

Synthèse – Colloque

*Après le débat sur l'avenir du système...
Que faisons-nous ?*

2 mars 2001

Conseil de la santé et du bien-être
Mars 2001

Édition produite par :
Le Conseil de la santé et du bien-être

Pour obtenir un exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande par :

- téléphone : (418) 643-3040
- télécopieur : (418) 644-0654
- courriel : csbe@msss.gouv.qc.ca
- poste : Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Ste-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2

Le présent document est disponible à la section
Publications du site Web du Conseil de la santé et
du bien-être dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca/csbe

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN : 2-550-38102-5

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

TABLE DES MATIÈRES

ALLOCUTION D'INTRODUCTION.....	3
Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être	3
CONFÉRENCE D'OUVERTURE	3
Michel Clair, président, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux	3
TROIS LECTURES DU RAPPORT CLAIR	5
Jean-Pierre Duplantie, Régie régionale de l'Estrie	5
Raynald Pineault, directeur, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.....	6
Michel Venne, journaliste, Le Devoir	8
SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ : L'INQUIÉTUDE SUR L'ÉVOLUTION DES COÛTS DU SYSTÈME ET LA CAPACITÉ DE FINANCEMENT.....	11
Lee Soderstrom, Département de science économique, Université McGill	11
D ^r Renaldo Battista, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.....	11
André-Pierre Contandriopoulos/Jean-Louis Denis Université de Montréal	12
<i>Les convergences</i>	13
<i>Échanges entre les conférenciers et les participants</i>	13
ALLOCUTION DE LA MINISTRE PAULINE MAROIS	17
SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ : LA GOUVERNE DU SYSTÈME... CE QUI DOIT ÊTRE CHANGÉ ET COMMENT ?	19
Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être	19
Pierre-Gerlier Forest, Université Laval	19
Marcel Villeneuve, Régie régionale de Montréal-Centre	20
<i>Les convergences</i>	21
<i>Échanges entre les conférenciers et les participants</i>	21
SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ : LA PREMIÈRE LIGNE... CE QUI DOIT ÊTRE CHANGÉ ET COMMENT ?	23
D ^r Marie Dominique Beaulieu, Université de Montréal	23
D ^r André Munger, Association des médecins de CLSC	24
D ^r Jean Rodrigue, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.....	24
D ^r Howard Bergman, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux	26
<i>Les convergences</i>	26
<i>Des interrogations</i>	27
<i>Échanges entre les conférenciers et les participants</i>	27
ALLOCUTION DE CONCLUSION	29
Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être	29

ALLOCUTION D'INTRODUCTION

Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être

Madame Morais remercie les participants et les conférenciers pour leur présence et leur collaboration à ce colloque qu'organise le Conseil de la santé et du bien-être sur les suites au rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Commission Clair.

Le Conseil, par ce colloque, poursuit deux objectifs. D'une part, il souhaite mettre au débat les solutions avancées par la Commission Clair pour soulager les inquiétudes affectant le système sociosanitaire québécois. D'autre part, il désire identifier les difficultés qui persistent et qui méritent encore notre attention. Comme Hélène Morais l'indique, ce colloque constitue en quelque sorte l'aboutissement de la démarche entreprise par le Conseil concurremment aux travaux de la Commission Clair. Le Conseil avait alors tenu ses propres consultations, financé ses propres études, collaboré avec Le Devoir à la publication d'une série d'articles et mis à jour ses travaux sur la question des services de santé et des services sociaux. Ce colloque représente donc une occasion pour le Conseil de mettre au débat sa propre lecture du rapport de la Commission et des suites à lui donner.

Hélène Morais rappelle le programme de la journée. Michel Clair viendra d'abord nous livrer les grandes lignes de son rapport. Ce dernier sera par la suite soumis à la lecture des conférenciers d'un premier panel. Un second panel se penchera sur la question de l'évolution des coûts du système et de sa capacité de financement. Le troisième panel suscitera le débat sur la gouvernance du système, alors que le quatrième panel de conférenciers traitera de la première ligne de services. La ministre Pauline Marois viendra nous entretenir pendant l'heure du repas des suites que son ministère entend donner au rapport de la Commission Clair. Ce moment sera également l'occasion du lancement du livre *Santé : pour une thérapie de choc*, issu de la collaboration du Devoir et du Conseil de la santé et du bien-être.

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

Michel Clair, président, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Michel Clair présente, non pas le détail du contenu du rapport de la Commission, mais le sens qui en a guidé les travaux. La Commission désire susciter l'action, avec

détermination et rapidité. Invité à indiquer la réponse de la Commission aux difficultés du système sociosanitaire québécois et à identifier des perspectives d'avenir, Michel Clair rappelle qu'un certain nombre de défis semblent affecter universellement les systèmes sociosanitaires modernes. Comme partout ailleurs dans le monde industrialisé, nous assistons à une évolution fulgurante des connaissances, à un élargissement des possibilités qui nous sont offertes, mais faisons face à des contraintes financières bien réelles. Dans ces circonstances, nous avons l'obligation, plus que jamais semble-t-il, de faire des choix et de performer. Plus que jamais, notre système sociosanitaire doit trouver réponse à des questions à la fois existentielles, organisationnelles, financières, structurelles, managériales, sociétales et éthiques. La Commission a tenté des réponses à ces questions.

Face à des inquiétudes existentielles, Michel Clair rappelle l'engagement de la Commission à l'égard des objectifs que sont l'amélioration de la santé de la population, la mutualisation entre les individus du risque que présente la maladie et la réponse aux attentes de la population. Notre système sociosanitaire a pour finalités de prévenir, guérir et soigner. Afin d'affronter les défis de l'heure, tant sur le plan épidémiologique que démographique et technologique, ce système devra faire preuve d'une *gestion globale prospective* et passer d'une culture de protection des acquis à une culture de l'excellence et de la performance.

Face à des difficultés de nature organisationnelle, Michel Clair insiste notamment sur l'urgence de prévenir, de faire de la prévention la préoccupation centrale de la politique de la santé et du bien-être, de faire de la première ligne de services l'assise du système, de créer des réseaux de services intégrés et d'instaurer une hiérarchisation entre les services offerts à la population. Monsieur Clair rappelle également l'engagement de la Commission à l'égard de deux clientèles jugées prioritaires, à savoir les jeunes en difficulté et les personnes âgées.

Afin de répondre aux inquiétudes financières, Michel Clair rappelle l'engagement de la Commission envers un financement avant tout public des services de santé et des services sociaux, même si elle met en garde à l'égard de la vulnérabilité des finances de l'État et insiste sur l'importance d'établir des points de repère pour suivre l'évolution des ressources consacrées au système sociosanitaire. Monsieur Clair souligne par ailleurs la nécessité de revoir l'importance du financement que le gouvernement fédéral consacre à la santé. Il insiste sur l'exigence d'une recherche constante de l'efficacité et de l'efficacités. Finalement, il affirme l'importance d'un partenariat du réseau public avec le privé et le tiers secteur lequel permettrait notamment de clarifier les rôles de chacun, de réaliser une corvée d'investissements et de préparer une stratégie d'investissements pour des besoins prioritaires.

