

Embargo 25 octobre 2000

**MÉMOIRE RELATIF AU FINANCEMENT
ET À L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX**

**DANS LE CADRE DE
LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**

**PRÉSENTÉ PAR
LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

Montréal, le 21 septembre 2000

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS	3
1.1 <i>Financement public.....</i>	3
1.2 <i>Financement spécifique.....</i>	4
1.3 <i>Niveau de financement.....</i>	5
1.4 <i>Ticket modérateur et frais accessoires.....</i>	7
1.5 <i>Panier de services</i>	8
2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS.....	9
2.1 <i>Soins de santé intégrés.....</i>	9
2.2 <i>Les services de maintien à domicile.....</i>	12
2.3 <i>Les paliers administratifs.....</i>	13
2.4 <i>État garant mais non gérant</i>	14
2.5 <i>Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins.....</i>	15
2.6 <i>Effectifs</i>	15
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE.....	18
ANNEXE 1.....	20

INTRODUCTION

Par ce mémoire à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Fédération des médecins spécialistes du Québec veut exprimer le point de vue des 7 000 médecins spécialistes québécois regroupés en 33 disciplines sous 3 grands thèmes : la médecine, la chirurgie et les laboratoires (Annexe 1). Représenter un groupe de cette taille appelle une mise en garde : il existe nécessairement un large spectre d'opinions parmi les médecins spécialistes, car ils sont touchés à des degrés divers par les travaux actuels de la Commission.

Comme plus de 75 % des activités professionnelles des médecins spécialistes se déroulent en centre hospitalier de courte durée¹, la FMSQ a choisi d'axer son mémoire sur les thèmes où elle croit avoir une expertise professionnelle qu'elle aimerait partager avec les membres de la Commission. Son témoignage se base sur le vécu quotidien des médecins plutôt que sur l'analyse de documents officiels, gouvernementaux ou autres. Les médecins spécialistes sont soucieux de la santé de leurs patients; leur témoignage vise à assurer aux Québécois une meilleure accessibilité aux soins, et ce, en temps opportun, c'est-à-dire au moment où ces soins sont requis, sans attente indue.

L'important volet de la prévention est ici délibérément passé sous silence, la FMSQ sachant que d'autres groupes en traiteront.

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

1.1 Financement public

Au delà du fait que l'exercice actuel n'est pas la remise en question des cinq grands principes du système de santé canadien, la FMSQ croit que la source première de financement du système de soins au Québec doit rester publique. La FMSQ ne favorise pas une "médecine à deux vitesses" et pense qu'un financement public est plus conforme au maintien de la solidarité et de l'équité sociales. Par contre notre position n'exclut pas la participation accessoire du privé au financement, mais surtout dans l'organisation de la prestation des soins². Une certaine déréglementation et une plus grande souplesse nous apparaissent souhaitables pour un fonctionnement plus harmonieux de notre système de santé. Une fois atteinte la capacité de payer de l'État, peut-il interdire aux citoyens de dépenser pour leur santé ?

¹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999.

² *Ibid.*

1.2 Financement spécifique

En accord avec le concept d'un "Fonds des services sociosanitaires" développé dans le rapport Bédard³, la FMSQ croit que l'ensemble des sommes versées pour la santé (contributions des particuliers, des employeurs ou autres sources) devraient être identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte.

Elle y voit des avantages :

- Cette caisse distincte amènerait une objectivation des coûts totaux du système et une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics dévolus au système de santé en plus de permettre de vérifier la capacité et la volonté de payer de la population québécoise pour des soins de santé. À partir du moment où cette capacité ou cette volonté de payer est atteinte ou dépassée, d'autres mesures devraient être appliquées, telles que celles suggérées par le rapport Bédard⁴. Il est probable que les citoyens accepteraient de payer des impôts supplémentaires pour la santé, mais pas nécessairement pour d'autres programmes gouvernementaux. Rappelons qu'entre 1970 et 1978, il y avait identification des sommes versées par nos impôts à la RAMQ dont les surplus d'opération ont alors été versés au fonds consolidé de la province.
- Une comptabilité distincte résulterait en une mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins. Le système de santé actuel n'est pas celui d'une économie de marché, laquelle prévaut dans toutes les autres sphères d'activité de notre pays. Le système actuel où le patient ne paie pas peut constituer en soi une déresponsabilisation du patient ou du médecin⁵. De plus, une telle comptabilité rendrait plus facile l'application de l'article de loi qui prévoit que le patient doit recevoir un relevé des coûts générés par les services assurés qu'il a reçus, tant en termes d'hospitalisation qu'en termes de soins médicaux ou autres.
- Les règlements ponctuels des "crises" récurrentes engendrées par les déficits budgétaires, réels ou appréhendés, passent trop souvent par des pressions ou des interventions politiques qui ne respectent pas nécessairement les principes d'une saine gestion. Une caisse distincte permettrait un management plus objectif.

³ Denis Bédard. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Observatoire de l'administration publique - ENAP, Montréal, 2000.

⁴ Denis Bédard. *Op. cit.*

⁵ David Gratzner. *Code Blue : Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999, p. 190.

