Financement et organisation des services de santé et des services sociaux

ORGANISATION DES SERVICES:

état de situation

et perspectives

Québec

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

ORGANISATION DES SERVICES:

état de situation

et perspectives

juin 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36213-6

© Gouvernement du Québec

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

Nous avons souvent une vision anecdotique ou partielle des services de santé et des services sociaux. Il faut rappeler que ces services forment un univers vaste et diversifié.

Chaque jour, le système public offre des services à des milliers de gens et fournit de l'aide et des soins professionnels à des personnes souffrant de problèmes très variés. Ces personnes reçoivent soit des services en établissement, en cabinet, à leur domicile, dans un appartement adapté ou dans leur milieu de vie, soit des services ambulatoires. Elles bénéficient de services de santé, de services de réadaptation, de services sociaux, de services d'intégration sociale, de soins et d'aide à domicile.

À titre indicatif, voici des données récentes sur les services offerts par les professionnels et le personnel de la santé et des services sociaux, et leurs partenaires, au cours d'une année donnée.[1]

- *Près de 6 millions de personnes ont reçu des services médicaux ; la moyenne des actes médicaux par personne s'élevait à 9,8.*
- *Plus de 675 000 hospitalisations de courte durée et 280 000 chirurgies d'un jour ont été réalisées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.*
- *Les problèmes de santé mentale comptent pour 12 % des hospitalisations (une sur huit).*
- *25 000 signalements ont été retenus en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ; des programmes de prévention ont permis de rejoindre des milliers de jeunes de tous les âges.*
- *Environ 25 000 personnes alcooliques ou toxicomanes ont reçu des services de réadaptation.*
- *Près de 12 000 familles dont un enfant est handicapé ont reçu des services de répit, de gardiennage et de dépannage.*
- *Environ 23 000 personnes ayant une déficience ont reçu des soins dans les centres de réadaptation. Plus de 90 % de ces personnes vivent dans leur milieu.*
- *Plus de 170 000 personnes âgées ont reçu des services à domicile des CLSC ; environ 36 000 personnes âgées ayant des incapacités modérées ou graves étaient hébergées dans les CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée).*

La prestation d'une telle variété de services exige une organisation complexe. Cette organisation a connu une importante transformation au cours des dix dernières années. Pourtant, malgré les changements effectués, le système de santé et de services sociaux connaît encore aujourd'hui des difficultés : crises sporadiques dans les urgences, listes d'attente pour certaines chirurgies, déficits budgétaires de certains établissements. Au

[1] Données pour les années 1998 ou 1999, ou encore pour les exercices financiers 1997-1998 ou 1998-1999, selon les compilations statistiques disponibles.

quotidien, la discontinuité et le cloisonnement des services semblent encore marquer plusieurs interventions. Ce problème lancinant, qui est soulevé depuis au moins vingt ans dans le système public québécois, ne cesse, semble-t-il, de s'accentuer parce que les interventions font toujours davantage appel à une diversité de professionnels, qui relèvent le plus souvent d'organisations différentes. Bref, le système québécois paraît parfois essoufflé, et ce, bien que l'État y ait injecté plus de 4 milliards de dollars supplémentaires au cours des deux dernières années.

1. SE DONNER UNE VISION

Que faudrait-il donc changer pour améliorer l'organisation des services ? Quel genre de système de services voulons-nous ? Le système idéal n'existe pas, aucune société ne l'a trouvé. Mais trente ou quarante ans d'expérience dans les systèmes publics en Occident fournissent des repères sûrs. Un système de santé et de services sociaux efficace possède les caractéristiques suivantes :

- ***des services de base complets, organisés par territoire naturel (quartier et territoire de MRC), faciles d'accès. Par services de base, nous entendons principalement : des services médicaux généraux, des soins infirmiers, des services psychosociaux, des services de réadaptation courants, des soins et des services d'aide à domicile, des services d'hébergement et de soins de longue durée, Info-Santé, les activités de promotion et de prévention ;***

- ***en support aux services de base, des services spécialisés à la fine pointe du développement ;***

- ***des services et des professionnels organisés en un réseau au sein duquel la patiente ou le patient est assuré de recevoir le bon service, au bon moment, de la bonne personne ;.***

- ***une organisation performante, qui permet d'offrir le maximum de services à la population, de la meilleure qualité possible, en fonction de l'argent investi par la collectivité ;.***

C'est ce genre de système de services, le plus près possible des besoins de la population, que le Québec doit édifier pour relever les défis du 21e siècle. Pour y arriver, des barrières doivent être levées qui freinent aujourd'hui son adaptation, son évolution. Il faut ensuite se donner les leviers nécessaires pour avancer.

