www.lepointensante.com

LE POINT EN ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Volume 7, numéro 1 – Printemps 2011

La revue au service des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé

LES TENDANCES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- l'origine des tendances
- les modes éphémères
- le développement durable
- l'imputabilité médicale envers l'organisation
- l'organisation intelligente
- le Web et l'influence des médias sociaux
- la transformation de l'offre de service
- l'application des connaissances
- les cliniques infirmières autogérées
- la cogestion médico-administrative

Convention de la Poste-publications n° 40065...

SOMMAIRE

LES TENDANCES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Vol. 7, n° 1 – PRINTEMPS 2011

ÉDITORIAL

5 **D'où originent les tendances ?**
JACQUES FORTIN, directeur de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

ANALYSES

6 **Deux approches opposées des changements organisationnels dans le domaine de la santé**
PAUL-ANDRÉ LAPOINTE, codirecteur ARUC – professeur, Département des relations industrielles, Université Laval

8 **Le *Lean* – mythes et réalité**
GILLES LALONDE, président, Qualitum Gestion Conseil – enseignant en gestion de projet et créativité, Universités Laval, McGill et CESI – enseignant en qualité, École Polytechnique de Montréal

22 **Les tendances dans la gestion médico-administrative – L'imputabilité médicale envers l'organisation**
CLAUDE POIRIER, chargé d'enseignement clinique, Faculté de médecine, Université Laval – chargé de cours, Faculté de médecine Université de Montréal

32 **Des modèles novateurs pour l'organisation des services infirmiers**
MAUDE DESSUREAULT, chargée de cours en sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
CLÉMENCE DALLAIRE, professeure agrégée Faculté des sciences infirmières Université Laval

52 **Pourquoi le Web social en santé ?**
RÉGIS BARONDEAU, consultant/conférencier en médias sociaux, spécialiste wiki – étudiant au doctorat conjoint en administration Université du Québec à Montréal
ROBERT H. DESMARTEAU, professeur de stratégie, directeur du programme MBA pour cadres ÉSG, UQAM

EXPÉRIENCES

14 **La transformation de l'offre de service**
ROBERT LASALLE, directeur général
Centre de réadaptation La Myriade

18 **Le Centre hospitalier universitaire de Québec – Relever les défis d'un CHU moderne**
GERTRUDE BOURDON, directrice générale
Centre hospitalier universitaire de Québec

Notre mission – *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* a pour mission de mettre à la disposition des intervenants et des intervenantes du milieu les outils appropriés et les informations pertinentes leur permettant d'enrichir leurs compétences et leur épanouissement professionnel. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* est un organisme sans but lucratif.

28 **Une tendance : la cogestion médico-administrative**
SYLVIE BOURASSA, directrice clinico-administrative, regroupement clientèle santé physique, CSSS de Laval
D^RE MARTINE MONTIGNY, directrice médicale, regroupement clientèle santé physique CSSS de Laval

44 **Le développement durable : plus qu'un phénomène passager**
GILBERT FILION, conseiller cadre
Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

48 **Tendance : les avantages de la certification LEED**
LUC LANGLOIS, coordonnateur des ressources techniques, CSSS de Laval
LYSE M. TREMBLAY, présidente
Lyse M. Tremblay Éco-Architecture inc.

56 **La promotion de la santé mentale à l'ère du Web 2.0 : l'expérience de l'Institut Douglas**
MARIE-GABRIELLE AYOUB, responsable des communications interactives
Institut universitaire en santé mentale Douglas

60 **Vers une meilleure capacité d'utiliser les connaissances et d'innover**
NATHALIE BASTIEN, coordonnatrice à l'enseignement et à la valorisation des connaissances, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU)
CHRISTINE LAROSE, coordonnatrice au développement et suivi des programmes et des activités cliniques, CJM-IU
ANDRÉ THOMASSIN, conseiller, coordination des normes et standards de la pratique professionnelle, CJM-IU