1.3 Niveau de financement

Le document récent de l'Organisation mondiale de la santé intitulé *Rapport sur la santé dans le monde 2000* indique qu'il n'y a pas de lien clair entre les sommes dépensées et un meilleur état de santé de la population⁶. Néanmoins Ingelhart⁷, dans une évaluation récente du système de santé canadien, indique que c'est depuis la réduction de la croissance des dépenses en santé qu'est apparu le déclin de la satisfaction du public canadien face à son système de santé. Au Canada, cette augmentation annuelle moyenne de 11,1 % entre 1975 et 1991 tombait à 2,6 % entre 1991 et 1996. De plus, l'Institut canadien d'information sur la santé⁸ indique que le Québec est la province canadienne qui dépense le moins *per capita* pour la santé.

Les coûts de santé des pays sont traditionnellement évalués en pourcentage du PIB et les chiffres au-dessus de 10 % sont souvent déclarés abusifs. Sur quoi repose une telle vision ? Dans l'avenir, la combinaison de la réalité démographique d'une population vieillissante plus nombreuse et de la disponibilité de nouvelles technologies, permettant des traitements plus accessibles, plus confortables et en toute sécurité, vont amener des pressions à la hausse sur les dépenses de santé. Par contre, jusqu'à quel niveau peut-on augmenter ? «*Careful projections by government researchers (USA) in 1992 showed that absent reform, the twin forces of technology and demographics would drive health care spending to about 27% of GDP by 2020, and to about 32% by 2030*».

Finalement, pourquoi toujours considérer les dépenses de soins de santé comme improductives ? «*The bad reputation of health care reflects economic systems that track what is easiest to count. New hips that allow people to walk, implants that restore their vision, are classified as nonproductive services that somehow make us poorer*»¹⁰.

La FMSQ est donc d'avis que le niveau de financement public doit être augmenté et ce, pour plusieurs raisons :

- 1.3.1 Il faut augmenter le niveau de financement public pour permettre l'achat, le renouvellement et l'entretien des plateaux techniques, des équipements et des immobilisations. D'autres individus (Michael B. Decter) ou organismes, tels l'AHQ ou l'Association canadienne des radiologistes, l'ont déjà signalé. Il est intéressant de noter que même le ministre fédéral de la Santé, M. Allan Rock, reconnaît le sous-financement du système qu'il défend si farouchement : «*The government's own surveys of public opinion show that*

⁶ Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Genève, juin 2000.

⁷ John K. Ingelhart. «Revisiting the Canadian Health Care System», *N Engl J Med* 2000, 342:2007-2012.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, Statistiques Canada, Ottawa, 2000.

⁹ Charles R. Morris. «The Health-Care Economy is nothing to Fear», *Atlantic Monthly*, Dec. 1999.

¹⁰ *Ibid.*

even higher proportions of people favor an increased investment in health care» «...Canadians answer in remarkable unanimity (9/10) that the first priority of the government when there is a dollar available should be restoring our iconic health care system to the condition it must be in if it is to provide timely access to high-quality care¹¹.»

La FMSQ croit qu'un plan d'affaires, comme cela existe pour toute entreprise d'envergure, devrait être introduit dans notre système de santé afin d'en maximiser l'efficacité. En effet, à l'exception du *Plan triennal de remplacement des équipements médicaux*, qui ne répond que pour une infime partie aux besoins de remplacement d'équipements médicaux spécialisés, il n'existe aucun programme provincial structuré de renouvellement d'équipements et d'instruments médicaux, basé sur la durée de vie utile de ces équipements.

Le système de santé est un consommateur très important d'instruments médicaux coûteux et d'équipements sophistiqués. Or, il est curieux de constater qu'il existe des regroupements d'achats pour des fournitures courantes (papier, savon, etc.), mais que les achats d'équipements lourds (informatique, laboratoires, médecine nucléaire, PACS, radiologie, radiothérapie) se font le plus souvent à la pièce. Si un plan d'affaires existait, les fabricants appelés en soumission pourraient concéder des prix plus bas et un meilleur service à moindre coût, amenant des économies substantielles en même temps qu'une meilleure qualité de soins.

- 1.3.2 Il faut augmenter le niveau de financement public pour permettre aux centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité, et ce, pendant toute l'année. Trop souvent en période de crise ou de demande de correction budgétaire, afin d'éviter un déficit appréhendé, les centres hospitaliers ferment des lits, voire des départements entiers de soins, des salles d'opération, des cliniques externes, ce qui perturbe considérablement le fonctionnement de l'établissement, entraîne une mobilité accrue et induit du personnel infirmier (dont la formation est longue et coûteuse) tout en causant une démobilisation et une démoralisation de ce personnel soignant.

De plus, les fermetures temporaires mais récurrentes des plateaux techniques hospitaliers résultent également en une pénurie artificielle de médecins spécialistes, qui sont disponibles, mais ne peuvent travailler faute de moyens et de ressources, avec pour conséquence des listes d'attente qui s'allongent.