La Commission avance également des réponses aux difficultés structurelles du système sociosanitaire québécois. Elle suggère notamment, sur le plan de la gouverne, de distinguer les fonctions politiques et de gestion. Elle propose, pour améliorer la gouverne

nationale, une définition d'orientations stratégiques et politiques, l'identification d'objectifs de résultats et la mise en place de mécanismes d'évaluation. Elle insiste également sur la clarification du rôle des régies régionales dans la gouverne régionale et l'instauration d'une autorité territoriale unique dans la gouverne locale.

Pour améliorer le management, la Commission affirme notamment la nécessité de passer d'une gestion hiérarchique à des rapports contractuels, de faire de la performance l'objectif recherché, d'assurer une gestion des ressources humaines qui valorise la compétence, favorise l'interdisciplinarité et la mobilité et prépare la relève.

Finalement, la Commission exprime un souci à l'égard des problèmes sociétaux et éthiques auxquels notre système sociosanitaire fait face. Elle insiste à cet égard sur l'importance de se donner les moyens de faire des choix qui reflètent nos valeurs.

En conclusion, Michel Clair rappelle trois points forts du rapport de la Commission. D'une part, les solutions émergentes sont préférables au statu quo. D'autre part, il importe de mobiliser les équipes les plus volontaires. Finalement, leitmotiv, il convient de décider, d'agir, d'évaluer et d'ajuster.

TROIS LECTURES DU RAPPORT CLAIR

Jean-Pierre Duplantie, Régie régionale de l'Estrie

Du rapport de la Commission Rochon à celui de la Commission Clair : continuité et rupture ?

Jean-Pierre Duplantie trace un portrait comparatif des rapports de la Commission Clair et de la Commission Rochon.

Il souligne d'entrée de jeu que les attentes exprimées à l'égard des deux commissions étaient différentes, de même que les moyens à leur disposition. Le mandat de la Commission Rochon était plus large, prévoyant notamment un examen des structures soutenant l'offre de services. En dépit de ces différences, Jean-Pierre Duplantie constate de nombreuses similitudes dans le diagnostic porté par ces deux commissions quant aux lacunes affectant le système sociosanitaire québécois. De part et d'autre, on constate notamment l'absence d'objectifs de résultats, la confusion dans la répartition des rôles et des responsabilités entre les établissements, la démobilisation des ressources humaines, le manque de transparence dans l'allocation budgétaire, la faible efficacité et efficience du réseau, etc.

Monsieur Duplantie remarque, malgré des différences parfois notables, de nombreuses similitudes dans les recommandations formulées par les Commissions Clair et Rochon pour surmonter ces lacunes. À titre d'exemples, elles partagent sensiblement les mêmes orientations à donner au système de services, notamment la préoccupation de recentrer

celui-ci sur la personne à desservir et de traduire celle-ci en une politique de la santé et du bien-être partagée par tous. Elles partagent également l'importance de donner aux régions régionales davantage de pouvoirs et de responsabilités dans la planification et l'organisation des services, bien qu'elles divergent d'opinion quant à la composition des conseils d'administration des régions. Elles constatent toutes deux la nécessité de revoir le rôle du ministère, même si elles proposent des modalités différentes pour y parvenir. Elles s'accordent par ailleurs pour recommander une meilleure répartition régionale des effectifs médicaux, bien que les manières suggérées pour le faire soient nettement différentes. Elles souhaitent des règles de financement plus claires et plus efficaces, mais alors que la Commission Rochon préconise un financement totalement public, la Commission Clair semble ouverte à une participation financière accrue de la population et du secteur privé.

S'il s'avoue surpris de ce que le rapport de la Commission Clair ne fait aucune allusion au rapport de la Commission Rochon, Jean-Pierre Duplantie l'est davantage par les similitudes dans les conclusions qu'ils produisent, compte tenu des années qui séparent leur parution. Pourquoi, quelques 12 ans plus tard, des conclusions similaires s'imposent-elles encore ? Quand les problèmes structurels du système sociosanitaire trouveront-ils réponse ? À quand une véritable répartition régionale des médecins ? À quand une révision du code des professions ? Quand toutes ces réflexions déboucheront-elles sur de l'action ? Comment, devant la difficulté évidente du système à gérer le changement, conserver espoir de l'améliorer ?

Raynald Pineault, directeur, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Quelles sont les véritables innovations proposées par la Commission Clair et que faut-il pour les mettre en œuvre ?

Monsieur Pineault souligne à quel point les débats entourant la transformation du système sociosanitaire québécois, contrairement à ceux de l'Ontario par exemple, se caractérisent davantage par l'agitation que par l'action. Le rapport de la Commission Clair lui apparaît novateur au sens où il propose de réels changements assortis de conditions concrètes d'implantation.

Invité à porter jugement sur le rapport de la Commission Clair et sa capacité à introduire des changements et des innovations dans notre système sociosanitaire, Raynald Pineault recourt à cette fin à deux concepts, à savoir ceux de *cohérence externe* et de *cohérence interne*. Le premier, celui de la cohérence externe, cherche à mesurer dans quelle mesure les propositions de la Commission Clair produisent les résultats escomptés en termes d'objectifs de santé et de bien-être. Des critères de performance sont généralement retenus pour en juger : l'état de santé et sa distribution, la réactivité – entendue comme le respect de la personne et l'attention accordée au client –, l'équité financière, l'accessibilité, la continuité, la productivité, etc. Le second concept, celui de la cohérence

interne, permet d'apprécier dans quelle mesure les propositions, prises ensemble, agissent de façon synergique ou antagoniste pour produire les résultats escomptés.

Sur le plan de la cohérence externe, plusieurs des propositions de la Commission Clair apparaissent prometteuses. C'est le cas de la constitution de groupes de médecins de famille, de celle de réseaux intégrés de services, de la hiérarchisation des services en établissement, de la création de corridors de services et de l'affiliation de médecins aux CH. Les propositions ayant trait au financement semblent, sur le plan de la cohérence externe, soulever davantage de questions, notamment au chapitre de la réactivité.

Monsieur Pineault questionne également la cohérence interne d'un certain nombre de mesures préconisées par la Commission Clair pour améliorer la prestation de services. À titre d'exemples, l'inscription volontaire à des groupes de médecins de famille risque d'entraîner une sélection de leur clientèle et donc de nuire à leur efficacité; l'absence de « fund holding » peut avoir pour conséquence de favoriser un trop grand recours à la deuxième et à la troisième ligne; la constitution de réseaux de services intégrés risque-t-elle de conduire à la désintégration du système ? Ces réseaux sont-ils nécessaires si la première ligne est bien organisée ? L'affiliation de cliniques à des CH peut également, selon les modes de rémunération des médecins qui y pratiquent, entraîner une sélection peu efficace des patients. L'affirmation du financement public du système sociosanitaire semble également peu cohérente avec celle préconisant un financement additionnel de la part des particuliers.

Par ailleurs, Raynald Pineault souligne que la Commission n'insiste probablement pas assez, compte tenu de l'importance que la recherche accorde à la coordination et au contrôle dans l'organisation des services, sur le rôle des régions régionales à cet égard. Il en est de même de la confiance des professionnels et des établissements entre eux, la recherche ayant démontré qu'elle avait une importance toute particulière. Autre point sur lequel il insiste, le réseau devra développer une culture de la productivité s'il veut réussir les changements proposés.