COLLABORATION SPÉCIALE

38 **Les réformes de la santé dans les pays scandinaves : quelles leçons pour le Québec ?**
STÉPHANE PAQUIN, professeur agrégé
École nationale d'administration publique

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

Les services sociaux

La cohabitation des services de santé et des services sociaux existe depuis longtemps au Québec. Ce modèle intégrateur assez unique au monde, incarné de manière particulière par la création des centres locaux de santé communautaire (CLSC), dont la mission a été reprise par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis, a-t-il rencontré ses objectifs ? Mis en question de nouveau au gré des réformes, et à chaque fois réaffirmé, ce modèle a-t-il favorisé véritablement le développement et l'intégration des services sociaux ? La dimension de l'amélioration du bien-être vu comme un déterminant de la santé occupe-t-elle véritablement sa place dans notre réseau ? Le cas échéant, comment cette place est-elle occupée ? Comment peut-on qualifier l'évolution des services sociaux dans ce réseau ? Que dire des retombées pour les usagers ? Quel est, plus spécifiquement, l'apport des services sociaux dans ce réseau intégré ?

Les différents acteurs, dirigeants et intervenants ont beaucoup à partager de leur champ professionnel et de leurs expériences au quotidien. Plusieurs programmes de services psychosociaux ou de réadaptation répondent aux besoins de leur clientèle, qu'ils soient reliés à la déficience physique ou intellectuelle, aux dépendances ou au jeu pathologique, à la jeunesse et aux familles en difficulté. Les services sociaux sont également présents dans plusieurs programmes mixtes, notamment en santé mentale, en santé physique, ou encore auprès des aînés en perte d'autonomie. Ces services auraient-ils les mêmes impacts sans cet arrimage avec les professionnels de la santé et vice versa ? Et pourquoi ne pas demander aux usagers ce qu'ils en pensent eux aussi à travers leur épisode de soins ? Les établissements mixtes ont-ils réussi, au-delà de la cohabitation, une collaboration intégrée de leurs services ? Si oui, quelles sont les embûches rencontrées, et les conditions « facilitantes » qui ont permis d'assurer les succès. Voilà autant de questions auxquelles nos collaborateurs s'adresseront dans l'édition d'été de la revue.

LA SUITE DU VOLUME 7 • 2011-2012

- La gestion des maladies chroniques
- La relève

LE VOLUME 8 • 2012-2013

- L'évaluation de la clientèle et ses impacts
- L'évolution du profil du gestionnaire
- La détresse des gestionnaires
- La créativité et l'innovation

En collaboration avec :

AGESSS Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

ASSOCIATION DES CADRES SUPÉRIEURS de la santé et des services sociaux

Éditeur NORMAND BOUCHARD

Coordination à l'édition SUZANNE PERRON

Comité éditorial
Président
GILLES PINEAU, médecin consultant
Agence d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Membres
AHMED BENHADJI, coordonnateur du service de la formation et du développement des compétences en gestion, Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)

DOMINIQUE DEROME, directrice générale
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

JACQUES FORTIN
Directeur de la gestion de l'information et des connaissances, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

ROGER JACOB, directeur Grandir en santé
CHU Sainte-Justine

FRANÇOIS JEAN, président-directeur général
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)

PIERRE JORON, associé, copropriétaire
et directeur Santé et Services sociaux
Groupe Conseil CFC

LUCILLE JUNEAU
Adjointe à la direction générale aux affaires cliniques
Volet qualité, gestion des risques, des bonnes pratiques et des liens réseaux
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)

LUC LEPAGE, directeur général
CSSS de Laval

PIERRE PAUL MILETTE,
Président du C.A., ACSSSS
Directeur des services multidisciplinaires et de la performance, CSSS de Laval

RAYMOND PAQUIN
Avocat et conseiller en ressources humaines agréé

LYNE PELLETIER, directrice générale
Conseil québécois d'agrément

HAI PHAM-HUY, directeur associé
Gestion des immobilisations et des technologies médicales, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

CLAUDE POIRIER, ingénieur et médecin
Gestion-Conseil Poirier Inc.