Les fermetures de lits sont également difficiles : les médias font sans cesse état des patients aux urgences en attente de lits d'hospitalisation, mais ne semblent pas savoir qu'au même moment, des étages entiers de lits de soins sont temporairement fermés. Le drame est que ces fermetures de lits

¹¹ John K. Ingelhart. *Op. cit.*

et de plateaux techniques amènent très peu d'économies réelles pour la correction des déficits hospitaliers, mais par contre diminuent considérablement l'efficacité et l'efficience des CHCD. Il faut augmenter les niveaux de financement public pour corriger le sous-financement chronique des centres de soins hospitaliers de courte durée qu'on aura choisi de se donner.

- 1.3.3 Il faut remplacer la base historique de financement des établissements par un financement basé sur les coûts réels des épisodes de soins, incluant les coûts des infrastructures nécessaires à leur dispensation et les coûts reliés à la dépréciation et au remplacement des équipements médicaux avant que ceux-ci ne deviennent complètement désuets. Le financement des hôpitaux doit de plus prendre en considération l'acquisition des nouvelles technologies qui sont garantes d'une qualité de soins accrue.

Par contre, nous ne sommes pas convaincus qu'un financement basé sur les DRG (ou la version améliorée des DRG, les APR-DRG) serait la solution idéale. Avant d'aller dans cette direction, ce système devrait prendre en compte non seulement les diagnostics résultant des hospitalisations, mais également ceux résultant de soins prodigués sur une base externe. En effet, les hôpitaux qui traitent davantage sur une base ambulatoire prodigent plus de services par unité de temps et consomment donc davantage de ressources qu'un centre hospitalier qui dispense des soins habituels à des patients trop longtemps hospitalisés. À titre d'exemple, les services dispensés par les services d'hémodialyse ou d'oncologie à des patients externes sont-ils pris en compte ?

- 1.3.4 Conséquente avec la lettre qu'elle adressait au premier ministre du Canada, l'honorable Jean Chrétien, en février 2000, la FMSQ croit qu'il faut continuer à faire pression sur le Gouvernement fédéral afin qu'il rétablisse les transferts de paiement à des niveaux égaux ou supérieurs à ceux de 1994¹². Elle ne veut cependant pas être victime des mésententes et de la recherche de coupables entre les gouvernements fédéral et provinciaux¹³.

1.4 Ticket modérateur et frais accessoires

L'idée d'un ticket modérateur généralisé semble difficilement applicable et peu désiré par la population. De plus, il serait vraisemblablement moins nécessaire avec une caisse distincte de financement dont un des effets serait de responsabiliser le consommateur et le prestataire. La FMSQ serait cependant d'accord avec un élargissement et une révision de la notion des frais accessoires (contribution financière de l'utilisateur), en dissociant l'acte médical en soi des éléments physiques et matériels nécessaires à la prestation de l'acte.

¹² Pierre Gauthier. «Lettre au Premier ministre du Canada », *La Presse*, 28 février 2000.

¹³ Raisa B. Deber. «Who wants to pay for health care ?», *CMJA*, 163(1), 2000 July 11, p. 43-44.

Ainsi, en milieu hospitalier, l'utilisateur est déjà appelé à défrayer le coût de lentilles intra-oculaires, de prothèses auditives ou orthopédiques; cette contribution pourrait être étendue au paiement total ou partiel, pour un modèle *haut de gamme*, par exemple d'un cardiostimulateur, en remplacement du modèle régulier assuré à l'instar du patient qui choisit de se payer une chambre privée plutôt qu'une chambre partagée lors de son hospitalisation.

En cabinet, le remboursement de l'acte médical couvre actuellement à la fois la composante professionnelle et tous les éléments utilisés pour poser ce geste médical. La FMSQ croit que certains des frais d'opération d'un cabinet (ex. : fournitures de bureau ou de laboratoire, frais d'utilisation des instruments et des équipements spécialisés, frais d'ouverture du dossier et de sa conservation) pourraient être chargés au patient¹⁴. D'une part, ce paiement de l'utilisateur rétablirait une certaine forme d'économie de marché et de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins; d'autre part, elle permettrait aux médecins de mieux équiper leurs cabinets et de poser des gestes diagnostiques ou thérapeutiques actuellement réservés aux hôpitaux. Cette approche rendrait les médecins moins dépendants des plateaux techniques des établissements publics, allégeant ainsi le fonctionnement hospitalier et permettant une meilleure accessibilité aux soins.

Cette contribution de l'utilisateur pourrait prendre plusieurs formes. Elle pourrait s'apparenter au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament. En corollaire, la loi devrait permettre à l'utilisateur de s'assurer pour ces dépenses.

Un système de soins public et universel devrait idéalement offrir à tous une même qualité de soins et de services. Cependant, le financement ne peut être illimité et, dans un contexte de ressources limitées, il devient difficile de comprendre qu'il est illégal pour un patient de dépenser son propre argent pour obtenir un niveau de qualité ou de luxe non médicalement indispensable mais jugé souhaitable par le patient lui-même. Plus encore, certaines politiques hospitalières actuelles de quotas bloquent l'accessibilité aux soins : un patient en attente d'une chirurgie de remplacement de hanche par prothèse ne peut être opéré si le nombre autorisé annuellement dans son CHCD est atteint.

1.5 Panier de services

Un groupe de réflexion composé de tous les intervenants en santé au Québec présentait en 1996 au ministre de la Santé et des Services sociaux, des *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*¹⁵ qui auraient permis de «réduire l'enveloppe générale des services médicaux de

¹⁴ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal, 22 janvier 1999.

