



# Colloque Santé du Parti conservateur du Québec

Le 30 avril 2022  
Contribution de Joanne Marcotte  
Co-auteur du Rapport Castonguay  
sur le financement du système de santé québécois

## Retour sur le “Plan Dubé”: Ceci n’est pas un plan!

- ▶ Le Plan Dubé n’est pas un plan!
- ▶ Il ne donne pas une idée claire des objectifs de rendement ni d’échéancier
- ▶ Ce qu’il est:
  - ▶ Liste de projets, d’outils et de mandats
  - ▶ Rapport écrit *par* des hauts fonctionnaires et *pour* les hauts fonctionnaires du MSSS
  - ▶ Liste pêle-mêle d’orientations stratégiques, d’outils de gestion, de technologies
- ▶ Ce que le Ministre nous dit dans ce Rapport:
  - ▶ ”Voici la liste des prérequis dont j’ai besoin pour redresser le système de santé.”
  - ▶ “J’ai besoin de beaucoup d’\$\$\$ et de 5 ans pour mettre en plan ces conditions de succès et ces outils”.

“Avec ça, ça va marcher...”. Le croyez-vous?

Seulement 39% des Québécois y croient

# 1. Les réformes

## Retour sur le “Plan Dubé”: des bonnes idées, mais...

### LES BONNES IDÉES

#### RECADRER LE RÔLE DE L'ÉTAT - L'ÉTAT-ASSUREUR

Grandes orientations, définition du panier de services, objectifs, suivi des résultats, contrôle de la qualité, financement des soins pour la portion couverte par le Fonds consolidé du Gouvernement.

#### RÔLE DU “RÉSEAU” - RÉSEAU OPÉRATEUR ET EMPLOYEUR

Fournisseurs de soins (opérateurs) qui gèrent des ressources humaines, financières, plateaux diagnostics et technologies de leurs établissements.

#### DÉCENTRALISATION - CHANGEMENT RADICAL DANS LA GOUVERNANCE

Transformation radicale de la gouvernance. ramener les opérations du réseau vers les régions à proximité des patients. Large degré d'autonomie et des moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités

#### FINANCEMENT PAR ÉPISODE DE SOINS (vs. financement sur une base historique) UNE BONNE IDÉE MAIS...

Nécessaire pour les soins fournis par le secteur public. Mais insuffisant. Il y a une limite aux fonds publics. Ce n'est pas parce qu'on financera autrement les établissements que les budgets du secteur public ne seront pas plafonnés !

... mais tout ceci a déjà été proposé, recommandé... et tabletté.

## 2. Les obstacles

### Faisabilité du Plan Dubé dans le giron “centralo-cratique”?

QUESTION: Avons-nous le temps d'attendre les cogitations des hauts fonctionnaires???

#### RAPPEL DES CONDITIONS DE SUCCÈS (pré-requis) du Plan Dubé

- Première ligne efficiente incluant les services sociaux (ex: soins à domicile et de longue durée)
- Capacité excédentaire de personnel soignant (+ embauches)
- “Valorisation” de la médecine familiale (plus de médecins, plus de \$\$\$)
- Décloisonnement des champs de pratique - Redéfinition des champs d'exercices pour IPS, pharmaciens, services préhospitaliers
- Meilleurs outils de gestion de l'organisation du travail (ex: horaires)
- Système de gestion intégrée des ressources + outils de mesure de rendement
- Grand rattrapage en matière de technologies de l'information
- Rôle accru du privé et du communautaire (dissensions idéologiques)

Questions: Mais qu'a fait le Grand Gestionnaire de la Santé depuis des décennies? Que s'apprêtait à faire le gouvernement Legault s'il n'y avait pas eu de pandémie?

#### RAPPELS

- Entre 50% et 70% des patients à l'urgence auraient pu être desservis en 1ère ligne
- Il y a **160 000 patients en attente** de chirurgie
- Plusieurs lits (étages) sont occupés par des patients en attente d'hébergement en lieu sûr (ex: RPA, CHSLD, à la maison avec soins à domicile, etc.)
- Selon la FMOQ, il manque **1000 médecins** au Québec
- Chez les infirmières, c'est l'exode prématuré et selon certains, la déprime totale.
- Le Canada arrive 26e/28 pour le nombre de médecins/1000 habitants.
- Et pourtant, 2e/28 pour la dépense en % du PIB.

## 2. Les obstacles (suite)

### UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DÉCENTRALISÉE

Un changement de culture dans le secteur public est-il possible?

#### AUTRES QUESTIONS ET EMBÛCHES IMPORTANTES

- Le changement ne pourra pas être initié par le MSSS. C'est contre nature.
- Qu'entend le gouvernement par DÉCENTRALISATION? Quel sera le lieu du pouvoir décentralisé?
  - Établissements du MSSS (CIUSSS et CISSS) auquel cas il s'agit de déconcentration, ou d'une fake-décentralisation.
  - Véritable décentralisation. Vers une gouvernance autonome de proximité? Vers les MRC? Territoires de CLSC?
  - Réaction des groupes d'intérêts? Résistance idéologique. Omerta débilante (qui affaiblit, qui démoralise)
- Opacité dans les initiatives du MSSS. Paternalisme contrôlant.
- Les ministres passent; les fonctionnaires demeurent... Réactions à prévoir de la machine et des syndicats qui se défendent

#### L'APPUI DE LA POPULATION

- **SONDAGE Léger** du 25 avril 2022
- 85% des répondants sont d'accord pour confier à d'autres professionnels certains soins prodigués par des médecins
- 60% sont d'accord pour faire plus de place au privé.

