et il reste encore beaucoup de travail à faire pour atteindre les meilleurs standards en ce domaine, mais, alors que plusieurs étaient à l'époque sceptiques devant l'incapacité habituelle du réseau à organiser quoique ce soit, les acteurs qui ont mené à bien la mise en place d'une approche intégrée des soins aux traumatisés, en concentrant l'expertise au sein d'un nombre minimum de centres hospitaliers, ont réussi à prouver

que l'on pouvait réussir à transformer efficacement la dynamique souvent un peu anarchique qui caractérise le réseau.

Dans les domaines spécialisés, il est connu qu'une telle concentration d'expertise permet non seulement d'accroître la qualité, mais aussi de diminuer les coûts, par une meilleure utilisation des ressources en place. C'est vrai pour les centres de trauma comme c'est vrai pour la neurochirurgie ou la cardiologie tertiaire et les orientations du rapport Morin à cet égard nous semblent justes.

L'Association est ainsi largement en faveur d'une planification suprarégionale, voire nationale, des soins spécialisés, dans tous les domaines où l'on a pu montrer qu'une telle concentration du volume favorise la qualité des soins, la formation, la recherche et le développement. La budgétisation de ces pratiques doit également se planifier à ce niveau, soit le plus large possible. Une tentative de modèle est proposée plus loin. À notre avis, c'est la performance sur tous les plans (clinique, budgétaire, académique, etc.) des centres spécialisés qui doit guider les choix de l'État en la matière : l'objectif est ici le mieux-être général de la population et surtout la capacité de prodiguer ces soins spécialisés, par essence onéreuse, au meilleur coût possible.

De telles approches doivent être hautement intégrées et l'obligation d'une offre de services suffisante un principe fondamental. Comme en traumatologie, où un centre tertiaire ne peut refuser le transfert d'un patient provenant d'un centre secondaire, devant lui-même assurer la responsabilité d'un retransfert advenant un manque de ressource. Ces réseaux sont aussi basés sur une approche visant l'excellence et obligeant à une réévaluation régulière des milieux en fonction des meilleurs critères de qualité. L'Association soutient l'application de tels modèles et la meilleure approche nous paraît être la formation de comités d'experts crédibles et représentatifs pour les développer harmonieusement. Nous pensons aussi que, malgré tout, un tel modèle n'est pas garant du succès, et qu'en traumatologie, par exemple, il reste encore beaucoup à faire, dont justement une évaluation rigoureuse des impacts du réseau.

Optimiser l'utilisation des ressources techniques

Il est intéressant de constater que dans un système où les listes d'attentes s'allongent aussi bien pour l'investigation que pour le traitement, les ressources actuelles sont encore loin d'être utilisées à pleine capacité. Les appareils de radiologie, par exemple, commencent à peine à être utilisés sur une base régulière en dehors des fameuses « heures ouvrables ». On pourrait en dire autant des blocs opératoires, de la médecine nucléaire ou d'une foule de services d'appoint. Les appareils sont là, mais ils dorment le plus souvent.

Les médecins d'urgence connaissent trop bien ce problème, confrontés continuellement à une capacité d'investigation « à deux vitesses » qui est fort différente d'une période à l'autre de la journée et d'un jour à l'autre de la semaine,

alors que le flot des patients est, lui, constant et que les besoins dépassent largement ce que permettent « les heures ouvrables ».

On dira qu'un déboursé substantiel correspond à une telle ouverture élargie des outils d'investigation. Mais tant que l'on aura pas mesuré également l'effet négatif des retards d'investigation, qui comporte sa part de coûts, humains d'abord, médicaux ensuite, mais aussi financiers, on ne pourra prétendre qu'un tel élargissement de l'accès à l'investigation élargie représente un coût global pour le système. Il s'agit peut-être d'économies cachées. Il faut évaluer ceci.