¹⁵ Conseil médical du Québec. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et des services médicaux*, Sillery, juin 1996, p. 36.

31,7 millions \$¹⁶». La FMSQ est toujours d'accord avec ces propositions¹⁷ et croit qu'elles pourraient être quelque peu élargies, mais il ne s'agit là que d'une avenue très secondaire si on considère les sommes globales dévolues à la santé au Québec.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

Les sondages publics montrent que la population est satisfaite des soins de santé reçus des professionnels et des centres hospitaliers¹⁸. L'accessibilité et la prestation de soins en temps opportun constituent cependant deux obstacles actuels qu'une meilleure organisation des services pourrait contribuer à aplanir dans une large part.

2.1 Soins de santé intégrés

La FMSQ croit nécessaire une revalorisation de l'importante relation patient/médecin¹⁹ : la consultation médicale, c'est la rencontre d'une confiance (patient) et d'une conscience (médecin).

Le renforcement de la relation patient/médecin et l'intégration des soins médicaux passent d'abord par le renforcement de la première ligne : tout Québécois doit avoir accès à un médecin généraliste ou un médecin de famille avec lequel il entretient une relation personnelle et à long terme. Cette relation privilégiée patient/médecin, avec une meilleure connaissance mutuelle, amènera des soins de santé plus personnalisés et moins coûteux : bien au courant du dossier médical de son patient, le médecin est plus à même de prendre les bonnes décisions lors de l'apparition ou réapparition de symptômes ou signes, évitant ainsi des consultations, des examens diagnostiques et des thérapies peu ou non nécessaires. À l'inverse, le malade qui ne jouit pas d'un suivi adéquat et consulte plusieurs médecins non au courant de sa condition se verra fréquemment soumis à une répétition d'examen et à des traitements non nécessairement pertinents. Une prise en charge adéquate des patients en amont des centres hospitaliers de courte durée permettrait de décongestionner les salles d'urgence et les unités de soins en gardant à domicile de fort nombreux patients, dont les personnes âgées, qui s'en réjouiraient sans doute. Cette action permettrait aux patients d'avoir un meilleur accès aux plateaux techniques et aux lits de court séjour. La FMSQ est d'accord que l'hôpital ne doit pas être le lieu de résolution de tous les problèmes (sociaux, affectifs, perte d'autonomie, etc.), mais uniquement un lieu de traitement de problèmes de santé pour lesquels une intervention ponctuelle est possible. Les salles

¹⁶ Collège des médecins et collab. *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*, Québec, 26 mars 1996.

¹⁷ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal, 22 janvier 1999.

¹⁸ BÉGIN, Jean-François. « Les usagers des services de santé en sont satisfaits. », *La Presse*, jeudi 17 août 2000.

¹⁹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*, 14 juin 1999.

d'urgence seront d'autant plus performantes et accessibles qu'elles accueilleront uniquement les patients qui ont réellement besoin de soins spécialisés.

Cette intégration des soins de santé est également dépendante de :

- Consolidation des réseaux de soins : les prestataires de soins devraient être rattachés à un système de réseaux communautaires, incluant les cabinets médicaux, le ou les CLSC, un ou des CHCD et CHSLD d'une région donnée. D'un point de vue fonctionnel, tous ces points de service d'un territoire donné constitueraient un seul établissement, tout en pouvant conserver une certaine autonomie administrative (intendance locale). Ces réseaux régionaux se devraient à leur tour d'être articulés avec des centres ou réseaux suprarégionaux, par contrat de service ou autre corridor privilégié, avec regroupement des compétences des prestataires de soins (interdisciplinarité) en fonction des niveaux de soins. Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestations de soins nous apparaît nécessaire²⁰. En corollaire, cette disposition des forces vives sur le territoire suppose une masse critique de patients potentiels et de prestataires de soins : il ne peut y avoir de saupoudrage de médecins spécialistes à l'unité; la constitution d'équipes est essentielle pour assurer des soins de qualité aux patients sur une base durable et une qualité de vie acceptable pour les médecins.

Cette consolidation est particulièrement importante pour les soins chirurgicaux. La réduction des temps d'hospitalisation est souhaitée par les patients, les médecins et les gestionnaires des CHCD. Les "chirurgies d'un jour" sont de plus en plus possibles. Pour que les patients aient accès à des hôpitaux fonctionnels en termes de soins ambulatoires et que les médecins spécialistes puissent y travailler efficacement, une intégration et une planification des soins sont essentielles : instructions et préparation des patients en amont, instructions de départ et excellent suivi à domicile en aval. En amont, une équipe multidisciplinaire spécialisée, dont les infirmières cliniciennes et un intervenant pivot préparent la venue du patient en coordonnant ses examens, en prodiguant un enseignement adéquat; en aval, une prise en charge immédiate du patient pendant une période souvent courte mais critique est essentielle. C'est ici que les CLSC pourraient particulièrement bien s'articuler avec les CHCD : un lien fonctionnel doit exister entre les deux, avec un minimum de paliers d'autorité administrative.