Monsieur Pineault est d'avis que la Commission Clair fait œuvre de construction, au sens où, délaissant la théorie, les plans et les visions d'ensemble, elle propose au système sociosanitaire québécois des aménagements intéressants de nature variée. Cependant, bien qu'elle se propose de dépasser les clichés, Monsieur Pineault se demande si elle y réussit vraiment. L'imputabilité, la gestion par résultats, la fluidité des budgets risquent, si nous n'y prenons pas garde, de devenir les nouveaux clichés. De même, l'importance que la Commission accorde au rôle de la profession médicale dans la transformation du système risque d'occulter le fait qu'elle peut entraîner une dérive.

Michel Venne, journaliste, Le Devoir

Quelle réponse aux inquiétudes de la population ?

Monsieur Venne, invité à livrer l'opinion du public québécois à l'égard du rapport de la Commission Clair, indique à quel point il est présomptueux de penser remplir un tel rôle. Tout au plus souhaite-t-il nous faire part de ses impressions à cet égard.

La Commission Clair répond-elle aux inquiétudes que nourrit le public québécois à l'égard de son système sociosanitaire ? Face à cette question, Michel Venne se demande dans quelle mesure il sera possible de calmer l'opinion publique. Le public québécois entretient de grandes attentes à l'endroit de son système sociosanitaire. De telles attentes devront être tempérées : notre système de services ne pourra jamais livrer une qualité totale. Par ailleurs, force est de le constater, l'inquiétude que nourrit le public est largement alimentée par les divers acteurs et groupes qui souhaitent profiter d'elle pour desservir leurs intérêts. Leur éthique est en cause dans le jeu auquel ils se livrent sur la place publique.

Comme le mentionne Michel Venne, les débats entourant les services de santé et les services sociaux demeureront une source d'inquiétude pour le public québécois, tant que des personnes vivront des situations où leur vie est en cause en raison de délais ou d'absence de services. Pour mettre fin à une large part de cette inquiétude, il faudra remédier à ces situations. Tant que de tels cas *vitaux* défraieront la manchette, ils auront pour effet de nourrir l'inquiétude populaire et d'occulter les vrais enjeux affectant notre système de services. Ainsi, l'attention accordée à ces situations explique largement l'attrait de la population pour un financement privé des services de santé. Les gens, particulièrement les plus jeunes, seraient visiblement disposés à défrayer de leur poche le coût de services de santé si cela avait pour effet d'en rendre l'accès plus aisé. Cela est davantage vrai à l'égard de l'obtention de services permettant de régler des cas *vitaux*. Si on en croit les sondages, la population serait même prête à renoncer à certains aspects de la loi canadienne sur la santé si cela avait pour effet de lui faciliter l'accès à de tels services.

L'accessibilité et l'universalité des services, plus que leur qualité, semblent préoccuper la population québécoise. Michel Venne constate que la population québécoise tient notamment à ce que tous soient traités également. Elle s'opposerait en ce sens à une sélection dans les services offerts parce que celle-ci aurait probablement pour effet de créer un système où les personnes seraient traitées différemment selon leurs moyens.

La Commission Clair répond-elle aux attentes du public ainsi définies ? Selon Michel Venne, il est clair que le rapport de la Commission témoigne d'un souci d'amélioration de l'accessibilité des services à la population. La création de groupes de médecins de famille représente un exemple. On peut toutefois s'interroger sur le succès d'une telle mesure. D'autres mesures, notamment celle de l'ajout de lits, pourraient régler une part du problème de l'accès et des délais d'attente, mais ne sont pas envisagées. La

Commission manifeste également un souci pour l'universalité des services. Ainsi, la création d'une « caisse vieillesse » devrait permettre de desservir également plus de gens. Cependant, des propositions comme celle consistant à opérer une sélection dans les services assurés risque au contraire d'entraîner des différences dans les services aux personnes.

En conclusion, Michel Venne rappelle qu'un véritable débat sur l'avenir de notre système sociosanitaire n'est possible que dans la mesure où celui-ci demeure à gouverner et à financer avant tout publics. Il s'agit là d'une condition requise pour notre liberté.

SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ :

L'inquiétude sur l'évolution des coûts du système et la capacité de financement

Lee Soderstrom, Département de science économique, Université McGill
Le vieillissement de la population québécoise : rien de nouveau n'arrivera.

On rencontre souvent l'argument voulant qu'à l'avenir, le vieillissement de la population québécoise engendrera des problèmes importants pour le financement public des services de santé. Cet argument est faux et l'évidence disponible suggère une vision différente du vieillissement et de ses implications financières. Le vieillissement n'a rien de nouveau puisque la proportion de la population de 65 ans et plus a augmenté de façon continue au cours des 30 dernières années. Ce vieillissement n'a pas été la cause première des augmentations des dépenses publiques au cours des années 70, 80 et 90; ce fut plutôt la croissance des services consommés per capita par les aînés. De plus, selon les projections les plus récentes, l'avenir devrait être semblable à l'expérience du passé; c'est-à-dire que le vieillissement continuera à avoir un petit effet sur les taux d'augmentation des dépenses publiques. Si, au cours des 20 prochaines années, notre croissance économique est raisonnable, le Québec aura la capacité de financer publiquement le même panier de services. De ces constatations, il est possible de retenir trois implications : le vieillissement de la population ne fournit pas de raison d'augmenter le rôle du financement privé, les gains de productivité seront d'importance capitale afin d'avoir la capacité de financer les dépenses additionnelles de santé et enfin, il sera important d'être vigilants quant à la consommation des services additionnels.

D' Renaldo Battista, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

*L'inquiétude sur l'évolution des coûts du système et la capacité de financement :
L'impact du développement technologique.*

La Commission Clair reconnaît l'impasse dans laquelle le système de santé se trouve et la disparité grandissante entre le rythme d'enrichissement collectif et l'augmentation des coûts de santé. Dans ce contexte, il est évident que l'innovation technologique peut être difficilement accueillie par le système, tel qu'en témoigne la vétusté grandissante du parc technologique. Aussi, la nécessité de faire des choix s'impose. Le plan d'action de la Commission peut se traduire par quatre défis qui sont : évaluer, choisir, gérer et évaluer à nouveau. Voici quelques voies possibles afin d'actualiser ce plan d'action. D'abord, « évaluer » signifie que nos efforts doivent s'intensifier afin d'accélérer le développement

et la diffusion d'une véritable culture de l'évaluation (par une coordination horizontale entre les organismes et partenaires touchés par l'évaluation, par une coordination verticale permettant de renforcer les liens entre les chercheurs et les organismes interpellés par la discipline et enfin, par un rapprochement des évaluateurs des lieux de décision). Ensuite, des « choix » sont faits à tous les niveaux. Au niveau macro d'élaboration des politiques et des orientations, les données d'évaluation apportent un éclairage utile à la prise de décision complexe qui doit tenir compte d'un ensemble de facteurs sociaux, éthiques et culturels. Au niveau meso ou institutionnel, les choix soulignent l'importance de créer des plates-formes de décisions qui font appel aux différentes instances ministérielles, régionales et institutionnelles. Au niveau micro, les cliniciens auraient intérêt à participer à l'élaboration de lignes directrices de pratiques cliniques inspirées des données d'évaluation d'efficacité et d'efficience des interventions. De plus, la « gestion » doit être revue tant au niveau des méthodes que des outils et suppose également la mise en place d'un système de suivi permettant d'évaluer la performance du système. Enfin, « évaluer à nouveau » implique un système capable de documenter l'impact et la performance des technologies. Il devient alors possible d'utiliser cette information pour maintenir la capacité d'accueil du système et d'orienter les choix de remplacement de certaines technologies par d'autres plus performantes.