Enfin, la mise à jour du parc technologique permettrait d'accroître la vitesse des investigations. Par exemple, les SCAN de dernières générations permettent de pratiquer un examen beaucoup plus rapidement qu'avant. Les délais sont maintenant plutôt qu'au geste technique lui-même. Mais ces SCAN sont encore loin d'être disponibles partout.

Concentrer les expertises

On peut même élargir le débat aux établissements eux-mêmes. À Nantes, en France, un seul établissement de 1300 lits répond aux besoins d'une population de 750 000 habitants. De manière intéressante, une seule urgence, vaste et très bien équipée, comprenant même son propre bloc opératoire réservé aux urgences, répond aux besoins de l'ensemble de cette population. Ceci se retrouve dans plusieurs autres régions. L'hôpital du Mans fait 1400 lits.

Or, à Montréal, plus d'une quinzaine d'urgences semblent « nécessaires » pour répondre aux besoins de la population. Mais une bonne part de ces sites sont sous-équipés, n'ont pas accès à l'investigation requise dans une urgence (SCAN et échographie sur 24 heures), bref, ne peuvent prétendre offrir des soins d'urgence de la qualité requise.

La tendance à fragmenter la réponse aux besoins est très répandue chez nous, et repose sur des tendances historiques. Il y aurait pourtant un sérieux coup de barre à donner de ce côté. On pourrait très bien imaginer, par exemple, que le tout Montréal pourrait être desservi par un nombre réduit de sites d'urgence, beaucoup mieux équipés et plus vastes cependant. Quand on s'y rendrait, on saurait au moins que les services requis y sont vraiment disponibles.

Bien sûr, une telle approche demanderait un courage politique certain et surtout une réorganisation complète des liens entre les établissements, permettant un retransfert fluide des patients, et peut-être l'acceptation du concept d'hôpital sans urgence. Mais il nous semble que l'idée est à explorer, sans compter qu'elle pourrait permettre une réflexion en profondeur sur les vocations des divers établissements. Dans l'optique d'une concentration des soins spécialisés, cette réflexion nous apparaîtrait salutaire et féconde.

En résumé, Montréal a peut-être un trop grand nombre d'urgences mal équipées avec beaucoup trop de centres à vocation identique. Aucun modèle international ne supporte une telle dilution de l'expertise et des ressources pour une si petite population.

Améliorer l'utilisation des ressources humaines

En cette période de pénurie d'infirmières au sein de l'ensemble du réseau, problème complexe puisqu'il déborde largement le Québec, il est tout de même surprenant que ces professionnelles bien formées consacrent encore une bonne partie de leur temps de travail à tâches qui ne relèvent pas de leur profession : brancardage, qui devrait relever de préposés, et surtout travail clérical, qui devrait relever de commis et secrétaires.

On peut se demander pourquoi, dans le contexte actuel d'une pénurie massive d'infirmières, les hôpitaux n'ont pas mis en place des programmes énergiques et systématiques visant à relever systématiquement les infirmières de ces fonctions en engageant et en formant (généralement à peu de frais) le personnel requis pour soutenir leur travail clinique et permettre ainsi d'augmenter le niveau de soins.

Surtout dans le contexte d'un certain réinvestissement en santé, il nous semble primordial que l'on définisse mieux dans les établissements les tâches que chacun doit assumer, que l'on relève le ratio de personnel de soutien et que l'on puisse permettre aux infirmières de se concentrer sur leur propre expertise.

Le même raisonnement est valable pour les médecins qui, par exemple, sont en manque d'effectif dans beaucoup de milieux et à qui pourtant on offre très peu dans les établissements en fait de support clérical pour leur permettre de se concentrer sur les soins aux patients.

Et d'une manière plus générale, on peut affirmer sans crainte de trop se tromper qu'une part des soins de première ligne, surtout quant au suivi de conditions médicales déjà diagnostiquées, pourraient avantageusement être dévolue à du personnel infirmier spécialisé surtout dans les régions où les pénuries de médecins sont plus vives.