JEAN-MARC POTVIN, directeur général
Centre jeunesse de Montréal

NATHALIE RODRIGUE, présidente
Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec

CLAUDE SICOTTE, professeur titulaire
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

CAROLE TREMPE, directrice générale
Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (ACSSSS)

Comité de lecture
AHMED BENHADJI, JACQUES FORTIN, LUCILLE JUNEAU, NATHALIE RODRIGUE

Collaboration à la présente édition
MARIE-GABRIELLE AYOUB, RÉGIS BARONDEAU, NATHALIE BASTIEN, SYLVIE BOURASSA, GERTRUDE BOURDON, CLÉMENCE DALLAIRE, ROBERT H. DESMARTEAU, MAUDE DESSUREAULT, GILBERT FILION, JACQUES FORTIN, GILLES LALONDE, LUC LANGLOIS, PAUL-ANDRÉ LAPOINTE, CHRISTINE LAROSE, ROBERT LASALLE, DRE MARTINE MONTIGNY, STÉPHANE PAQUIN, CLAUDE POIRIER, ANDRÉ THOMASSIN, LYSE M. TREMBLAY

Ventes et marketing
ANDRÉ FALARDEAU
514 277-4544, poste 239

Développement et projets spéciaux
CHRISTIAN GRENIER
514 277-4544, poste 233

Service à la clientèle, abonnements et tirage
514 277-4544 ou 1 888 832-3031, poste 228

Révision linguistique et correction d'épreuves
SUZANNE PERRON

Graphisme DENISE DU PAUL

Impression PUBLICATIONS 9417

Abonnements
Au Canada : 1 an (4 numéros) = 49,95 $,
2 ans (8 numéros) = 69,95 $,
un numéro, 14,95 $, plus les taxes qui s'appliquent à ces tarifs.

Dépôts légaux
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1911-7221

Convention de la poste-publications nº 40045878
Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :
1360, avenue de la Gare, 2e étage
Mascouche (Québec), Canada J7K 2Z2
Tél. : 514 277-4544, poste 228
1 888 832-3031 poste 228 Téléc. : 514 277-4970
didi@prodtgv.com - www.lepointensante.com

Nous reconnaissons l'appui financier du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du Canada pour les périodiques (FCP) pour nos activités d'édition.

Canada

Tous droits réservés. Le contenu de la revue, en tout ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation de l'éditeur.

Indexé dans REPÈRE

FSC www.fsc.org MIXTE Papier issu de sources responsables FSC® C103430

COLLABORATION SPÉCIALE

LES RÉFORMES DE LA SANTÉ DANS LES PAYS SCANDINAVES : QUELLES LEÇONS POUR LE QUÉBEC ?

STÉPHANE PAQUIN
Ph. D.
Professeur agrégé
École nationale d'administration publique

Article n° 07.01.18 Mots-clés : réforme santé, comparaison Québec pays scandinaves, dépenses en santé.

Est-il possible de maîtriser les dépenses en santé, voire de les diminuer en pourcentage du PIB tout en offrant des soins de haute qualité à la population ? Est-il possible d'offrir des services de santé de haut niveau, sans explosion des coûts ni ouverture plus importante au privé ?

À la lumière des réformes effectuées dans plusieurs pays scandinaves, la réponse est oui. En comparaison avec les systèmes de santé canadiens, les systèmes de santé des pays scandinaves sont performants : ils offrent de bons résultats, comparables, voire supérieurs, à ceux du Canada ou de la France, avec des coûts mieux contrôlés et inférieurs à ceux du Canada et du Québec.