André-Pierre Contandriopoulos/Jean-Louis Denis

Université de Montréal

Modalités de financement et intégration des services de santé.

La population, sondage après sondage, exprime de façon explicite ses attentes : elle tient à son système d'assurance maladie public et universel, elle n'est pas prête à y consacrer beaucoup plus d'argent, les services qu'elle reçoit lui semblent de bonne qualité, mais elle est de plus en plus inquiète pour son futur. Il faut donc changer et faire différemment. La Commission espère créer les conditions qui permettront aux acteurs d'accroître leur niveau de coopération et de transformer leur pratique. La Commission demeure cependant vague sur la manière de créer ces conditions et sur le rôle que pourraient jouer les modalités de financement dans ce processus de transformation. Une dynamique de changement pourrait focaliser sur les compétences et le leadership, les idées et les ressources afin d'en arriver à un système de soins intégrés. Les modalités de financement (leviers pour mettre en œuvre un processus de changement) sont constituées par l'ensemble des dispositifs techniques, organisationnels et institutionnels qui organisent les trois fonctions de tout système de financement : le prélèvement de l'argent, l'allocation de l'argent entre des fonctions du système de soins et le paiement des acteurs. Chacune des modalités retenues pour remplir une de ces fonctions a des « spécifications » qui conditionnent et limitent les choix possibles des modalités pour les autres fonctions. Chaque modalité détermine en partie la gamme des choix possibles pour la distribution de l'argent et le paiement des acteurs. Ainsi, dans la mesure où la Commission reconnaît que c'est à l'État d'assurer l'équité de tous face à la maladie, il est indispensable qu'il puisse, en assumant lui-même la fonction de prélèvement (financement public) : conserver le pouvoir d'organiser un financement intégré des services de première ligne

médicale et sociale ainsi que leurs relations avec les autres niveaux de soins et participer à la définition de modalités de paiement des médecins qui soient compatibles avec le travail en équipe multidisciplinaire.

Les convergences

Des différents commentaires exprimés par les conférenciers, il est possible d'identifier une ligne directrice commune à tous, à savoir que pour faire face aux défis de l'avenir, il faut prendre les moyens de faire différemment. Pour Lee Soderstrom, la société doit s'ajuster à la réalité de la hausse des dépenses publiques qui découle de l'augmentation des services consommés per capita par les aînés (nous pourrions, par exemple, réfléchir sur l'efficacité des services donnés). Renaldo Battista croit qu'il faut généraliser une culture de l'innovation de la recherche et de l'évaluation. Enfin, André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis se positionnent en faveur de la transformation et du changement des pratiques et des organisations en accroissant la coopération, en ayant un système de soins intégrés. Dans un autre ordre d'idées, André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis ainsi que Lee Soderstrom ont souligné l'importance de conserver un système public pour faire face à l'avenir. Pour les deux premiers conférenciers, la capacité de décider collectivement la manière dont les sommes prélevées peuvent être utilisées diminue à mesure que l'on passe d'un financement public à un financement privé. Pour Lee Soderstrom, une augmentation du financement privé n'est pas une solution désirable au problème prétendu de la hausse des dépenses de santé, ce dernier risquant plutôt de réduire l'équité sociale et l'efficacité économique, en particulier celle du système de santé.

Échanges entre les conférenciers et les participants

1. À la lumière du rapport de la Commission Clair, quelles seraient les modalités de financement les plus efficaces ?

André-Pierre Contandriopoulos affirme que trois mécanismes différents s'influencent et se conditionnent les uns et les autres. Au niveau du prélèvement de l'argent, on peut, par exemple, retenir des sources d'argent spécifiques pour répondre à certains besoins. Au niveau de la répartition de l'argent, on voudrait, par exemple, rendre la première ligne imputable des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie (ce qui implique d'obtenir les ressources financières y étant reliées). Enfin, en ce qui a trait au paiement des acteurs, la Commission n'est pas très claire pour définir ce qu'est le paiement mixte. Cependant, on ne pourra pas régler cette question et s'ajuster tant que les deux autres niveaux ne le seront pas.

2. La contribution des employeurs n'a pas été abordée jusqu'ici. Devrait-on traiter de ce volet ?

André-Pierre Contandriopoulos répond à cela qu'au début des années 70, l'assurance maladie était financée à partir de l'impôt et de la contribution des employeurs. Par la suite, cela fut intégré au ministère du Revenu. Ainsi, cette contribution existe toujours, bien qu'elle ne soit plus apparente. Il serait possible, selon le conférencier, d'examiner la possibilité de l'identifier de manière différente.

3. On ne retrouve pas, dans le rapport de la Commission Clair, de mécanismes d'allocation pour la première ligne.

André-Pierre Contandriopoulos mentionne que le financement à une entité pourrait se faire selon le nombre de personnes dont elle est responsable (le terme responsable restant à définir).

4. Est-ce que le rapport de la Commission traite du regroupement des coûts de première ligne ?

Michel Clair donne le point de vue de la Commission à ce sujet. Le choix de la Commission fut de mettre l'accent non pas sur les moyens mais sur l'effort fiscal global. La dynamique que la Commission a voulu inclure dans son rapport veut qu'à long terme, il y ait intégration et contrôle des coûts par la première ligne. Des étapes étaient à son avis nécessaires pour que, petit à petit, on en arrive à cette intégration. Parmi les moyens mis en place on note entre autres la constitution de groupes de médecine de famille. Avec ces groupes, la question des médicaments, par exemple, va automatiquement se poser. Par des actions semblables, on pose les bases afin d'arriver à l'intégration évolutive des coûts.

Cependant, Lee Soderstrom ne partage pas la vision de Michel Clair. Il croit que notre système basé sur le financement tant public que privé ne favorise pas cette intégration.

5. Un commentaire est fait à l'effet que l'évaluation de la prévention est possible (la prévention auprès des jeunes enfants, par exemple). Dans un autre ordre d'idées, on ajoute qu'un levier important de changement n'est pas tant le financement des médecins que leur formation.

Renaldo Battista est d'accord en ce qui a trait à l'évaluation. Pour lui, l'évaluation est un processus dynamique. Il faut développer une culture d'évaluation. Plus précisément en ce qui touche les technologies, la corvée proposée par la Commission est une bonne méthode mais ce, à court terme.

André-Pierre Contandriopoulos revient sur les éléments de la dynamique du changement (compétences et leadership, idées et ressources). Pour lui, il est clair que les mécanismes de formation permettent de changer les mentalités, afin que les médecins soient des agents de changement.