Mesurer l'impact des listes d'attente

Problème plus évident, le phénomène universel des listes d'attente possède une logique propre que l'on commence à peine à mieux comprendre et cibler. « L'autre corridor » de notre système de santé, avec celui des urgences, consiste en cette masse plus ou moins invisible de patients qui attendent pour un test, une opération, un traitement.

On peut se demander à juste titre quels sont les impacts sur ces populations des attentes indues pour accéder aux tests ou aux traitements. Certains chiffres avancés dans le cas des chirurgies cardiaques sont révélateurs et suggèrent que, pour ces conditions sérieuses, des listes d'attente prolongées ont des effets significatifs et graves sur ces patients.

Il est surprenant de constater à quel point on est ignorant de la nature même de ces listes et des impacts négatifs potentiels qu'elles peuvent avoir sur la santé. Du point de vue du système de santé, on peut s'interroger aussi, plus froidement, sur les conséquences budgétaires globales de ces délais.

Économise-t-on ainsi ? Gonfle-t-on les coûts, au contraire ? Augmente-t-on la morbidité de manière démesurée ? La surmortalité est-elle significative ? Quels sont les effets sur les revenus des personnes et donc sur ceux que l'État peut retirer des impôts ? Enfin, hypothèse macabre, ces listes « favorisent-elles » certaines « économies » lorsque les patients finissent par décéder sans être traités ? Et si

l'existence même des listes d'attendre contribuait à gonfler largement les coûts de la santé, cercle vicieux prolongeant d'autant plus l'accès à l'investigation et aux soins ? Une priorité pour le Ministère devrait être de chercher à mieux comprendre les coûts réels de ces listes et à en évaluer les impacts sur la capacité du réseau à fournir des soins.

Un exemple simple vécu dans un hôpital peut illustrer le propos, peut-être naïvement, il faut en convenir, mais tout de même avec une certaine pertinence. Dans cet hôpital, il y avait trois mois d'attente entre une dictée de résumé de dossier et sa transcription papier. Ce qui fait que les médecins traitants ne recevaient les rapports des consultations qu'avec ce retard, rendant de ce fait sans doute difficile de la continuité des soins. Ce problème semblait insoluble. Pourtant, au bout du compte, on finissait par traiter toutes ces dictées et les coûts globaux étaient donc les mêmes. Un jour, la direction décida d'en finir, et en mettant sur une courte période les bouchées doubles, le retard fut comblé, et depuis il n'est que de quelques jours, sans coûts récurrents.

Dans tout système complexe où il existe des variations au sein d'une chaîne d'événements consécutifs, un certain « retard » est nécessaire pour ne pas démultiplier les ressources permettant d'accomplir la tâche. Ce retard permet de répartir le travail de façon constante sur un certain nombre d'intervenants même s'il existe une variabilité de cas au départ.

Ce principe doit s'appliquer en médecine. Ainsi, il serait très difficile de n'avoir aucune journée de retard dans les dilations coronariennes, puisque le flot étant variable, on serait obligé d'assigner une grande quantité de ressources pour parer aux pics alors que dans les périodes où la demande baisse, ce nombre serait trop élevé. Un certain « retard » de quelques jours permet de bien répartir la tâche à accomplir.

Mais cette logique est dépassée lorsque l'attente devient très longue, de plusieurs mois, voire de plusieurs années, comme c'est souvent le cas dans notre système de santé. Or, la plupart des conditions pour lesquelles une telle attente existe comportent leur part de morbidité : crises de cholécystites pour les patients en attente de chirurgie de la vésicule biliaire, angines et infarctus chez les patients en attente de pontage, manque de mobilité ou de productivité chez celui qui attend pour remplacer son genou, absentéisme lorsqu'on attend pour une chirurgie à la main, etc.

Ce qui est curieux, c'est que ces opérations ou ces traitements devraient se faire un jour où l'autre et donc que les coûts totaux de ces actes seront les mêmes. Mais à ces coûts, il faut ajouter en cas de retard indu les coûts liés à la perte de productivité, aux complications, aux hospitalisations, bref l'ensemble des coûts récurrents qui proviennent de l'incapacité d'agir rapidement.