- Mise sur pied de programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes ou les personnes les plus susceptibles de consommer des soins itératifs. Ces programmes doivent disposer des ressources humaines et financières pour atteindre leurs objectifs. À titre d'exemple, la Fédération des médecins spécialistes se réjouit d'un programme d'intégration des soins

²⁰ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*, 14 juin 1999.

comme le Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, (SIPA)²¹, du Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées. Les médecins spécialistes approuvent et apportent déjà leur concours à la mise en place d'organismes responsables de formation continue pour les médecins et les patients tel le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et avec ses initiatives que sont un *Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme* et au *Plan d'action pour la personne atteinte d'asthme*; même approbation et concours pour le *Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme* et ses *Centres d'enseignement sur l'asthme* (CEA). Mentionnons également la participation des pneumologues et cardiologues qui agissent comme fer de lance d'équipes interdisciplinaires dans la mise sur pied de programmes de prise en charge des patients atteints de *Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique* (MPOC) et de défaillance cardiaque (insuffisance cardiaque). Ces programmes de prise en charge résultent en un meilleur contrôle de ces pathologies chroniques et éviteront de nombreuses consultations en catastrophe dans les salles d'urgence. La FMSQ est également d'accord avec des programmes de prévention et de stratégie de traitements optimaux tel le *Programmes intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement* (PRIISME), une initiative privée de la compagnie GlaxoWellcome, qui semble déjà résulter en un meilleur contrôle de la maladie chez les patients asthmatiques et ainsi contribuer à une diminution des hospitalisations et visites à l'urgence. De telles initiatives pourraient et devraient être développées pour d'autres pathologies très fréquentes, tels le diabète, la dépression nerveuse et même le tabagisme.

- Une meilleure compréhension de sa maladie permet à un patient de mieux la prendre en charge, ce qui est hautement souhaitable, à la fois médicalement et financièrement.
- Évaluation de l'utilisation des médicaments : les médicaments contribuent grandement à notre état de santé et bien-être mais constituent une part sans cesse croissante des dépenses de santé. Les médecins spécialistes croient que tout doit être mis en œuvre pour optimiser leur consommation. La FMSQ veut continuer de participer aux activités du *Comité de revue de l'utilisation des médicaments* (CRUM); elle serait également d'accord pour évaluer les bénéfices potentiels de la collaboration proposée par les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, qu'elles nomment *Programmes de gestion thérapeutique* et qu'elles seraient prêtes à financer, où gouvernement, industrie et médecins seraient partenaires afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments.

²¹ Howard Bergman et collab. *Fragmentation ou intégration : l'organisation des services pour personnes âgées en perte d'autonomie*, Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées, (présentation sur diapositives électroniques), Montréal, 33 p.

- Systèmes d'information intégrés, accessibles à tous les intervenants, type *Dossier Patient Partageable* (DPP). La technologie actuelle ne permet pas que la totalité du dossier médical d'un patient puisse être véhiculée sur support informatique. Cependant, de plus en plus d'informations sont produites sous forme numérique; elles sont actuellement peu ou pas exploitées et pourraient déjà être vraisemblablement stockées et transportées par support informatique. À titre d'exemple, l'ensemble des pharmacies du Québec et de nombreuses pharmacies d'hôpitaux sont informatisées; les résultats des examens de laboratoire et d'imagerie (radiologie diagnostique, tomodensitométrie, résonance magnétique et médecine nucléaire) sont de plus en plus produits sur support informatique. Ainsi, la médication et tous les résultats d'examens d'un patient donné, informations hautement pertinentes, pourraient être connus rapidement de son médecin habituel ou d'un médecin nouvellement consulté. Ceci pourrait constituer le premier pas vers les DPP. À cela pourrait bientôt s'ajouter le contenu de la feuille sommaire du dossier d'hospitalisation que les archivistes médicales contrôlent de toute façon. Une grande partie de l'information pertinente du dossier médical du patient serait ainsi constituée, permettant un meilleur suivi, des décisions plus appropriées en termes de prescription d'examens et de médicaments, en évitant des répétitions d'examens et des médicaments inappropriés. Ce système d'information permettrait une meilleure comparaison entre les moyens investis en santé (*inputs*) et les résultats obtenus (*outputs*). Il permettrait également d'analyser les performances des hôpitaux et d'évaluer la pertinence d'utilisation des médicaments²². De plus, il fournirait des indicateurs de santé plus nombreux et reflétant davantage l'état de "bien-être" de la population : il n'est pas normal que les indicateurs de santé se résument à l'allongement de l'espérance de vie et à la diminution de la mortalité infantile.

Ces modifications ou consolidations d'initiatives devraient amener un meilleur état de santé des patients tout en générant des économies; elles supposent cependant des modifications d'attitudes et des investissements initiaux. Il ne faut pas répéter ou continuer l'erreur du virage ambulatoire où on a demandé aux hôpitaux d'encaisser les économies présumées avant d'avoir investi dans les modifications nécessaires à leur réalisation.

Également, des modifications à la loi actuelle seraient nécessaires afin de satisfaire aux exigences de la Commission d'accès à l'information.