Si le Québec dépensait, selon les chiffres de 2008 de l'OCDE, comme la Finlande en matière de santé, les économies seraient de près de 7 milliards par an, comme la Suède, 3,5 milliards et comme le Danemark de plus de 2 milliards. Alors que les dépenses en santé au Québec équivalent à 11,9 % de son PIB en 2008 et de 10,4 % pour le Canada dans son ensemble, ce ratio est de 9,7 % au Danemark (en 2007), de 9,4 % en Suède et de 8,4 % du PIB en Finlande en 2008[1]. Les pays scandinaves possèdent pourtant plus de médecins et d'infirmières par 1000 habitants que le Québec (tableau 1).

De 2000-2001 à 2007-2008 (sauf pour le Danemark où les chiffres ne sont disponibles que jusqu'en 2006-2007), le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé est plus élevé au Québec que dans les pays scandinaves. Ce taux a été de 5,59 % au Québec contre 3,65 % en Suède, 3,71 % au Danemark et 4,56 % en Finlande. Les pays scandinaves contrôlent également mieux leurs dépenses en produits pharmaceutiques. En 2008, selon les chiffres de l'OCDE, le Québec dépensait 775 US $ par habitant en PPA contre 303 $ pour le Danemark, 435 $ pour la Finlande et 457 $ pour la Suède.

Des pays scandinaves, la Suède, qui se démarque en termes de qualité des services et par leurs coûts, réussit cette performance alors que sa population est plus importante que le Québec (9,3 millions contre 7,8 millions en 2009) et que la population est plus âgée, les 60 ans et plus y représentant 25 % de la population contre 21,5 % au Québec.

Tableau 1 - Comparaison pays scandinaves, Canada et Québec en matière de santé

	Canada	Québec	Suède	Danemark	Finlande
Dépenses en santé/habts en $US (2008)	4 079	3 793	3 349	3 540	2 900
Financement public % 2007	70,3	71,4	81,7	84,5	74,5
Financement privé % 2007	29,7	28,6	18,3	15,5	25,5
Lits pour soins aigus pour 1000 habitants	4,3	3,9	2,2	3,4	2,3
Médecins (nombre) 2007	66 583	16 329	28 900	19 400	19 336
Médecins actifs (densité pour 1000 habitants) 2007	2,17	2,09	3,5	3,64	3,04
Infirmières (nombre) 2006	309 576	54 099	78 380	53 667	50 000
Infirmières (densité pour 1000 habitants) 2007	9,95	7,23	10,83	14,30	15,47

Contrairement à une idée reçue, la performance retrouvée du système suédois de santé ne s'explique pas par la privatisation massive du système de santé[2]. Il y a moins de financement privé en santé en Suède, (18,3 % en 2007 selon les chiffres de l'OCDE), qu'au Québec (28,6 %), mais également qu'aux États-Unis (54,5 %), qu'en Allemagne (23,3 %) ou qu'en France (21,7 %). La Suède a également moins de financement privé que la moyenne des pays de l'OCDE et se rapproche du pourcentage du Royaume-Uni qui est de 18 %.

Les grands principes des réformes de la santé en Suède

Les réformes de la santé en Suède reposent sur trois grands volets :

1) La décentralisation du système afin de rapprocher la décision du patient et des citoyens ;

2) la création d'un système qui responsabilise les établissements par des mesures accrues d'imputabilité, de transparence et de reddition de comptes ;

3) le développement d'une culture axée sur les résultats, ce qui se traduit en pratique par plus de concurrence et une comparaison des performances afin de favoriser l'adoption des meilleures pratiques.

1) La décentralisation du système : pour libérer les talents

En Suède, ce sont les autorités locales qui assument l'organisation, la gestion et la majeure partie du financement du système de santé. L'État central détermine les politiques en matière de santé et contrôle les résultats, mais l'administration et la mise en œuvre se font au niveau local. À la suite des réformes des années 1990, une autonomie accrue est accordée aux régions et aux municipalités avec une responsabilisation financière plus importante. On a également transféré la responsabilité en matière de soins aux personnes âgées et handicapées des régions vers les municipalités.