2. DÉTERMINER QUELS SONT LES OBSTACLES À L'ADAPTATION

Pour bien cerner les blocages actuels, il faut retourner aux caractéristiques structurelles de base du système de santé et de services sociaux. Au début des années 1970, le système public a été édifié sur deux lois constitutives, la ***Loi sur l'assurance maladie*** et la ***Loi sur les services de santé et les services sociaux***. Ces lois structuraient l'organisation des deux grands piliers de notre système de services : la pratique professionnelle individuelle, d'une part, l'établissement, d'autre part. **Dès lors, notre mode d'allocation budgétaire, notre organisation du travail, notre administration**, bref, tous les éléments qui façonnent l'édifice de l'organisation des services, **ont été structurés autour de ces deux éléments**.

Ces deux piliers correspondaient, en fait, au mode de prestation de services de l'époque. En effet, lorsqu'une personne devait être traitée, elle se rendait dans un établissement où elle était généralement prise en charge pour toute la durée de l'intervention, parfois même pour être hébergée en permanence. Lorsqu'elle devait consulter, elle allait soit dans un établissement, soit dans un cabinet. La plupart du temps, l'intervention était le fait d'un seul professionnel.

Mais les choses ont changé depuis. Certes, les points d'accès aux services ont été peu modifiés : nous nous rendons toujours chez un professionnel ou dans un établissement. Toutefois, l'évolution des valeurs, des connaissances et des pratiques a fait éclater graduellement les frontières de l'établissement. **Maintenant, la majorité des interventions qui suivent la première consultation se déroulent soit dans le milieu de vie, soit dans plus d'un établissement et avec le concours d'autres partenaires.** C'est le cas en santé mentale, pour les services offerts aux jeunes en difficulté, pour les services destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées, et même, depuis quelques années, pour les services de santé de courte durée, où l'hôpital et le CLSC sont maintenant appelés très souvent à coordonner leurs efforts.

De la même manière, les problèmes actuels des personnes qui recourent à divers services font très souvent appel à plusieurs professionnels, qui appartiennent souvent à des organisations différentes.

Pendant ce temps, les éléments structurants de l'édifice de l'organisation des services – l'allocation budgétaire, l'organisation du travail, les modes de rémunération, etc. – établis au départ autour de l'établissement et de la pratique professionnelle individuelle, **ont été peu modifiés**. Les programmes de réforme, les orientations, toutes les décisions prises au fil des ans n'ont pas fondamentalement changé la donne. Les problèmes qui en résultent sont de deux ordres : la grande difficulté du système à se doter de services de base complets et efficaces ; la difficulté d'assurer la coordination et l'intégration des services.

Le sous-développement des services de base

Il est généralement reconnu que 80 % des problèmes de santé et des problèmes sociaux peuvent être réglés par des services de base efficaces, ce qu'on appelle les services de première ligne. La répartition des ressources entre les services de base et les établissements spécialisés constitue donc un important facteur d'efficience pour tout système de services.

Pourtant, au Québec, les services de base souffrent encore de problèmes de développement et d'organisation. La gamme de services varie d'un territoire à l'autre ; les points d'accès aux services et les horaires de divers établissements ou services ne sont pas toujours bien connus de la population. **Pourquoi donc n'a-t-on pas réussi à se donner un réseau de services de base plus efficace ?** Trois raisons l'expliquent.

Premièrement, bien que les services de base aient déjà été largement reconnus comme prioritaires par les planificateurs des années 60, **l'implantation des CLSC** au début des années 70 – qui devaient constituer la « porte d'entrée » des services – **a souffert d'un certain retard**, pour diverses raisons : sous-financement, résistance des nouveaux établissements à se donner un cadre commun d'organisation des services, résistance des autres établissements et résistance des médecins.

Deuxièmement, l'adoption de l'assurance hospitalisation, en 1961, soit près de dix ans avant la mise en place d'un système public complet de services de santé et de services sociaux, **allait renforcer le rôle de l'hôpital comme « porte d'entrée » des services** : pendant une décennie, les Québécois et les Québécoises ont été amenés à consulter directement les services hospitaliers, parce que les services de santé offerts à l'hôpital, et seulement à l'hôpital, étaient gratuits.