2.2 Les services de maintien à domicile

La démographie actuelle du Québec avec son phénomène des *baby-boomers* plus important qu'ailleurs, nous indique la nécessité de développer à un rythme accéléré les services de maintien de personnes âgées dans leur milieu de vie, que ce soit à domicile ou en centre d'accueil avec des équipes multidisciplinaires. Pour ce

²² Michael B. Decker. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000.

type de services, le concept d'un Régime enregistré d'épargne des aînés mérite d'être évalué.

2.3 Les paliers administratifs

Les paliers administratifs sont trop nombreux et tout comme pour la prestation des soins, une intégration administrative s'impose. Le rôle et la composition des conseils d'administration doit être redéfini. Il faut éviter une trop grande autonomie de chacun des établissements qui ont alors une forte tentation de "se développer" de façon autonome, parfois à entrer en compétition, plutôt que de collaborer à l'effort concerté de dispensation de services à un patient. Un conseil d'administration pour chaque régie régionale et chacun des établissements du réseau n'apparaît pas souhaitable. Ainsi, en Saskatchewan, quatre cents conseils d'administration d'établissements ont été remplacés par trente-trois entités administratives, et la volonté serait maintenant d'en réduire le nombre à dix²³.

Une gestion régionale a certes des avantages, mais la structure actuelle des régies régionales, avec conseil d'administration autonome dont la composition est devenue très politisée, ne leur permet pas de jouer pleinement leur rôle de coordonnateur : une complémentarité entre les CHCD, les CLSC, les CHSLD suppose une seule ligne d'autorité pour une unité fonctionnelle donnée, incluant une régie régionale. En ce sens, le modèle albertain, avec une régie régionale forte et impartie des pouvoirs décisionnels, nous apparaît intéressant. Les régies ne doivent pas être en compétition avec le ministère, c'est-à-dire sans duplication des compétences, ce qui n'apparaît pas évident pour l'instant.

De plus, le nombre actuel de 18 régions sociosanitaires correspond-il vraiment aux besoins ? Dans leur quête de soins, les patients des grandes régions urbaines de Montréal et Québec sont-ils conscients qu'ils changent de juridiction en franchissant un cours d'eau ? La fusion de plusieurs régies régionales en une seule et respectant les grands bassins naturels de population nous apparaît nécessaire.

La FMSQ partage le point de vue de M. Claude Forget «...le système est sur-administré avec trop de gens sans pouvoir, qui ne peuvent rien changer à une direction très centralisée, mais également sous-administré, en absence de gestionnaire de haut niveau et bien rémunéré capable de gérer et d'innover²⁴».

La FMSQ croit, tout comme Michael B. Decter²⁵, que l'état de santé de la population passe avant la santé des organisations de prestations de soins.

²³ Duane Adams. *Integrating Health Services : Lessons from the Saskatchewan Model*, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, 9^e colloque, Université Laval, 15 octobre 1999.

²⁴ Claude E. Forget. Communication personnelle.

²⁵ Michael B. Decter. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited. Toronto, 2000.

2.4 État garant mais non gérant

Le système canadien de soins est beaucoup plus qu'une simple assurance maladie : c'est une mainmise de l'État sur tous les aspects de la prestation de soins. L'État ne devrait-il pas se limiter à fixer la quantité et les hauts standards de qualité des soins auxquels les citoyens sont en droit de s'attendre en plus d'en garantir le financement, tout en laissant à d'autres, dont les médecins, la responsabilité d'en assumer la prestation ? L'État ne devrait-il pas avoir avec les médecins une approche contractuelle avec obligation de résultats (i.e. la prestation de soins) et laisser à ces derniers la responsabilité de mettre sur pied un environnement professionnel satisfaisant pour eux, leurs équipes et leurs patients, sans bureaucratie trop lourde ? L'État achète une prestation de services d'une qualité convenue à un prix convenu. C'est en même temps une responsabilisation du médecin : on lui demande des services, il demande les moyens pour les rendre. C'est le concept de "l'État garant mais non gérant".

La FMSQ voit d'un bon œil le modèle Klein de gestion et production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers, permettant au secteur privé, avec ou sans but lucratif, de produire des services médicaux spécialisés (ex. : chirurgies d'un jour) ou gérer certains services hospitaliers dont le financement reste public. Les projets de type "clés en mains" sont donc une piste potentiellement avantageuse et à explorer si elle respecte les principes de solidarité et d'équité sociale.

Ainsi, tel que déjà présenté à la Commission Arpin, la FMSQ préconise une participation plus grande des cabinets privés et propose la notion de "cabinet affilié"²⁶ : il est essentiel de considérer les cabinets des médecins comme des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau, tout en exigeant d'eux les mêmes critères élevés de qualité que ceux exigés des établissements pour des activités comparables. Une entente contractuelle, entre un médecin ou un groupe de médecins exerçant la même spécialité dans le cabinet et le centre hospitalier, permettrait que le "cabinet affilié" devienne le prolongement du service ou du département hospitalier.

En corollaire au concept de "cabinet affilié", le développement de polycliniques médicales²⁷ au voisinage des CHCD nous apparaît souhaitable : elles fonctionneraient en complémentarité avec l'hôpital sur une base de continuité des différents services et départements hospitaliers. Elles seraient "médicalement" et fonctionnellement intégrées aux CHCD, sur une base contractuelle, ne conservant que leur autonomie de gestion. L'idée que des médecins s'isolent dans leurs bureaux pour s'adonner à des activités non essentielles ou prioritaires ne tiendrait plus; le cabinet est le prolongement de l'établissement.