Peut-être existe-t-il une logique propre qui nous est inconnue permettant de « justifier » les longues listes d'attente. Il nous est cependant difficile de l'imaginer. Il nous apparaît plutôt que les coûts totaux engendrés ne peuvent être que supérieurs, et

que tout le monde est perdant ici, donc le contribuable en bonne santé qui paye de sa poche ces complications et cette lenteur.

N'y aurait-il pas lieu de considérer tout autrement le problème et d'envisager, à terme, de s'assurer que les listes d'attente ne soient jamais plus longues que ce qui est jugé nécessaire pour assurer une utilisation optimale des ressources ?

Simplifier, dynamiser pour mieux avancer

Les hôpitaux demeurent des structures « lourdes », leurs liens avec les Régions régionales et le Ministère sont marquées par la multiplication des paliers de décision, ce qu'on peut appeler aussi le « fonctionnarisme », les conventions collectives sont de plus en plus complexes. Bref, alors que l'on souhaite voir ces organisations offrir des soins d'une manière souple adaptée aux besoins de la population, on ne pense pas en même temps à en renouveler les modes de gestion, à mieux supporter les effectifs, à repenser la traditionnelle organisation hospitalière qui est généralement toujours aussi pyramidale et à impliquer les professionnels de la base dans la recherche de solutions. Faire ce que l'on ferait dans n'importe quelle entreprise affectée par une crise de croissance et devant la difficulté d'offrir au « client », qui est ici le patient, un service de qualité en le mettant vraiment au cœur de la pyramide.

Les hôpitaux doivent se transformer beaucoup plus profondément qu'on peut généralement le penser. On pourrait dire sans trop se tromper que l'hôpital a hérité de l'organisation religieuse traditionnelle, avec une direction forte, une hiérarchie relativement rigide, des axes de décisions qui descendent les décisions vers la base sans trop pouvoir donner suite aux besoins qui s'y expriment, un manque d'implication (ou une pseudo-implication) de ses professionnels dans les réflexions, surtout du côté infirmier, bref, l'hôpital est encore souvent géré comme une entreprise des années 1960. Il ne semble pas avoir été vraiment atteint, malgré toute la terminologie qui a entouré les différents virages « défi qualité », « faire plus avec moins », par les principes modernes de gestion.

Nous sommes passés d'une époque où le travail avait une valeur intrinsèque à une société principalement mercantile. Ce qui pouvait être un bon mode de gestion dans les années 1960 est, en l'an 2000, désuet.

L'hôpital semble incapable d'accepter ou de réussir à renverser la pyramide de gestion traditionnelle et en mettant cette fois le patient tout en haut, exprimant ses besoins aux intervenants du terrain, eux-mêmes soutenus par une équipe administrative qui se charge de leur fournir les outils requis pour l'accomplissement de leur tâche, alors que les cadres et les directions s'assureraient de soutenir ces activités et de supporter réellement l'ensemble de l'établissement dans la réalisation de sa mission, le tout aidé (et non contraint) par les Régions et le Ministère. Vision peut-être un peu idéaliste, mais dont nous sommes si loin actuellement...

Notre avis est que les hôpitaux, dans lesquels nous pratiquons, ont un urgent besoin, non de plus de comptables ou de contrôleurs, mais bien de gens à même d'en renouveler l'organisation, de transformer les habitudes, de trouver de nouvelles façons de résoudre les vieux problèmes, bref, de redonner vie à des organisations souvent malades qui ne savent plus comment agir de façon créative : des managers, Des gens capables de leur donner plus de « réactivité », de souplesse, comme l'affirmait le docteur Fred Paccaud, de Suisse.

Ils ont aussi besoin qu'on permette un assouplissement des contraintes de gestion, qu'il s'agisse de conventions collectives, du rôle respectif des divers intervenants, des diverses normes, mais aussi et surtout, du cadre budgétaire dans lequel ils se développent.