Troisièmement, la conjugaison de ces deux facteurs a déterminé la tendance qui allait marquer l'évolution du système public pour des années à venir et qui consistait à mettre l'accent sur les services spécialisés.

La nécessité de se doter d'un réseau de services de base efficace n'a toutefois jamais été remise en question. D'ailleurs, lors de la création des CLSC, les médecins ont voulu de leur côté créer leur propre réseau de « première ligne », en implantant très rapidement quelques centaines de cliniques médicales sur tout le territoire.

Trente ans plus tard, il faut constater que ni les CLSC ni les médecins ne sont en mesure, chacun de leur côté, d'offrir l'accès à des services de base complets et efficaces. Les

deux « réseaux » se sont, pour beaucoup, développés en parallèle, avec leurs forces et leurs faiblesses.

Ce développement parallèle des cabinets de médecins et des CLSC a fait en sorte qu'on se retrouve aujourd'hui avec une gamme de services différents et dont l'accessibilité est variable d'un territoire à l'autre. Le sous-développement des services de base touche non seulement les services médicaux, mais également les services en santé mentale et les services sociaux. En fait, le modèle de développement institutionnel, qui a marqué *de facto* dès le départ l'évolution du système de services québécois, a laissé des empreintes profondes.

Aujourd'hui, le sous-développement des services de base se traduit par une pression accrue sur les services spécialisés, qui exigent toujours plus de ressources pour répondre à la demande. **Ainsi, l'État se retrouve constamment dans l'impasse suivante, jamais résolue : il doit allouer davantage de ressources aux établissements spécialisés, qui doivent pour leur part répondre à une demande en constante augmentation, ce qui lui laisse une marge de manœuvre très réduite pour développer les services de base.**

Le mode d'organisation qui en découle coûte cher.

Le morcellement des interventions

De façon générale, les champs d'expertise professionnels se sont développés par une segmentation toujours plus grande de la réalité, cela afin de mieux comprendre et faire avancer les connaissances. Ce fractionnement a souvent été transposé dans la pratique et dans l'organisation du travail. Parfois même, il a été retenu comme base pour la rémunération des professionnels ; la rémunération à l'acte en est le meilleur exemple.

Pendant ce temps, les problématiques et les interventions évoluaient exactement dans le sens contraire. Aujourd'hui, plusieurs professionnels sont souvent appelés à intervenir auprès d'une même personne, dans différents milieux, sans que la coordination des services ne soit assurée. Les mesures susceptibles d'encourager le travail interprofessionnel sont, à toutes fins utiles, inexistantes. Le cadre de pratique, fixé au départ, continue de marquer l'évolution des professions et des relations interprofessionnelles.

Ainsi, la pratique des médecins généralistes ne s'est pas toujours bien adaptée au changement. Il est parfois difficile, dans certains territoires, de mobiliser les médecins pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. En santé mentale, des problèmes d'accès aux services perdurent. Le principal mode de rémunération toujours en vigueur – le paiement à l'acte – ne favorise pas la continuité des services,

l'approche globale de la personne ni le travail en équipe. Plusieurs ajustements ont été apportés au cours des ans, mais le problème de fond demeure.

Du côté des services sociaux, l'intervention se déroule de plus en plus souvent dans le milieu de vie des personnes. Elle exige que les professionnels concernés coordonnent leurs efforts. L'appartenance à des organisations différentes, parfois concurrentes, ne favorise pas cette collaboration, et la coordination des actions reste difficile.

Des efforts ont été faits au fil des ans pour mieux intégrer les services professionnels. Ces efforts ont pris trois formes. D'abord, on a misé sur les **mécanismes de concertation, de partenariat** : tables multisectorielles, équipes multidisciplinaires, groupes de coordination, etc. Puis, on a voulu structurer davantage la concertation, au moyen de divers **plans** : plans régionaux d'organisation des services, plans d'intervention, plans de services individualisés, etc. La troisième vague, plus récente, a emprunté la voie des **fusions d'établissements** : CLSC-CHSLD, CH-CLSC, etc.