En Suède, le système de santé a été progressivement décentralisé afin de rapprocher les décideurs des patients. La réforme a rendu possible la réduction de 45 % des lits d'hôpitaux et le réseau emploie 20 % moins de personnel par rapport à 1990. Il n'y a désormais que 200 fonctionnaires au ministère de la Santé et des Affaires sociales de Suède, contre 680 au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

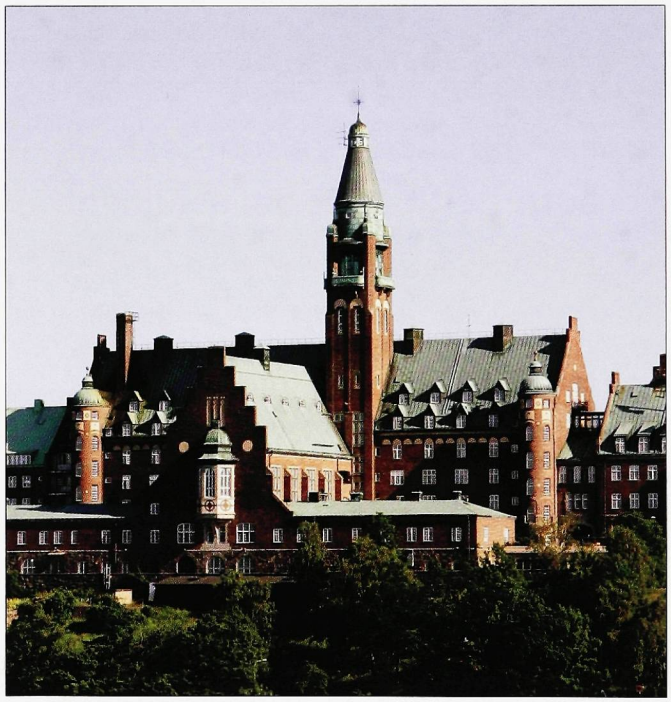
Le système de santé est désormais organisé sur trois niveaux : l'État, les régions et les municipalités. Dans ce système, le rôle du gouvernement repose sur la définition des priorités qui sont ensuite appliquées assez librement et à leur rythme par les régions (conseils régionaux). Au plan national, deux organismes nationaux coexistent : le ministère de la Santé et des Affaires sociales qui s'assure que le système fonctionne en relation avec les objectifs fondamentaux. Ce ministère prépare les affaires du cabinet et s'occupe des politiques et des législations de santé, mais également d'affaires sociales et de la couverture des soins.

Parallèlement à cette institution, se trouve la Direction nationale de la Santé et des Affaires sociales, qui est une autorité publique semi-indépendante, qui a une fonction de supervision des conseils généraux, et qui agit en tant que conseiller et agence de supervision pour ce qui concerne les services sociaux et de santé. Cette direction supervise la mise en œuvre des politiques et des législations dans ces deux secteurs. Son rôle fondamental est de faire le suivi et d'évaluer les services offerts afin de s'assurer qu'ils correspondent à la vision du gouvernement. Elle est également responsable de la création de statistiques gouvernementales sur des questions qui permettent la comparaison entre les établissements.

Les 20 conseils généraux ont la responsabilité de fournir les services de santé et de promouvoir la santé publique. Le conseil général est un organe politique dont les membres sont élus tous les quatre ans par la population en même temps que les élections législatives nationales. Les activités des conseils généraux sont consacrées à 90 % aux services de santé mais ont également des attributions dans le domaine des infrastructures et de la culture. Les conseils généraux ont une autonomie de décision très importante en matière de planification de soins, ce qui explique la diversité de l'offre d'une région à l'autre.

2) Responsabilisation, imputabilité, reddition de comptes

Les réformes des années 1990 avaient pour objectif d'accroître l'efficacité du système, de renforcer la responsabilité des acteurs locaux tout en leur accordant une autonomie plus large.