6. Un participant mentionne qu'il trouve intéressante l'approche portant sur le financement intégré. D'un autre côté, il s'interroge sur la « caisse vieillesse », idée qui semble intéresser particulièrement la ministre. En effet, comment mettre en relation, intégration du financement et « caisse vieillesse », c'est-à-dire intégration versus silos ? Il se questionne sur la place (le silo) que prendrait la prévention et en particulier celle des personnes âgées ayant des incapacités.

André-Pierre Contandriopoulos avance que le mécanisme des « caisses » en est un de « prélèvement » d'argent. Nulle part dans le rapport de la Commission on ne parle de la nature, des modalités et des acteurs impliqués dans un tel mécanisme. Pour lui, l'intérêt d'une « caisse » est, en terme de politique publique, c'est-à-dire que l'État prend position et prend en charge les domaines reliés à cette nouvelle création. Par exemple, dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, cela voudrait dire que l'État s'en déclarerait responsable et que l'on sortirait du territoire imprécis.

7. Un commentaire porte sur la culture d'évaluation ou plus précisément sur la résistance par rapport aux systèmes d'information (le seul qui existe présentement est à l'hôpital et concerne les listes d'attente). Le participant croit malheureusement qu'en continuant de ne pas avoir recours à des modes d'évaluation, on peut continuer à tenir le même discours plutôt que de se baser sur des informations plus précises qui risquent de modifier les positions.

Renaldo Battista est en accord avec le commentaire du participant.

ALLOCUTION DE LA MINISTRE PAULINE MAROIS

Madame Marois rappelle à grands traits les raisons qui l'ont conduite à mettre sur pied la Commission Clair. Elle souligne particulièrement son attachement personnel pour les principes que sont l'accessibilité et l'équité. Comme elle le mentionne, ces principes revêtent une importance toute particulière dans le contexte actuel quand on sait qu'une part considérable de l'insatisfaction éprouvée par la population à l'endroit de notre système sociosanitaire tient à des lacunes dans l'accessibilité des services et dans leur équité.

L'accessibilité constitue le fil conducteur de nombreuses décisions annoncées au cours des deux dernières années. À titre d'exemple, Pauline Marois fait état de la situation des services d'urgence et de celle de services médicaux spécialisés en radio-oncologie et en cardiologie tertiaire pour l'obtention desquels des délais d'attente étaient importants. Des correctifs, identifiés par des consultations et des groupes d'experts, ont depuis permis d'améliorer l'accès aux services. Par ailleurs, dans une perspective d'équité, Pauline Marois souligne les efforts consacrés à l'amélioration des services destinés à des clientèles vulnérables, notamment celle des personnes souffrant de maladie mentale. Toujours dans une perspective d'équité, elle indique les investissements récents accordés à des centres hospitaliers afin qu'ils atteignent l'équilibre budgétaire et ceux consacrés à l'amélioration de notre parc technologique.

Madame Marois mentionne que les lacunes dans l'accessibilité et l'équité des services qu'elle a constatées au fil des dernières années lui ont révélé des difficultés bien précises au sein du système de services. Son expérience lui a de plus démontré qu'il était possible, par la contribution des acteurs en cause, de trouver à ces difficultés des solutions raisonnables et efficaces. C'est dans cette perspective que madame Marois a constitué la Commission Clair, c'est-à-dire pour mettre les acteurs à contribution dans la recherche de solutions à des difficultés d'organisation et de financement.

Pauline Marois présente les orientations gouvernementales qui découlent en partie des recommandations de la Commission Clair. Elle affirme partager les grandes lignes de la vision livrée par cette Commission.

Madame Marois se dit d'accord avec la création d'une véritable première ligne de services médicaux et l'implantation de groupes de médecins de famille. Par cette mesure, les gens auront un accès constant à une gamme de services médicaux. L'objectif est d'implanter ces groupes au cours des quatre prochaines années.

La Ministre souhaite également accélérer la constitution de réseaux de services intégrés à l'intention notamment des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette mesure donnera à

ces personnes vulnérables un meilleur accès aux services dont elles ont besoin. Pauline Marois annonce d'ailleurs le lancement d'orientations ministérielles en matière de services aux personnes âgées, lesquelles se veulent conséquentes avec les propositions de la Commission. Elle indique par ailleurs son appui à la proposition de la Commission souhaitant une meilleure hiérarchisation des services médicaux offerts à la population.

Pour remédier à la pénurie de médecins, Pauline Marois indique avoir déjà augmenté de près du quart en deux ans les admissions en médecine et manifeste son intention d'aller plus loin. Des mesures visant à inciter les médecins à travailler en région éloignée ont également fait l'objet de négociations avec les fédérations médicales. De plus, elle souhaite que les médecins spécialistes qui, dès la prochaine année, termineront leurs études aillent travailler là où leur présence est requise. D'autre part, des négociations ont permis de convenir d'une série de services médicaux généraux dits prioritaires qui seront dorénavant assurés sur l'ensemble du territoire québécois.

En matière de services sociaux, la Ministre affirme la nécessité de renforcer, de rehausser et d'uniformiser le panier des services de première ligne et de mettre les CLSC à contribution à cet effet.

Le Ministère lancera par ailleurs cette année une offensive majeure en prévention et en promotion de la santé. La loi sur la protection de la santé publique sera révisée en profondeur, alors que la politique de la santé et du bien-être fera l'objet d'une mise à jour, opération à laquelle le Conseil de la santé et du bien-être sera associé.

Madame Marois rappelle également l'importance de stabiliser la croissance du financement du système sociosanitaire, notamment de se donner des balises pour mieux suivre l'évolution des dépenses publiques. L'hypothèse de la création d'une « caisse » pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie serait évaluée. Par ailleurs, des démarches seront faites afin de conduire le gouvernement fédéral à rehausser sa contribution financière aux provinces en santé et bien-être.

La planification de la main-d'œuvre représente également une préoccupation gouvernementale. Un plan d'action à cet effet sera rendu public bientôt concernant la planification des effectifs infirmiers. Des efforts seront aussi consentis afin de rendre plus attrayantes les perspectives de carrière dans le domaine sociosanitaire.

En conclusion, Pauline Marois indique que ces orientations gouvernementales seront suivies de stratégies plus précises. Un projet de loi viendra notamment clarifier bientôt les responsabilités respectives du ministère et des régions régionales. Par ailleurs, elle se dit confiante quant au succès de la transformation du système, compte tenu de la volonté de changement qu'elle constate chez les gens qui y oeuvrent. Elle rappelle, en terminant, son implication et celle du gouvernement dans le renouvellement d'une stratégie de développement social, laquelle donnera une cohérence d'ensemble aux interventions publiques, en santé et ailleurs.

SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ :

La gouverne du système... Ce qui doit être changé et comment ?

Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être

Les objectifs du système : une démarche collective à poursuivre ?

