

## Pour en finir avec les coupes budgétaires en santé – Misons sur la complémentarité du secteur privé et sur les dépenses évitables

Par le Dr Alain Larouche le 6 août 2014 pour [L'actualité médicale](#)

Au fil de mes chroniques, vous avez sûrement compris que l'une des valeurs qui anime mon action est celle de contribuer à la viabilité d'un système de santé public et universel. Cela ne m'empêche pas de croire que la contribution du secteur privé représente un atout de taille pour permettre au secteur public de continuer à accomplir sa mission.

Pourquoi ? Tout simplement parce que le secteur privé est parfois en mesure d'apporter une expertise pointue et des solutions présentant un grand potentiel d'efficacité, de productivité et de meilleurs coûts.

Afin d'éviter toute méprise sur cette affirmation, je vous invite à lire, dans l'encadré ci-contre, les trois grands domaines dans lesquels, selon moi, s'inscrivent les services de santé offerts par le secteur privé.

Ces précisions faites, on peut se demander pourquoi donc le secteur privé jouerait un plus grand rôle dans le troisième domaine, celui de l'impartition. Tout simplement parce que le potentiel de gains d'efficacité et de gains de productivité au sein du système de santé est tel que des entreprises présentent désormais une offre de services innovatrice et centrée sur les besoins de la population. Cette offre complémentaire au réseau public s'appuie sur la prémisse suivante : pour une qualité au moins équivalente, nous pouvons améliorer les résultats et la satisfaction des patients, et dégager des économies d'échelle.

Vous êtes sceptiques ? Pourtant, nos organisations médicales admettent que les dépenses évitables dans le système de santé sont considérables. La prestigieuse publication *Health Affairs* indique que les dépenses évitables peuvent atteindre 37 % de chaque dollar investi\*. Compte tenu du budget de la santé, on parle ici de milliards de dollars ! Si un tiers, ou plus, de ce qui se dépense annuellement peut l'être en pure perte, de combien pouvons-nous réduire ce montant ? Et comment ? Telles sont les questions, et des solutions existent.

Trois des cinq principales causes de ces dépenses évitables – les défaillances dans la prestation des soins et dans la coordination des soins, la complexité administrative – intéressent plus particulièrement le secteur privé. Elles peuvent représenter jusqu'à 60 % des dépenses évitables, selon l'étude publiée dans *Health Affairs*. Voici trois pistes prometteuses : standardisation, intégration et coordination.

### La standardisation

Bien que le taux de personnes qui réagissent comme prévu à certains traitements n'atteigne pas 100 %, il n'en demeure pas moins que la majorité des patients verront leur état s'améliorer si une solution efficace leur est proposée. Or, on observe une très grande variabilité dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques, de même que dans l'organisation des « chaînes » de services.

Les autres secteurs de services ont compris depuis longtemps que la qualité est inversement proportionnelle à la variabilité et que, pour obtenir des résultats optimaux, la standardisation des procédés est l'élément de base à mettre en place. L'aviation est un exemple riche en la matière.

### L'intégration

À partir de 2003, le gouvernement du Québec a franchi une première étape en fusionnant les missions des établissements – CH, CLSC, CHSLD – pour créer les CSSS, responsables de coordonner les activités de leur réseau local, et ainsi donner vie au projet clinique et organisationnel. Mais à ce jour, l'intégration que nous constatons sur le terrain est structurelle, et non organisationnelle. L'offre de services des établissements est extrêmement morcelée et compartimentée en raison du mode de budgétisation qui va avec la définition des différents « programmes services » que doivent gérer les CSSS, comprenant pour la plupart trois lignes de services et centres d'activité, parfois exclusifs, parfois pas. Les mémoriser relève de l'exploit.