Le problème fondamental du Québec provient du fait que le système est bureaucratisé et que le mode de rémunération des médecins est inflationniste.

En Suède, ce sont les autorités locales qui assument l'organisation, la gestion et la majeure partie du financement du système de santé.

En Suède, les principaux gestionnaires du système de santé au niveau régional et municipal sont élus au suffrage universel direct en même temps que les élections nationales. Les gestionnaires du système de santé au niveau régional doivent ainsi rendre des comptes aux électeurs lors du scrutin ou encore lors des séances publiques mais sont également évalués par la Direction nationale de la Santé et des Affaires sociales qui compare les résultats.

3) Par le développement d'une culture axée sur les résultats, ce qui se traduit en pratique par plus de concurrence et une comparaison des performances afin de favoriser l'adoption des meilleures pratiques

• Révision du mode de financement

En Suède, le mode de financement de la part de l'État a été modifié dans les années 1990. Plutôt que de financer les régions et les municipalités en fonction des dépenses engagées (financement historique), on attribue désormais le financement en fonction de la richesse de la collectivité (une péréquation existe pour les régions pauvres) et des besoins évalués.

L'objectif est de responsabiliser les acteurs locaux qui doivent assumer la responsabilité de leurs décisions. En Suède : « les dépenses de santé sont financées à 71 % par les impôts locaux, les conseils généraux étant en droit de prélever un impôt sur le revenu dont le taux moyen est de 11 %. Les dotations de l'État sont une autre source de financement et couvrent 16 % des dépenses, alors que la part versée par les patients ne constitue que 3 % des recettes. Les 10 % restant proviennent d'autres contributions, de ventes et d'autres sources »[3].

• Une comparaison systématique des performances

En Suède, des mesures ont été prises afin de comparer les performances et de favoriser l'adoption des meilleures pratiques. La Direction nationale de la Santé et des Affaires sociales et l'Association suédoise des autorités locales et régionales ont élaboré un modèle pour la comparaison, l'évaluation des résultats et la réalisation des objectifs dans les services de la santé. Ces statistiques fondées sur des indicateurs nationaux permettent d'évaluer les conseils régionaux les uns par rapport aux autres et d'apporter des correctifs et de favoriser une saine émulation entre ces derniers et les établissements hospitaliers.

Les acteurs du système de santé doivent également être plus transparents. Depuis 1992, par exemple, les hôpitaux doivent publier le temps d'attente correspondant à chaque secteur.

• Dissociation entre l'acheteur et le prestataire

Dans les pays scandinaves, on a séparé la fonction d'acheteur et de prestataire de soins. En Suède, l'organisme qui paye pour les soins de santé d'une population donnée (l'acheteur : en Suède le conseil général) et les prestataires de services (8 hôpitaux régionaux, 65 hôpitaux départementaux de district, 1000 centres de soins) transigent ensemble. L'acheteur détermine quels services doivent être offerts à la population, sa quantité et son coût (selon la méthode des groupes homogènes des malades [GHM]) et les prestataires entrent en concurrence afin d'obtenir les contrats. Ces contrats ne précisent pas comment les services doivent être produits, c'est aux fournisseurs de déterminer cela. En Suède, le paiement du service ne peut excéder ce qui est prévu dans le contrat. Tout déficit est la responsabilité du prestataire (sauf exception), ce qui constitue une sanction pour le futur. L'objectif de ce système est d'attribuer à chaque hôpital son budget en fonction du coût de production le plus bas et d'inciter les hôpitaux à s'aligner sur la productivité de l'hôpital le plus performant.

• Introduction de modes de rémunération plus incitatifs pour les médecins généralistes

Les trois pays ont revu dans les années 1990 le mode de rémunération des médecins généralistes. En Suède, les médecins, qui étaient traditionnellement salariés, ont vu leur mode de rémunération changer. Une partie de leur salaire est désormais liée à la capitation (en fonction du nombre de clients de leur cabinet médical). L'objectif était de faire en sorte que les médecins offrent des soins de bonne qualité afin de conserver leur clientèle. À cette rémunération peut s'ajouter un système de prime en fonction des résultats[4].