En fait, tous les efforts du passé se sont butés au même écueil : l'absence de responsabilité envers la personne tout au long de l'intervention. Ainsi, chaque professionnel et chaque établissement est responsable d'un segment, d'un épisode, d'une partie de l'intervention. La personne doit souvent se débrouiller seule pour trouver les passerelles, établir les relais nécessaires. Le problème est décuplé pour les personnes plus vulnérables.

3. CORRIGER LA TRAJECTOIRE DE FOND

Pour un véritable réseau de services de base : réunifier les forces

Nous avons actuellement au Québec deux « réseaux » de services de base - les CLSC et les cliniques médicales - qui, chacun de leur côté, ne peuvent offrir une réponse optimale aux besoins de la population. **La solution pourrait-elle venir d'une collaboration très étroite entre les acteurs concernés, de la mise en commun des forces ? Cette mise en commun devrait-elle emprunter la voie professionnelle, l'organisation des services à la population, plutôt que la voie des structures ?** Toutes les avenues méritent d'être explorées.

Pour l'heure, les objets de cette collaboration sont relativement clairs. Dans une organisation unifiée des services de base, les intervenants seraient véritablement organisés en réseau ; la circulation de l'information serait fluide entre les professionnels, les relais s'établiraient naturellement ; une équipe multidisciplinaire serait disponible lorsque l'intervention l'exigerait ; les professionnels des services de base auraient un

accès direct aux services spécialisés, lorsque la situation le commanderait. Surtout, ils assumeraient ensemble une responsabilité envers la population de leur territoire, responsabilité qui permettrait également de mettre au point des actions de prévention plus soutenues.

Pour mieux coordonner les services offerts à la personne : une responsabilité claire ; des moyens pour l'exercer

Si les besoins de coordination sont importants dans les soins et les services de courte durée, ils sont cruciaux dans les services de longue durée, où les interventions sont nombreuses. Pour assurer cette coordination, **faut-il prévoir de véritables « filières de services »**, établies en fonction de certains groupes (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, personnes handicapées, etc.) ou en fonction des problèmes (cancer, maladies cardiovasculaires, etc.) au sein desquelles l'usagère et l'usager pourront plus facilement circuler ? **Quels mécanismes prévoir pour organiser les relations interprofessionnelles et inter-établissements dans ces filières ?**

Quelle que soit la réponse que l'on apportera à cette question, l'expérience nous indique que deux conditions de base doivent être remplies. D'abord, un professionnel (le médecin, l'infirmière, le travailleur social, selon le cas), doit recevoir la responsabilité de coordonner l'intervention, c'est-à-dire l'ensemble des épisodes de l'intervention destinée à une personne. Cette responsabilité clinique doit être accompagnée des leviers nécessaires pour agir : une marge de manœuvre quant au choix des interventions, l'appartenance à une organisation responsable, administrativement et financièrement, de l'ensemble des services à une population donnée. Deuxièmement, cette responsabilité doit être assumée par un professionnel des services de base, dont le mandat est de répondre aux besoins de la personne.

Pour améliorer la performance de l'organisation des services : recentrer les établissements spécialisés autour de leur fonction première, le traitement, l'intervention spécialisée

Le Québec doit-il entreprendre de rééquilibrer graduellement la proportion des dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux qu'il consacre aux services de base et aux services spécialisés ? Actuellement, l'État québécois canalise encore plus d'argent dans les services en établissement que ses voisins.

- En 1999, les dépenses du Québec pour la catégorie « hôpitaux et autres établissements » comptaient pour 42,6 % des dépenses totales dans le secteur de la

santé, comparativement à 39,2 % en Ontario. Cet écart représente, toutes proportions gardées, un investissement supérieur de 614 millions pour le Québec[2].

Pour y arriver, les établissements spécialisés devraient se recentrer graduellement autour de leur fonction première : le traitement spécialisé, l'intervention spécialisée. De fait, **peut-on encore aujourd'hui demander à l'hôpital de fournir des services de base, des consultations, des services à domicile, ou tout autre service que les autres composantes du réseau public n'ont pas développé, alors qu'il est appelé à développer toujours davantage son plateau technique ?**

Les comparaisons indiquent que des améliorations sont encore possibles à l'hôpital, avec une meilleure organisation des services. Ainsi, de 1994 à 1998, la réduction des durées de séjour a été obtenue essentiellement en comprimant la phase préopératoire. Après l'opération, aucun gain ou presque (moins de 1 %) n'avait été enregistré. De façon générale, les durées de séjour demeurent plus longues au Québec qu'en Ontario et dans les autres provinces canadiennes. Ainsi, la durée moyenne du séjour hospitalier (standardisé) s'élevait à 5,73 jours au Québec en 1997, par rapport à 4,54 en Ontario (dernière statistique disponible).