### 3. Les étapes

## L'URGENCE D'AGIR MAINTENANT: Le plan, version révisée!

LA QUESTION: Avons-nous le temps d'attendre les hauts fonctionnaires (on parle d'un plan de 5 ans) pour agir immédiatement, ou dans le court terme? Réponse: NON

UNE SEULE  
OBSESSION

L'AUGMENTATION  
DE L'OFFRE DE  
SOINS

### UNE SEULE OBSESSION DOIT GUIDER LA GOUVERNANCE: UNE GARANTIE DE RÉSULTATS!

#### À COURT TERME - Diminuer drastiquement l'attente

- **Planter rapidement** le Guichet d'accès à la 1ère ligne (GAP).
- Pour ce qui est des établissements hospitaliers et des cliniques spécialisées, **planter immédiatement la déconcentration proposée par le RQMDSS. Recourir à des soins à l'extérieur du Québec s'il le faut.**
- Dans ce modèle, encourager **l'ajout d'infrastructures à gouvernance privée plus spécialisées** et donc, plus efficaces. **Oser un projet pilote d'un hôpital à gouvernance privée.**
- **Permettre tous les types de financement** de façon à ajouter à l'offre: financement public, privé, ou mixte.

#### DÈS MAINTENANT- Préparer la décentralisation des soins et services sociaux de proximité

- **Confier l'organisation des soins et services sociaux de 1ère ligne à des instances régionales de proximité** (ex: MRC?)  
Objectif: Accès garanti aux soins professionnels et aux services sociaux (soins à domicile et de longue durée fiables CHSLD, Centres de jeunesse, ...).
- Encourager une **offre diversifiée** des secteurs privé, communautaire, coopératif, avec financement public, privé ou mixte, au libre choix des citoyens-patients.

#### À LONG TERME

- **Un système de santé pérenne qui opère indépendamment des fluctuations politiques**

\*\*\*LE DÉCLOISONNEMENT DES PROFESSIONS + LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE + PLUS DE MÉDECINS\*\*\*

# LES NOUVELLES FONDATIONS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ UNIVERSEL ET PERFORMANT (version révisée)

- ▶ **Repositionnement du rôle de l'État** (Assureur, Orientations stratégiques, Gardien de la qualité)
- ▶ **Décentralisation réelle** (avec budgets et pouvoirs décisionnels) vers les opérateurs locaux.
- ▶ Conception plus ouverte du "Réseau" comme étant un ensemble de fournisseurs de soins et de services sociaux avec **divers modes de gouvernance** (secteurs public, privé, privé conventionné, communautaire, coopératif, etc.) **qui incitent à l'innovation**
- ▶ **Décloisonnement des champs de pratique** des IPS, Pharmaciens et Paramédics, etc.)
- ▶ **La mixité de la pratique médicale + plus de médecins**
- ▶ Financement public par épisode de soins **auquel serait ajoutée une contribution privée au choix du patient**. Et pourquoi pas un crédit d'impôt au patient qui a dû recourir à du financement privé?

## OBJECTIF DE RENDEMENT: AJOUT DE L'OFFRE!

- Rehaussement de la capacité hospitalière
- Organisation du travail décentralisée plus efficace
- Grand rattrapage des chirurgies
- Diminution de la fréquentation des urgences par:
  - Ajout de l'offre de soins de 1ère ligne
  - Ajout de l'offre de services à domicile et de longue durée

Les convulsions autour du mot “privé” chez les fournisseurs de soins  
Exemples de “privé” - Tout ceci existe déjà!  
Il suffit d’encourager les établissements les plus efficaces.

Établissement public-public	Financé par la Carte-santé Administré, géré par le secteur public (les employés du gouvernement)
Établissement public-privé (ou privé conventionné)	Financé par la Carte-santé Administré, géré par le secteur privé Ex: Cliniques spécialisées pour chirurgies ambulatoires Pourquoi ne pas ajouter au nombre de chirurgies possibles? Pourquoi ne pas un hôpital privé en projet pilote?
Établissement privé-privé	Financé par le patient Administré, géré par le secteur privé Ex: Cliniques Lacroix, cliniques privées pour chirurgies de la cataracte



## QUELQUES RAPPELS, MYTHES ET LÉGENDES

- ▶ Sur l'universalité - **Un système de santé n'est pas universel si on ne peut y accéder. C'est le cas de celui du Québec**
- ▶ Sur la gratuité - **Il n'y a pas de gratuité lorsqu'il y a rationnement.** Un système de santé universel n'implique aucunement la gratuité - effet pervers causé par le fait que les coûts sont absorbés par le Fonds consolidé du Gouvernement (nos taxes et impôts).
- ▶ Sur le "Réseau" - Pour qu'un système de santé soit universel et équitable, **il n'est pas nécessaire que tous les offreurs de soins et services soient des employés du secteur public ni même que la gouvernance soit faite par des employés du secteur public.**
  - ▶ En effet, un soin peut être dispensé par un secteur privé conventionné, communautaire ou coopératif mais être financé par le public en partie ou en totalité. Le critère premier pour le choix du producteur de soins devrait être un critère d'efficience (le bon endroit, au bon moment par les bonnes personnes, idéalement au moindre coût).
- ▶ Sur l'imputabilité - **À ce moment-ci, il n'y a aucun responsable.** Mais si on a vraiment à coeur de répondre aux besoins des patients, les paramètres de gestion devraient moins se préoccuper de politique (protéger le ministre et le gouvernement) et s'occuper davantage de l'organisation du travail de proximité et de l'ajout à l'offre de services.