• Redéfinition des compétences des professionnels de santé

Avec la pénurie de médecins, les pays scandinaves ont décloisonné les compétences des professionnels de santé. En Suède, les infirmières de familles peuvent prescrire certains médicaments. Elles ont augmenté

leur responsabilité sur le plan de la prévention et au niveau du suivi des maladies chroniques. Les citoyens peuvent également aller directement en 2e ligne, sans passer par la première ligne[5].

- **L'accès aux soins : des incitatifs ciblés pour régler la question des listes d'attente**

Afin de régler en partie le problème des listes d'attentes, la Suède a autorisé, qu'au-delà d'un certain temps, le patient puisse se faire soigner dans un autre hôpital que celui dont il dépend.

En Suède, le gouvernement et les conseils généraux ont instauré en 2005 une garantie de soins élargie qui stipule qu'un patient ne doit pas attendre plus de trois mois un traitement une fois que le diagnostic de traitement a été fait. C'est la règle 0-7-90-90. Zéro (0) jour d'attente pour les soins primaires, 7 jours maximum pour obtenir une consultation chez un généraliste, 90 jours pour rencontrer un spécialiste et 90 jours maximum entre l'établissement du diagnostic et le traitement.

Cette mesure a produit ses effets parce que : « si le délai prescrit n'est pas respecté, le patient doit se voir proposer des soins dans un autre établissement, les dépenses étant prise en charge par son propre conseil général, y compris les frais de transport le cas échéant »[6]. Dans le système suédois, l'argent suit le patient ce qui crée de la pression sur les hôpitaux afin d'augmenter leur efficacité.

En 2008, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a créé un fonds de 128 millions $US afin que les autorités locales gèrent et réduisent le temps d'attente excessif qui dépasse le délai de trois mois. Alors qu'au début de 2009, quasiment aucun des conseils généraux ne passait le test, dès le mois de juin, presque tous les conseils généraux avaient réduit leur liste d'attente à moins de trois mois. Selon Anders Knape, directeur de l'organisation qui représente les conseils généraux et les municipalités, cette mesure a changé « fondamentalement les incitatifs ». Dans le passé, les patrons d'hôpitaux croyaient que les listes d'attente étaient un signe de surcharge qui leur vaudrait à terme plus de fonds publics. Dans le nouveau plan : « moins de temps d'attente signifie plus de ressources ». Bref, la Suède a créé un système qui récompense les meilleurs[7].

Conclusion

Dans l'état actuel des choses, le système québécois de santé ne peut pas atteindre le niveau de performance des pays scandinaves. Le problème fondamental du Québec provient du fait que le système est bureaucratisé et que le mode de rémunération des médecins est inflationniste : toute augmentation de la productivité engendre inévitablement une hausse importante des coûts. Au Québec, les listes d'attente servent à réguler la demande et à contrôler les dépenses.

De plus, le système québécois ne permet pas de « libérer les talents » puisque le processus décisionnel est trop centralisé. Les acteurs les plus proches des citoyens ne peuvent améliorer le système qu'à la marge, puisque les grandes décisions se prennent à Québec. L'introduction au Québec d'un modèle décentralisé à la scandinave permettrait de changer le problème systémique du réseau québécois de la santé en l'inscrivant dans une logique plus vertueuse. Voici quelques avantages de l'implantation de ce système :

Raymond Chabot Grant Thornton

rcgt.com

Certification • Fiscalité • Conseil

- Le niveau national n'est plus embourbé dans l'opérationnel. Il a pour responsabilité fondamentale de fixer les grandes missions et orientations du système de santé. Il se concentre sur les politiques plutôt que d'être en mode gestion de crise. Cela pourrait assurer une plus grande stabilité gouvernementale au niveau de la santé. En Suède, il est impensable que le ministre intervienne personnellement en envoyant des directives par courrier électronique…

- La création d'une autorité publique semi-indépendante (la Direction nationale de la Santé et des Affaires sociales en Suède) qui a une fonction de supervision, de contrôle et de régulation des acteurs locaux, favorise la dépolitisation des conflits qui pourraient survenir entre le local et le national.