Mais il ne faut pas toujours rejeter la faute sur les « administrations » et les autres instances décisionnelles, comme ont souvent tendance à le faire les « professionnels » que nous sommes. On peut bien se demander, en effet, quels sont les pouvoirs réels d'un CMDP ou d'une direction générale hospitalière lorsqu'on n'arrive pas à répondre à un besoin de la population, lorsque les choix des professionnels sont contraires aux intérêts du patient, lorsque des crises apparaissent sans issue.

Il serait sûrement très intéressant d'étudier objectivement si l'organisation hospitalière actuelle favorise les prises de décisions requises par la complexité des problématiques rencontrées. Il faudrait peut-être faire évoluer le cadre juridique de manière à favoriser une meilleure capacité d'action. On sait bien que les forces de lobbying et de corporatisme qui agitent les hôpitaux sont autant capables d'en stimuler le développement que d'en paralyser complètement la gestion. Que peut-on faire pour éviter les blocages et rendre la gestion plus fluide ? Vaste défi.

Cette nécessaire souplesse, face à un monde où les besoins évoluent rapidement et où les réponses possibles sont de plus en plus variées, il faut qu'elle touche également et surtout ceux qui ont pour charge de régir le réseau, les Régies régionales et le Ministère lui-même. Comment accepter en effet la lenteur administrative décriée partout alors que souvent les décisions pressent et qu'il faudrait disposer d'une plus grande marge de manœuvre pour répondre rapidement aux besoins changeants de la population ? Ne doit-on pas dynamiser là aussi ce qui apparaît souvent comme des structures lourdes, où l'initiative et les nouvelles idées se développent avec difficulté, où les remises en cause, comme dans beaucoup de grandes organisations, semblent souvent laborieuses ou même absentes, où l'évaluation même des décisions passées impossible.

Une façon d'améliorer le lien de confiance entre les professionnels, en particulier les médecins et les établissements, serait d'établir une relation contractuelle plus claire entre un médecin et l'établissement dans lequel il propose d'offrir ses services. Ces contrats permettraient de définir avec précision les obligations de chacune des parties de même que les attentes de part et d'autre, sans pour autant nier les aspects déontologiques de la pratique médicale. L'ambiguïté de savoir si l'établissement ou le

médecin « fait sa part » ou non disparaîtrait et la qualité de cette relation gagnerait en maturité.

Un modèle : la capitation territoriale

Un modèle qui, tout en demeurant préliminaire, nous apparaît intéressant et peut constituer une synthèse de nos propos, consiste en ce que nous appellerons ici une « capitation territoriale ».

Ce modèle consisterait à attribuer des budgets à des instances territoriales bien définies, gérées par une autorité unique, dont les rôles seraient :

- D'assurer les soins de première ligne et les soins hospitaliers de base sur le territoire pour l'ensemble de la population desservie ;
- De définir les modalités d'accès aux soins spécialisés requis par leur population;

Un territoire, un budget total

Le principe de l'équité sous-tend cette proposition. Les budgets de chaque territoire seraient ainsi calculés en fonction des caractéristiques de la population desservie et de ses besoins, et administrés par une autorité unique, comprenant des médecins, pour chacun.

Ceci permettrait d'abord d'assurer une meilleure répartition des services de base et aussi de s'assurer que les montants devant servir à l'accès aux services spécialisés seront disponibles pour l'ensemble de la population, que ces soins soient ou non dépensés à l'intérieur du territoire.

Ces budgets comprendraient de plus la rémunération des médecins, qui pourrait être gérée par les établissements pour ce qui est des pratiques médicales hospitalières, ce qui permettrait une relation contractuelle mieux définie entre le médecin et l'établissement.

La répartition du financement local pour les soins et les services de base pourrait être définie selon les besoins de la population locale, en impliquant ou non un principe de capitation à la plus petite échelle.