L'objectif de la présentation est de proposer un scénario de politique renouvelée à la lumière des propositions de la Commission Clair et des acquis de l'expérience québécoise de la mise en œuvre de *La politique de la santé et du bien-être*. La Commission Clair propose d'une part d'instaurer une dynamique de gestion par résultats s'appuyant sur des valeurs d'équité, de solidarité et de compassion. D'autre part, elle propose de réviser la politique pour qu'elle soit porteuse d'une vision qui guide toutes les actions du système de services tout en étant axée sur la prévention. Le bilan de la mise en œuvre de la politique permet d'en identifier les réussites et les difficultés. Compte tenu de ces éléments, il est proposé que la politique renouvelée se fonde sur les acquis; repose sur des valeurs d'équité et de solidarité; réaffirme une vision interactive de la santé et soit soutenue par un engagement gouvernemental sur une stratégie de développement social. Son processus de renouvellement et de mise en œuvre doit être décentralisé, participatif et interactif. La politique doit contenir des objectifs de santé et de bien-être, de réduction des écarts, d'organisation des services, d'allocation des ressources, de modification des pratiques, de coopération intersectorielle, de recherche et de suivi. Pour que la politique de demain donne les résultats escomptés, certaines conditions sont nécessaires. Cinq facteurs critiques de réussites sont soumis à la discussion. Premièrement, il faut réanimer la participation publique. Deuxièmement, il faut mobiliser le personnel, pas seulement celui du secteur de la prévention, mais également celui du secteur hospitalier. Troisièmement, si la politique vise à susciter l'innovation et la participation, il faut que le système de financement et d'allocation des ressources soit souple, déréglementé et décentralisé. Quatrièmement, il faut consolider l'action intersectorielle. Cinquièmement, il faut compter sur l'engagement soutenu des leaders, particulièrement à travers un système de suivi et d'évaluation.

Pierre-Gerlier Forest, Université Laval

La gouverne du système et la participation de la population.

La participation de la population au processus de décision dans le système de santé et de services sociaux est un acquis menacé. Dans plusieurs milieux, on perçoit une certaine lassitude face aux efforts faits pour associer les citoyens aux décisions qui peuvent les concerner. Les déceptions à l'égard de la participation publique dans le réseau ont deux motifs principaux : la mauvaise distribution du pouvoir entre les acteurs et la faible

légitimité des institutions représentatives. Les principaux bénéfices attendus de la participation se résument à trois fonctions : information, conciliation, appropriation. Les trois fonctions ne se réalisent pas dans chaque expérience participative. De plus, lorsqu'elles se réalisent, elles ne le font pas toujours au même degré. L'étude de la participation dans les régies régionales nous apprend que les moyens mis en œuvre pour favoriser celle-ci sont plutôt traditionnels (audiences publiques, opinion du Conseil, tables de concertation, colloques, sondage, etc.). Ils favorisent davantage l'information de la population que les autres fonctions. Par ailleurs, les obstacles à la participation observés dans les régies régionales sont multiples. Plusieurs tiennent toutefois au mode de gouverne : interférence politique, interventions ministérielles, échéances courtes et serrées. La participation publique fait partie des caractéristiques du système public de services québécois. Il s'agit même d'un trait qui permet d'affirmer et de maintenir le caractère public du régime en soumettant les acteurs et les organisations à certaines formes de régulation démocratique ou collective. L'expérience des régies régionales démontre qu'il y a place pour un ajustement constructif entre la culture politique locale et les modalités de participation. Ce qui reste à faire cependant, c'est de mettre en place une large panoplie d'outils à la disposition des acteurs impliqués dans la gouvernance en santé (ex. : jurys ou panels de citoyens, sondages délibératifs, planification communautaire, veille stratégique).

Marcel Villeneuve, Régie régionale de Montréal-Centre

Ministère, régies régionales, les établissements : une nouvelle division du travail ?

Comparant la loi actuelle, fortement inspirée de la Commission Rochon, et le rapport Clair, on constate que la division du travail entre les différents paliers est la même. Les différences se trouvent plutôt dans le diagnostic qui est posé, dans la dynamique de l'exercice du pouvoir et dans l'imputabilité. La Commission Rochon posait le diagnostic d'un système pris en otage par les experts et les groupes de pressions, de l'exclusion de la population des décisions la concernant et d'un système refermé sur lui-même. La Commission Clair pose plutôt comme diagnostic que les équipes cliniques et de gestion sont écartées des décisions, qu'il y a un fonctionnement en silo et qu'il y a absence de vision cohérente. Alors que la Commission Rochon proposait que le citoyen soit aux commandes du système de services, en étant élu au conseil d'administration des régies régionales, la Commission Clair propose plutôt de considérer le système comme une entreprise décentralisée gérée par des experts nommés au conseil d'administration des régies par le gouvernement. Le citoyen cède sa place à l'expert. Quant à l'imputabilité, la Commission Clair propose de passer d'un modèle d'imputabilité politique à un modèle d'imputabilité managériale. La destination de l'imputabilité passe de la population vers les niveaux supérieurs. Les décisions sont prises par des experts qui visent des résultats (plans d'affaires, contrats de performance). En terminant, quelques pistes de réflexion sont identifiées : 1) Doit-on évacuer la population des centres décisionnels pour la limiter à la périphérie consultative de la décision ? 2) Ces deux paradigmes sont-ils mutuellement exclusifs ? 3) À quelles conditions pourrait-on faire coexister ces deux conceptions et miser sur les acquis positifs ?

Les convergences

Hélène Morais et Pierre-Gerlier Forest identifient les différentes fonctions de la participation publique. Pour Hélène Morais, la participation vise à informer, consulter et décider. Pour Pierre-Gerlier Forest la participation a pour fonctions : l'information, la conciliation et l'appropriation. Pour qu'il y ait une véritable participation publique, il faut dépasser la fonction information et tendre vers l'appropriation et la décision.

Des présentations de Hélène Morais et de Pierre-Gerlier Forest, il ressort que la participation publique est essentielle. Elle est l'un des facteurs de réussite identifié par Hélène Morais. Pour Pierre-Gerlier Forest, la participation est une caractéristique importante du système public québécois.

Tant Pierre-Gerlier Forest que Hélène Morais proposent de construire sur les acquis. Dans le premier cas, il faut évaluer les expériences de participation publique dans les régies régionales et construire sur ces connaissances. Dans le deuxième cas, il faut tirer des enseignements de la mise en œuvre de *La politique de la santé et du bien-être* pour construire sur ses forces et améliorer ses points faibles.

Échanges entre les conférenciers et les participants

1. La fusion des conseils d'administration des établissements de première ligne (CLSC, CHSLD, CHSGS) d'un territoire n'est-elle pas contraire à un objectif de participation publique ?

L'enjeu principal, selon Pierre-Gerlier Forest, n'est pas le nombre d'établissements fusionnés mais plutôt la taille du territoire (géographique et symbolique) si on veut conserver la participation publique. C'est l'élément le plus déterminant pour le mode électif. Il importe d'imaginer d'autres modes participatifs.

2. Dans sa proposition concernant la composition des conseils d'administration des régies régionales, la Commission Clair évince les représentants du personnel. Est-ce que cela favorise la mobilisation du personnel ?

Selon Hélène Morais, cela n'est pas une bonne décision. Le personnel du réseau doit être impliqué dans la définition des objectifs ainsi que de la mise en œuvre des moyens d'action. Il doit être mobilisé par différents moyens. Dans le passé, *La politique de la santé et du bien-être* n'a pas suffisamment intéressé les différents professionnels du réseau de services.

3. Les valeurs de base du système ont été discutées, particulièrement l'identification, par la Commission Clair, de la compassion comme une valeur fondamentale du système.

Des membres de l'auditoire trouvent que la compassion n'est pas une valeur de citoyenneté. Ils privilégient plutôt l'universalité et la justice sociale comme valeurs fondamentales du système public de services.