On n'a qu'à songer à quel point, pour beaucoup trop de patients, accéder à un service est un véritable parcours du combattant (prescription du médecin, remplissage de formulaires, téléphones, évaluations, etc.). De fait, quand on y réfléchit le moins, le système est conçu de telle sorte que c'est le patient qui doit répondre à la définition de l'offre de services de tel programme et à ses critères d'admissibilité, et non l'inverse. Je suis certain que vous avez des anecdotes à ce sujet.

## **La coordination**

La réponse aux besoins des patients est de plus en plus complexe du fait de... la complexité de ces besoins.

La littérature est unanime sur cette question : l'offre de services ne peut plus être le fait d'un seul individu, mais bien celui d'un groupe de professionnels travaillant en interdisciplinarité et de plus en plus en première ligne de soins, en lien étroit avec les autres lignes de services. Le défi de la coordination est en tête de liste de toutes les organisations confrontées à une offre de services complexe. Coordination non seulement au sein de l'équipe, mais aussi au sein de l'organisation et avec les partenaires du réseau.

### **Pourquoi le secteur public n'apporte-t-il pas les principaux correctifs ?**

Une première explication – il y en a plusieurs, mais je n'en aborderai que quelques-unes – est la suivante : une injection de fonds pour introduire une nouvelle façon de faire est considérée comme une dépense d'exploitation, et non comme un investissement. Combien de fois ai-je entendu un directeur général me dire qu'au final ça lui coûte plus cher de diminuer le coût unitaire d'un service, p. ex., éviter des hospitalisations à l'aide de télésoins, quand les lits libérés vont être occupés par d'autres patients en attente.

Une deuxième explication est ce que j'appelle la tyrannie du 31 mars : il faut arriver à l'équilibre budgétaire chaque année, ce qui empêche de financer un projet sur une plus longue période et de démontrer que le rendement du capital investi peut être au rendez-vous trois, quatre ou cinq ans plus tard.

Une troisième explication vient du fait qu'on utilise des compétences de trop haut niveau pour effectuer certaines tâches ou que des compétences ne sont pas exploitées du fait qu'elles ne se retrouvent pas dans le bon programme – c'est le cloisonnement que j'évoquais un peu plus tôt.

Enfin, trop de personnes pensent encore que la seule solution réside dans l'injection de plus de fonds. Quand on adhère à une telle assertion, il ne faut pas s'étonner que le rationnement soit la seule solution envisagée quand les fonds ne sont pas à la hauteur de ce qu'on souhaitait.

---

## **Le secteur privé en santé**

Au Canada, sauf exception, ce sont les provinces qui sont les assureurs publics. Les services offerts sont couverts par un régime d'assurance, comme l'assurance maladie. D'autres services, comme les soins à domicile, sont couverts par des politiques et programmes propres à chaque juridiction provinciale. Dans ce dernier cas, la gamme de services et l'accessibilité peuvent varier d'un territoire à l'autre en fonction des priorités locales et des capacités budgétaires. Les soins et services offerts par le secteur privé s'inscrivent dans trois grands domaines :

1. La compétition avec le secteur public. Elle concerne, p. ex., les médecins non participants au régime d'assurance maladie qui facturent directement aux patients des services normalement couverts par le régime ou les physiothérapeutes qui facturent en clinique privée des services normalement gratuits en établissement.
  2. L'offre supplémentaire. C'est le cas, p. ex., de l'offre des dentistes ou des chirurgiens esthétiques qui facturent les patients pour des services non couverts par le régime public.
  3. « L'impartition ». Elle concerne, par exemple, les « ressources intermédiaires » qui offrent aux personnes en perte d'autonomie des services dans le respect des normes d'accréditation que le secteur public édicte et contrôle. On peut inclure dans ce domaine les soins médicaux parce que, au lieu d'embaucher ses propres médecins, comme le font Kaiser Permanent aux États-Unis ou les établissements publics de santé en France, l'État a choisi de confier l'exécution de ces actes à des travailleurs autonomes – les médecins – qui se font rembourser par une tierce partie, la RAMQ.
-