²⁶ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999.

²⁷ *Ibid.*

2.5 Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins

La modification du mode de budgétisation des hôpitaux et autres établissements afin de tenir compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population desservie, de la nature, de la complexité des services offerts et de la qualité des résultats obtenus en fonction d'indicateurs de performance suppose une gestion avisée et bien au fait de la complexité du monde médical. La FMSQ est persuadée qu'une participation plus grande des médecins est souhaitable dans la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés; elle est convaincue de la rentabilité d'un investissement dans le financement du médico-administratif.

L'utilisation de paramètres de mesure de la performance des hôpitaux, tels les DRG, pose par contre le problème de la recherche et de la validation d'indicateurs crédibles pour la mesure de la performance de nos hôpitaux. Nous croyons qu'un organisme neutre et ayant assuré sa crédibilité, tant au niveau national qu'international, telle l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé* (AETMIS), antérieurement connue sous le nom de *Conseil d'évaluation des technologies de la santé* (CETS), pourrait se voir confier un tel mandat.

2.6 Effectifs

La FMSQ croit que le nombre de médecins spécialistes doit être adapté aux besoins et constamment réévalué pour mieux être corrigé à la hausse ou à la baisse; elle est donc d'accord pour continuer de collaborer à l'élaboration des plans d'effectifs et croit qu'ils devraient être mis en application. De plus, elle est ouverte à l'interdisciplinarité, sous la responsabilité des médecins spécialistes. Les médecins spécialistes croient qu'ils doivent dispenser des soins spécialisés et non de première ligne; qu'ils doivent travailler en équipe de concert avec des intervenants de disciplines connexes (infirmières cliniciennes, technologues en radiologie, sages-femmes et autres) en supervisant mais leur déléguant des actes plus simples qui leur étaient dévolus. Les médecins spécialistes conserveraient ainsi le rôle de coordonnateur de la prise en charge des soins médicaux spécialisés pour leurs patients et la prestation des soins plus complexes. En accord avec cet objectif, la FMSQ a elle-même développé le concept de la "rémunération mixte". Actuellement, plus de 2 000 médecins spécialistes ont déjà opté pour cette forme de rémunération qui favorise cette approche.

²⁸ Michael B. Decker. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000.

En corollaire, la FMSQ croit que le nombre des autres intervenants en santé, particulièrement celui des infirmières, doit également être adapté aux besoins et constamment réévalué pour mieux être corrigé à la hausse ou à la baisse. La majorité des hôpitaux québécois se plaignent actuellement d'une grave pénurie d'infirmières qui paralyse littéralement plusieurs secteurs d'activités (ex. : salles d'opération) et limite considérablement l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés.

CONCLUSION

Essentiellement, la Fédération des médecins spécialistes recommande dans le présent mémoire :

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

- que la source première de financement du système de soins au Québec reste publique;
- que les sommes versées pour la santé soient identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte;
- que le niveau de financement public soit augmenté et qu'un plan d'affaires soit introduit dans notre système de santé; ce plan d'affaires devrait comporter deux volets : le premier dévolu à la mise à niveau et à l'entretien des immobilisations et le second dédié aux équipements médicaux;
- que la base historique de financement des établissements soit remplacée;
- que la notion des frais accessoires soit élargie et s'apparente au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament; en corollaire, que la loi permette à l'usager de s'assurer pour ces dépenses.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

- que les soins de santé soient intégrés en priorisant le renforcement de la première ligne;
- que tout soit mis en œuvre pour assurer une utilisation optimale des médicaments;
- que l'on développe, à un rythme accéléré, les services de soins à domicile pour maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie;
- que l'on réduise les paliers administratifs et qu'il y ait une intégration administrative;
- que les cabinets des médecins soient des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau et qu'on introduise la notion de "cabinet affilié", prolongement du service ou du département hospitalier;
- que les médecins participent à la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés;
- que les tâches médico-administratives soient rémunérées;
- que l'on introduise des indicateurs valides et crédibles pour mesurer la performance de nos hôpitaux;
- que les plans d'effectifs médicaux tiennent compte des besoins de la population, qu'ils soient mis en application et réévalués périodiquement;
- que l'interdisciplinarité soit facilitée et que les médecins spécialistes agissent comme responsables des équipes de soins.