Ce fait indique que la performance de l'hôpital ne dépend pas que de l'hôpital. Elle repose de plus en plus sur la présence de services au pourtour de l'établissement, en relation directe avec lui, grâce à des moyens de coordination efficaces : **en amont, des services de base complets et efficaces ; en aval, des soins et des services d'aide à domicile bien organisés**. La même remarque vaut pour les autres établissements spécialisés, ces établissements étant appelés à soutenir les professionnels des services de base.

4. ADAPTER NOS LEVIERS D'ACTION

Allouer les budgets sur de nouvelles bases : la personne, la clientèle, la population

La façon d'allouer les budgets – le cadre d'allocation budgétaire – est probablement l'élément le plus déterminant, la pièce maîtresse de l'organisation des services. Pour cette raison sans doute, c'est aussi l'élément le plus difficile à modifier. Mais il faut se rendre à l'évidence, **notre mode d'allocation budgétaire se révèle de plus en plus inapproprié**.

D'abord, il maintient d'innombrables divisions, qui sont autant de « couloirs », de « silos » entre les établissements, qui doivent pourtant, de plus en plus, accueillir les mêmes personnes au quotidien : l'hôpital et le CLSC, le centre jeunesse et le CLSC,

[2] Institut canadien d'information sur la santé. Les catégories « hôpitaux » et « autres établissements » de l'ICIS, ont été réunies pour annuler les différences de classement d'une province à l'autre.

l'hôpital et le centre d'hébergement et de soins de longue durée, etc. Et comme le mode d'allocation budgétaire adopté pour les établissements a été reproduit dans d'autres secteurs du système de services, on se retrouve aujourd'hui avec autant d'enveloppes différentes : une pour chaque établissement, une pour les médecins (assurance maladie), une autre pour les médicaments (assurance médicaments). Ce fait entraîne un nouveau cloisonnement, qui vient se superposer à celui que l'on constate déjà entre les établissements.

Dans ce contexte, il est possible pour un prestateur de refiler les coûts à un autre, ou encore de limiter sa collaboration, afin de réaliser des économies et de respecter ses objectifs budgétaires : par exemple, un CLSC ne retirera aucun avantage à aider l'hôpital à diminuer ses durées de séjour alors qu'il suffit à peine à répondre à la demande de services à domicile.

Deuxièmement, en maintenant une enveloppe pour chaque établissement, on se cantonne dans une culture d'entreprise selon laquelle toute organisation cherche naturellement à agrandir son territoire, à étendre sa gamme de services, ce qui constitue un réflexe tout à fait normal, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Ainsi, au fil des ans, certains hôpitaux ont mis en place leurs propres services à domicile, des hôpitaux psychiatriques ont créé leurs ressources dans le milieu, des centres jeunesse, également un établissement spécialisé, ont offert des services de base, etc.

On peut se demander si cette duplication des services n'est pas coûteuse pour la collectivité. À tout le moins, on sait qu'elle est confondante, pour le client, l'usagère ou l'usager de services, qui a parfois du mal à s'y retrouver.

Enfin, en finançant l'établissement à partir des bases historiques, **on reproduit d'année en année les écarts traditionnels**. De plus, il est très difficile, de cette façon, de tenir compte de la mobilité de la population.

Comment sortir du carcan actuel ? Deux options sont possibles, qui sont complémentaires.

- **Financer l'établissement sur la base de ses activités au lieu, comme c'est le cas maintenant, de financer une installation, du personnel, une organisation du travail, des équipements, une administration**

En allouant les ressources en fonction des activités réalisées au cours d'une année, on finance la demande de services – et la façon d'y répondre – plutôt que l'offre. Cette approche exige que l'on mesure précisément le coût de chaque service offert, de chaque intervention. Ce faisant, on dispose d'indicateurs de performance qui permettent de comparer les établissements entre eux, de mettre en place des mesures favorisant la performance, d'instaurer une concurrence productive.