Marcel Villeneuve souligne pour sa part que la compassion est un élément qui suscite beaucoup d'intérêt dans la population. Elle permet d'être sensible à certains problèmes d'intégration.

Pierre-Gerlier Forest ne croit pas que la compassion est seulement une valeur judéo-chrétienne. Dans certains cas, c'est la seule façon d'introduire des exceptions dans un système qui fonctionne selon les règles administratives.

SYNTHÈSE DES CONFÉRENCES DU PANEL INTITULÉ :

La première ligne... ce qui doit être changé et comment ?

D^r Marie Dominique Beaulieu, Université de Montréal

Les services intégrés de première ligne : les contraintes et les conditions pour les dépasser.

Au départ, le D^r Beaulieu mentionne qu'il y a peu de définitions des services intégrés de première ligne qui font consensus. À partir de trois histoires vécues dans sa pratique en clinique, elle fait ressortir certaines contraintes et conditions. Ainsi une personne qui avait été vue par son médecin de famille et qui avait amorcé un traitement sous sa responsabilité, a présenté dans les jours suivants des problèmes. Le service sans rendez-vous de son médecin de famille étant non disponible, elle s'est adressée à une autre clinique et elle est devenue alors une cliente sans rendez-vous. La contrainte est liée au manque d'information du médecin remplaçant, au fait que la cliente doit répéter son histoire et que la continuité des soins est difficile. Les conditions pour assurer la continuité pourraient être la carte à puce et la rencontre d'une infirmière qui assurerait le suivi.

Une autre cliente très malade (sclérose en plaques, problèmes cardiaques) a été libérée d'un centre hospitalier récemment. L'infirmière du CLSC appelle le médecin de famille pour l'informer de la situation qui semble se détériorer et revoir la médication. Quel est alors le rôle du programme de suivi systématique sur l'insuffisance cardiaque en place dans ce centre et son rôle auprès du médecin de famille quant au suivi de l'information concernant la sortie de la cliente et le suivi du dossier. La contrainte fait référence à la difficulté d'arrimer les interventions intrahospitalières pour les clientèles inscrites à des programmes de suivi avec le suivi par le médecin de famille en concertation avec le CLSC. Enfin, le suivi récent d'une personne en phase terminale à domicile, sur plusieurs semaines, avec les intervenantes et intervenants du CLSC et le pharmacien, avec pour seul outil le téléphone, s'est avéré tout à fait adéquat, selon le D^r Beaulieu. Quel sera le rôle du réseau de services intégrés, pour qui ? comment s'articulera-t-il ?

Le D^r Beaulieu mentionne que la Commission Clair fait état de soins centrés sur la personne soit une liste de patients avec une responsabilité horizontale et aussi un médecin de famille qui s'implique auprès d'une population à risque avec une responsabilité verticale. Il y a un danger de glissement entre ces deux visions, les personnes à moindre risque pouvant se retrouver sans médecin compte tenu que ces derniers seront mobilisés par les personnes plus atteintes. Il faut être prudent pour éviter de développer la première ligne selon la vision de la deuxième et de la troisième ligne, ce qui est différent. Il faut

demander aux acteurs de la première ligne de définir l'intégration des soins (partage d'une vision commune) et éviter d'importer des modèles. De plus, la notion de responsabilité envers la clientèle est importante, ainsi que les ressources financières et la technologie.

D^r André Munger, Association des médecins de CLSC

Liens entre cliniques médicales et CLSC : les améliorer ou les formaliser ?

Il y a deux notions importantes : la collaboration et l'offre de services. Le D^r Munger rappelle une erreur historique, soit considérer les médecins travaillant en clinique privée comme étant un secteur différent de celui des CLSC, alors que le régime public assure le financement de ces deux secteurs. Le modèle de pratique de la médecine en CLSC est polyvalent, de type familial et s'intéresse aux problèmes de santé dans une approche transversale. Il ne s'agit pas d'assurer une complémentarité entre les médecins en clinique privée et en CLSC mais plutôt une collaboration. Il ne s'agit pas *de faire ce que les autres ne veulent pas faire*, mais de revoir l'offre de services, de constituer des équipes de travail ayant des objectifs communs. À cet effet, le D^r Munger mentionne qu'il est important de réconcilier les médecins autour de la première ligne et que dans certaines régions dont l'Estrie, l'offre des services actualise cette réconciliation, notamment pour les services à offrir aux heures ingrates. Il y a cependant peu d'évaluation de ces modes de collaboration, de ces modèles. Il mentionne un modèle d'offre de services où le CLSC est porteur, soit une association des médecins en CLSC et ceux des cliniques médicales qui participent aux services de garde le soir et la fin de semaine.

Une offre de services uniforme au Québec est requise et devrait être sous la responsabilité du département régional de médecine générale (DRMG). Cette offre de services devrait intégrer la définition de la notion de continuité, du suivi de la clientèle en perte d'autonomie sévère, des activités prioritaires dont les services de garde, les sans rendez-vous, les services à domicile, la santé mentale, les services en centre hospitalier de soins de longue durée et les activités médicales particulières. En conclusion, il faut s'assurer de la collaboration de tous les médecins, définir l'offre de services pour améliorer l'accès, agir (signal de la Commission Clair) et évaluer.

D^r Jean Rodrigue, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

La rémunération des médecins dans une première ligne intégrée.

Pour les médecins, plusieurs liens contractuels existent en première ligne impliquant le respect des clauses spécifiques de chacun : contrat thérapeutique médecin-patient, médecin-gouvernement (conditions d'exercice et de rémunération), contrat d'affaires (cabinet médical) et professionnel (CLSC). Les médecins sont rémunérés actuellement selon deux aspects : l'effort dont les activités cliniques en cabinet et en CLSC, les

activités multidisciplinaires et médico-administratives en CLSC et la disponibilité pour le maintien à domicile et les ressources (les frais inhérents à la pratique en cabinet).

Le D^r Rodrigue mentionne les multiples adaptations du mode de rémunération entre 1970 et 1994, notamment pour les médecins en CLSC. Il indique les constats actuels quant aux modes de rémunération. La rémunération à l'acte favorise la productivité, rémunère mal les activités de prise en charge et de suivi, notamment depuis la transformation du réseau et au regard de l'alourdissement des clientèles, ne rémunère pas les activités multidisciplinaires et a une composante technique insuffisante (frais médicaux en cabinet). La rémunération par honoraires fixes et selon un tarif horaire rémunère la totalité du temps professionnel mais est mal adaptée aux activités à haut débit. Le recours à un mode mixte de rémunération pour s'adapter aux nouvelles réalités de la pratique est plus en vogue comparativement aux modes par honoraires fixes et à tarif horaire qui sont en stagnation et à la rémunération à l'acte qui est en décroissance.

Pourquoi modifier la rémunération des omnipraticiens ? Il faut rémunérer le changement, notamment la participation aux groupes de médecins de famille, la participation aux activités prioritaires du département régional de médecine générale et l'accessibilité au regard de la répartition inter et intrarégionale, ainsi que la pratique en milieu rural où les besoins de soins sont importants, le ratio médecins-population « désastreux », et les autres services peu développés. Il faut aussi rémunérer la pratique polyvalente (CHSGS et CHSLD) et le suivi des clientèles lourdes, défrayer le coût des ressources additionnelles nécessaires dont les frais de cabinet, les infirmières et l'informatisation.