Bibliographie

- ADAMS, Duane. *Integrating Health Services : Lessons from the Saskatchewan Model*, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, 9^e Colloque, Québec, Université Laval, 1999, 11 p.
- BÉDARD, Denis. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Observatoire de l'administration publique - ENAP, Montréal, 2000, 65 p.
- BÉGIN, Jean-François. «Les usagers des services de santé en sont satisfaits», Sondage Léger & Léger, *La Presse*, jeudi 17 août 2000.
- BERGMAN, H. et collab. *Fragmentation ou intégration : l'organisation des services pour personnes âgées en perte d'autonomie*, Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées, (présentation sur diapositives électroniques), Montréal, 33 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et collab. *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*, Montréal, 1996, 14 p.
- COMMISSION ARPIN. *Rapport du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec*, Québec, 1999, 3 vol.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, Sillery, 1996, 38 p.
- DEBER, Raisa B. «Who wants to pay for health care ?» *CMAJ*, 163 (1), 2000 Jul 11, pp. 43-44.
- DECTER, Michael B. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000, 307 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999, 14 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*. Mémoire de la FMSQ, 1999, 38 p.
- GAUTHIER, Pierre. «Santé : rétablir les transferts fédéraux aux provinces», Lettre ouverte du président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, adressée à monsieur Jean Chrétien, premier ministre du Canada, Montréal, *La Presse*, lundi 28 février 2000.
- GRATZER David. *Code Blue : Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999, 220 p.
- INGELHART John K. «Revisiting the Canadian Health Care System», *N Engl J Med*, 2000; 342(26) : pp. 2007-2012.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, Statistique Canada, Ottawa, 2000, 76 p.

MINISTÈRE DES FINANCES *L'économie et les finances publiques du Québec. Constats et orientations. Québec*, 1999, 47 p.

MORRIS Charles R. «The Health-Care Economy is nothing to Fear», *The Atlantic Monthly*, 284(6), December 1999.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000*, Genève, juin 2000, 257 p.

Annexe 1

Anesthésiologie

Spécialités chirurgicales

- chirurgie cardiaque (CCVT)
- chirurgie générale
- chirurgie orthopédique
- chirurgie plastique
- neurochirurgie
- obstétrique-gynécologie
- ophtalmologie
- ORL et chirurgie cervico-faciale
- urologie

Spécialités de laboratoire

- biochimie
- hématologie-oncologie
- médecine nucléaire
- microbiologie
- pathologie
- radiologie diagnostique

Spécialités médicales

- allergie
 - cardiologie
 - dermatologie
 - endocrinologie
 - gastro-entérologie
 - génétique
 - médecine interne
 - rhumatologie
 - gériatrie
 - néphrologie
 - neurologie
 - pédiatrie
 - physiothérapie
 - pneumologie
 - psychiatrie
 - radio-oncologie
 - santé communautaire
-

Le cabinet affilié.

Définition : un cabinet médical affilié à un centre hospitalier est, pour le patient et le médecin, le prolongement du milieu hospitalier; il est habituellement situé au voisinage d'un centre hospitalier dont il est le complément en terme de ressources humaines (prestataires de soins) et matérielles (plateaux techniques).

Statut : le cabinet affilié existe là où les besoins le justifient en terme de clientèle et d'activités: un cabinet de médecins spécialistes devient «affilié» suite à une entente dont sont partie prenante les médecins participants, le Centre hospitalier, la Régie régionale et/ou le MSSS; il ne s'agit pas d'un contrat local entre un promoteur immobilier et un centre hospitalier mais d'une entente à l'intérieur d'un service hospitalier. Plusieurs cabinets peuvent être affiliés à un même centre hospitalier et un même cabinet pourrait être affilié à plusieurs centres hospitaliers.

Organisation : l'affiliation d'un cabinet est une prolongation d'un service hospitalier (ex. : médecine interne, cardiologie, chirurgie générale, radiologie); les médecins ayant des privilèges de pratique dans un centre hospitalier sont membres du service hospitalier et du cabinet affilié avec le même chef de service selon le principe des vases communicants. Les standards de pratique sont les mêmes. La pratique de groupe est favorisée aux dépens de la pratique solo du cabinet isolé.

Fonctionnement : la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du cabinet affilié est sous l'unique responsabilité des médecins qui y travaillent dans le cadre de l'entente.

Financement : il reste public et est assuré par le MSSS via la RAMQ dans ses paiements aux médecins autorisés. Un ajustement est effectué pour compenser les frais d'exploitation et le coût des techniques résultant d'un accroissement des activités médicales dans le cabinet s'il en est, selon une formule de transfert pré-établie. Le traitement fiscal du cabinet affilié est le même que celui du centre hospitalier.

Services : une partie ou la totalité de certains services diagnostiques et thérapeutiques rendus en centre hospitalier pourraient être transférés au cabinet affilié s'il est démontré que l'efficacité y serait meilleure, en terme de coûts ou d'organisation. À titre d'exemple, des examens endoscopiques et d'imagerie médicale ou des chirurgies sur base ambulatoire pourraient être avantagusement pratiqués dans les cabinets affiliés.

Contrat : les prestataires du cabinet affilié sont lié par contrat au centre hospitalier assurant une stabilité et une garantie de continuité. Il pourrait s'exprimer en terme d'activités, où le CH achète un nombre déterminé des services diagnostiques et /ou thérapeutiques selon une compensation équitable préalablement négociée et convenue.

Avantages : le patient client d'un centre hospitalier et d'un cabinet affilié jouit d'une approche intégrée de soins sans bris de continuité et pourrait avoir un dossier clinique unique pour les deux sites de prestation. Le médecin jouit d'un milieu de travail plus personnel, dont il est responsable des revenus et où il imputable des dépenses; une reconnaissance à long terme de la légitimité de son cabinet permet des investissements en équipement médical. L'hôpital peut poursuivre sa mission à meilleur coût, avec une infrastructure et une administration allégées et des investissements moindres.