- **Fonder l'allocation budgétaire sur le principe selon lequel « l'argent suit le client »**

Si l'on se base sur le principe voulant que « l'argent suive le client », on regarde le problème par l'autre bout de la lorgnette : ce n'est plus l'offre de services qui est financée, mais bien la consommation réelle. En termes clairs, le budget est alloué soit pour une clientèle donnée sur un territoire, soit pour la population de ce territoire. Une instance désignée est responsable de répondre aux besoins globaux de la clientèle ou de la population du territoire, dans les limites du budget qui lui est alloué. Elle dispose ainsi de toute la marge de manœuvre nécessaire pour offrir à chaque personne le bon service, au bon moment, au meilleur coût, au meilleur endroit. Dans ce modèle, les prestateurs de services sont financés sur la base des services qu'ils ont réellement offerts.

Ces options ont été expérimentées dans plusieurs sociétés. Quelle adaptation convient pour le Québec ? Comment faire la transition avec le mode actuel d'allocation des ressources ? Ces questions sont ouvertes. Modifier la façon d'allouer les budgets, de répartir les ressources au sein d'une organisation de la taille du système de santé et des services sociaux, est une opération complexe, qui remet en cause des manières de faire, des acquis, une tradition, une culture d'organisation. C'est donc une décision très importante, à la mesure du potentiel de changement qu'elle présente.

S'ouvrir à de nouveaux modèles de collaboration

Le système de santé et de services sociaux est une organisation qui doit être ouverte par rapport à son milieu, qui doit entretenir des liens multiples avec des partenaires de l'extérieur, en particulier les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les entreprises privées. Ces relations permettent aux organisations du réseau public de mieux répondre aux besoins de la population et d'innover.

Le partenariat avec les organismes communautaires a beaucoup évolué ces dernières années. L'augmentation des services dans le milieu de vie exigeait une nouvelle souplesse, de nouveaux modes de collaboration. De nouveaux organismes ont également vu le jour, soit les entreprises d'économie sociale. Elles sont maintenant plus d'une centaine, réparties sur tout le territoire, à épauler les CLSC dans les services d'aide à domicile. Il s'agit là d'une réussite exceptionnelle.

Le besoin de flexibilité s'est traduit par de nouvelles formes de partenariat entre le secteur public et le secteur privé, dans divers domaines : gestion, services à domicile, services administratifs, développement technologique. Ce partenariat doit être accentué lorsqu'il permet d'améliorer les services offerts à la population et de réaliser des gains de performance. Or, les gains ne peuvent provenir que de l'innovation, avec des partenaires de l'intérieur comme de l'extérieur du système. **Comment donc donner aux administrateurs et aux professionnels des services de base, tout**

particulièrement, la marge de manœuvre et l'oxygène nécessaires pour choisir les solutions qu'ils jugent les plus efficaces ?

Le secteur public occupe un vaste champ où une multitude d'expertises peuvent être mises à profit. Il doit s'ouvrir toujours davantage et faire preuve d'une grande souplesse dans un monde où les frontières traditionnelles n'existent plus. Il doit enfin profiter de toutes les occasions pour améliorer l'efficacité de ses services et sa performance d'ensemble.

MIEUX SERVIR LA PERSONNE, MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Le Québec a innové il y a trente ans, en se donnant un système de santé et de services sociaux qui intégrait les deux grands domaines de services. Ce choix reste très pertinent aujourd'hui, encore davantage qu'hier, compte tenu de l'évolution des problèmes et des besoins. Il a fondé ce système sur des principes généreux qui ont marqué son évolution : l'équité, l'accès aux services pour tous, sans discrimination, l'universalité. Ces choix ne sauraient être remis en cause.

Le Québec a également édifié et organisé son système public de services sur deux assises principales : l'établissement et la pratique professionnelle. Ces assises restent fondamentales dans l'organisation actuelle des services, mais les règles qui président à leur fonctionnement doivent être réinterprétées, redéfinies en fonction du nouvel équilibre qu'il faut établir entre les services de base et les services spécialisés, et des nouvelles exigences, devenues impératives sur le plan de la coordination.

Pour bien effectuer ce réaménagement, un nouveau point de vue s'impose. Ce point de vue ne peut être que le service offert à la personne et la réponse donnée aux besoins de la population. En d'autres mots, le système public doit maintenant se donner les moyens pour mieux regrouper ses activités, moduler son fonctionnement, adapter ses façons de faire autour de cette idée maîtresse.

Le Québec, encore une fois, est convié à innover.

Autres documents déjà publiés et disponibles à la section **documentation** sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est**: www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-6F