- La décentralisation permet une meilleure prise en compte des réalités locales et donne au système un caractère plus démocratique favorisant une plus grande participation citoyenne.

- La décentralisation a pour effet de responsabiliser les acteurs locaux en leur confiant la gestion des budgets. Ces mesures de décentralisation des responsabilités, donc de l'acquisition d'une très grande autonomie décisionnelle, mais également des moyens d'action, ont eu pour effet de forcer les établissements à réévaluer leurs pratiques, à rationaliser leurs dépenses et à mieux s'adapter aux conditions locales.

Il n'y a désormais que 200 fonctionnaires au ministère de la Santé et des Affaires sociales de Suède, contre 680 au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- Dans ce système, il devient plus facile de comparer les performances entre établissements. Ces données permettent de fournir une meilleure plateforme pour le débat public et la décision politique ; elles facilitent la tâche des acteurs locaux dans la gestion et la rationalisation des services de santé ; elles donnent au public et aux patients une information plus accessible. Les données permettent également une saine émulation entre les acteurs, ce qui favorise une augmentation de la productivité qui est plus en phase avec les conditions locales.

- Dans un système décentralisé, les autorités locales ne peuvent plus se déresponsabiliser sur le dos du ministère de la Santé ou du ministre. Le retard de l'implantation au Québec des infirmières praticiennes spécialisées (66 places actives au Québec contre 1700 en Ontario) est la démonstration de l'effet pervers de l'organisation du système de santé québécois : les hôpitaux en veulent, les infirmières sont favorables, mais le ministère de la Santé et les associations de médecins contrôlent les coûts ou freine le processus. Le problème est ainsi systémique : il est lié à la structure décisionnelle. En Suède, ce sont les conseils régionaux qui font les choix d'embaucher des infirmières plutôt que des médecins, par exemple, car ils sont responsables de la performance de leur établissement. Une des clés du système suédois, c'est la réduction du nombre de médecins et l'augmentation importante de celui d'infirmières de famille.

- Dans le système suédois, un problème de gestion au niveau local a beaucoup moins de chance de devenir un problème national, car les solutions, le budget, la gestion du personnel et le processus décisionnel sont décentralisés.

- Les conditions de travail, les salaires et les modes de rémunération des médecins seront, à terme, négociés localement, ce qui décharge le gouvernement national de négociations et de pressions syndicales.

- La décentralisation permet la création d'emplois de bonne qualité sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'un outil très important de développement économique en régions.

- Le fait qu'un impôt local constitue la source de revenus principale des conseils généraux rend difficile la hausse de taxes (car les Conseillers sont élus…). Cela oblige les gestionnaires de la santé à trouver des solutions afin de rendre le système de santé plus efficace. ●

Références bibliographiques

1. *Éco-Santé OCDE* 2010, juin 2010 et *Eco-Santé Québec* 2010.
2. GLENNGARD, Anna H. et al. *Health Systems in Transition - Sweden*, European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2005, p.3.
3. SVENSKA INSTITUTET. *Les services de santé en Suède*, Janvier 2007, p.2.
4. CHAMBARETAUD, Sandrine et Diane LEQUET-SLAMA. « Les systèmes de santé nationaux du Nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix », *Revue française des Affaires Sociales*, nº 4-2003, p.412.
5. GLENNGARD, Anna H. et al. *Health Systems in Transition. Sweden*, p. 28.
6. SVENSKA INSTITUTET. *« Les services de santé en Suède »*, p. 3.
7. THE ECONOMIST. *Reforming American Health Care. Heading for the Emergency Room*, June 25th, 2009, version Internet.