Des ententes contractuelles entre l'autorité territoriale et les cliniques privées permettraient également de mieux planifier l'accès aux soins de première ligne. Cette autorité territoriale unique pourrait ainsi viser une meilleure répartition des médecins au sein du territoire, aussi bien dans les hôpitaux que dans les cliniques privées.

Les budgets seraient répartis, à l'intérieur du territoire, selon des règles souples de complémentarité et de concertation entre les divers établissements et les autres ressources, et pourraient aisément favoriser le support aux modèles les plus appropriés pour ce territoire. On pourrait promouvoir, par exemple, la création d'équipes multidisciplinaires devant répondre à des besoins spécifiques ou tout autre modèle adapté aux réalités du milieu. On pourrait même choisir, où le milieu s'y prête, par exemple dans les agglomérations denses, l'introduction d'une forme de compétitivité locale, à la discrétion de l'autorité territoriale elle-même.

Les tâches prioritaires et les programmes, définis pour chaque territoire, seraient budgétés de manière spécifique, correspondant à des objectifs clairs, ce qui permettrait de favoriser l'engagement du nombre requis de médecins et d'autres professionnels pour réaliser ces tâches.

Ces concepts sont exploratoires : il faut encore définir la taille des territoires et la nature de l'autorité unique souhaitée. Il est possible que le modèle albertain n'en soit pas trop éloigné. Comme chaque territoire n'aurait pas l'obligation de développer pour lui-même des services spécialisés, les regroupements de population pourraient être définis à plus petite échelle.

Des services spécialisés compétitifs

Cette forme de capitation territoriale introduit une compétitivité surtout pour les services spécialisés. L'introduction de la compétitivité au niveau spécialisé, où les économies d'échelle et de concentration apparaissent plus évidentes, nous semble plus judicieuse que sur une base locale ou territoriale.

Les hôpitaux de soins spécialisés de référence, par nature suprarégionaux ou même nationaux, prendraient leur budgétisation pour ces activités spécialisées à même les budgets territoriaux, en vendant en quelque sorte leurs services aux territoires avec qui ils établiraient des ententes.

Ils devraient offrir à ces territoires leurs services, sur une base compétitive. Les territoires pourraient choisir, parmi les dispensateurs de services spécialisés, ceux qui offriraient le meilleur rendement. Ils auraient le choix de développer de tels services sur leurs propres territoires ou d'acheter ces services ailleurs, toujours selon le meilleur intérêt de la population desservie.

Or, comme les coûts de développement de services spécialisés sont plus élevés là où les territoires ne disposent pas des volumes requis pour les rentabiliser, il serait à leur avantage d'acheter ces services là où la concentration des activités permet ces économies. Les facteurs de distance et de capacité de transport pourraient être pris en compte pour les territoires chargés d'offrir à leur population les meilleurs services possibles.

Les centres spécialisés auraient pour leur part tout intérêt à optimiser l'utilisation de leurs équipements et de leurs ressources humaines afin de mieux répondre à cette demande. Ceux qui réussiraient à développer un large volume de soins spécialisés verraient leur expertise s'accroître et leurs coûts diminuer. La compétitivité est une façon de maintenir un haut niveau d'émulation dans ces domaines de pointe.

L'Urgence d'agir pour sauvegarder notre système de santé

Auteur principal :

Alain Vadeboncoeur MD
Président de l'Association des médecins d'urgence du Québec

Membre du comité de travail :

Alain Vadeboncoeur MD
Président de l'AMUQ

Bruno Baril MD
Officier de l'exécutif

Pierre Royal MD
Membre de l'Association

Jean Mireault MD
Consultant

Révision du document :

Jean Lapointe MD
Vice-président de l'AMUQ

Jean Villeneuve MD
Membre du conseil d'administration

Julien Poitras MD
Membre du conseil d'administration

Alain Chamoun MD
Membre du conseil d'administration

Karyne Amyot MD
Membre du conseil d'administration

Marco Charneux MD
Membre du conseil d'administration

Mémoire approuvé par le conseil d'administration
de l'AMUQ le 22 octobre 2000