Comment modifier cette rémunération ? La capitation n'est pas la solution miracle. Il propose l'augmentation générale ou sélective des tarifs, l'assouplissement des mécanismes régulateurs, la reconnaissance des frais de pratique, les primes et la révision des modalités et des modes de rémunération. Pour les modalités de rémunération, il en spécifie certains :

- Modes actuels + prime de responsabilité;
- Forfait quotidien + % des actes;
- Capitation mixte (+ acte ou tarif horaire ou honoraire fixe);
- Compatibilité avec les activités en deuxième ligne.

Quelles sont les limites de la rémunération comme facteur de changement ? Plusieurs autres facteurs interviennent. Le maintien de liens contractuels multiples rend difficile la capitation. Il faut compter sur l'adhésion des médecins, des patients, des citoyens, des autres professionnels (infirmières, pharmaciens, etc.), ce qui n'est pas évident à prime abord. L'adaptation du réseau est nécessaire, ainsi que l'ajout de ressources appropriées et d'effectifs adéquats. Il y a un danger en milieu rural dans certaines régions, compte tenu du manque de médecins ou de l'épuisement de ceux qui y travaillent.

En conclusion, la modification de la rémunération est un des facteurs pouvant supporter le changement vers une première ligne intégrée, mais il faut compter sur l'amélioration des autres volets, notamment les effectifs pour assurer l'accès aux services et particulièrement en milieu rural.

D^r Howard Bergman, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Commentaires sur les propos précédents

Les propos des conférenciers soulèvent le processus de changement dans le système de santé discuté dans le cadre des travaux de la Commission Clair. Ce changement important est basé sur des problèmes d'accessibilité aux professionnels de première ligne au plan médical et sur l'utilisation inappropriée des ressources. L'approche de la Commission Clair axée sur une première ligne médicale comme l'assise principale et regroupant les médecins de famille (en clinique privée et en CLSC) sous-entend des actions et a des conséquences importantes selon divers aspects :

- Se donner les moyens de développer la relation entre le médecin et le citoyen;
- Travailler en interdisciplinarité et non plus seul;
- Établir une responsabilité envers une population par une inscription des personnes pour mieux connaître la population à desservir, pour développer les interventions et mesurer l'adéquation entre les ressources et les résultats;
- Changer la dynamique vers une recherche de résultats.

Le défi est d'éviter la perfection au début, d'éviter un modèle unique, et la sectorisation de la médecine (clientèle, intervention) selon les intérêts du médecin. Il faut investir dans le changement par des moyens financiers, notamment pour assurer la transition du temps, du leadership et s'appuyer sur les réussites. Ainsi, ceux qui s'impliquent en premier vont définir le changement. Le rapport Clair est en ce sens un appel au changement.

Les convergences

Les conférenciers sont dans l'ensemble d'accord concernant la place importante des médecins en première ligne et sur l'urgence du changement au plan des services médicaux afin d'assurer un accès équitable à la population.

La collaboration avec les autres professionnels, notamment les infirmières et les pharmaciens s'avère un acquis à consolider.

Des interrogations

Il y a peu de divergences, mais plutôt des interrogations sur la manière d'amorcer le changement et sur les leviers tant au plan financier que de l'organisation des services de première ligne et de la collaboration avec la deuxième et la troisième ligne.

Échanges entre les conférenciers et les participants

1. Quelles seront les conditions à mettre en place pour que les médecins passent à l'action dès maintenant ?

Le D^r Munger mentionne que la reconnaissance de la première ligne et des médecins qui y travaillent, l'amélioration de la communication, le lien de collaboration entre les médecins sont des atouts. Dans les faits, il existe peu de protocole et il y a des résistances lorsque cela est trop formel. Il faut développer un modèle intéressant pour les médecins autour d'une offre de services.

Le D^r Rodrigue indique qu'il y a des zones où il y a un manque d'accès aux médecins. Par contre, dans plusieurs cas, le suivi médical est bon. Il faut combler les lacunes, par exemple au plan de la santé mentale. L'enjeu majeur se trouve dans le panier de services. Certains ne peuvent s'identifier à ce panier de services. Il faut rendre tangible le lien avec la population et le médecin en misant sur des petits groupes.

2. Il y a des craintes au niveau des ergothérapeutes que la réadaptation soit oubliée en première ligne. Comment se fera l'interdisciplinarité ?

Le D^r Rodrigue souligne que le noyau de la première ligne devrait être le médecin et l'infirmière, compte tenu de la rareté des ressources en réadaptation et dans d'autres secteurs et du niveau d'intervention axé sur des clientèles vulnérables. Il faut économiser en centralisant au CLSC ces ressources et les rendre disponibles pour le groupe des médecins de famille en ciblant les clientèles vulnérables.

ALLOCUTION DE CONCLUSION

Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être

Hélène Morais, présidente du Conseil de la santé et du bien-être, trace une rapide synthèse des propos des conférenciers. Elle identifie, d'une part, les solutions avancées par la Commission Clair pour surmonter les lacunes de notre système sociosanitaire et, d'autre part, les zones d'obscurité qui persistent.

Plusieurs messages retiennent son attention.

Notre système sociosanitaire fait face à une crise de confiance, laquelle persiste notamment en raison de ce que nous nous contentons depuis longtemps de répéter les mêmes diagnostics et les mêmes solutions. Prendre conscience de cette situation devrait nous encourager à agir pour mettre en application les solutions proposées par la Commission Clair.

Par ailleurs, les opinions divergent quant à l'impact du développement technologique et du vieillissement sur notre système sociosanitaire. Ce débat porte sur les coûts de ces facteurs, mais plus précisément sur la manière dont le réseau gère la technologie et les services aux personnes âgées. Le Conseil contribuera à ce débat par la poursuite des travaux déjà engagés par Soderstrom et Lefebvre et par la publication d'un avis sur l'intégration sociale, la qualité de vie et les services aux personnes âgées et celles qui les aident. Par ailleurs, en ce qui concerne le développement technologique, l'appel à des mécanismes d'évaluation et de débat démocratique ne doit pas rester sans réponse. Le Conseil contribuera à cette réflexion, notamment par la production d'un avis sur les enjeux éthiques soulevés par l'information génétique.

Autre message qu'il convient de retenir, le débat sur la place du privé au sein de notre système sociosanitaire est appelé à se poursuivre. À l'intérêt du privé de s'impliquer davantage, il faudra répondre par des balises claires.

Sur la question de la gouvernance, retenons qu'il faudra mobiliser le réseau autour d'objectifs de résultats et envisager à cet égard des scénarios de renouvellement de la politique de la santé et du bien-être. Retenons également qu'il faudra chercher à concilier la participation du public avec des impératifs de management.

Par ailleurs, la Commission a avancé des propositions concrètes de renouvellement de la première ligne. Le débat a permis de souligner qu'il demeurerait toutefois des zones d'incertitude à supprimer.

Finalement, Hélène Morais remercie les participants, de même que toutes les personnes qui ont collaboré avec le Conseil pour la tenue de ce colloque.