



GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Rapports [Clair](#) et [Castonguay](#)

**Extraits pertinents concernant
la décentralisation des responsabilités**

Automne 2010

RAPPORT DE LA COMMISSION CLAIR – Décembre 2000

« La culture de notre réseau est basée sur une approche hiérarchique, bureaucratique et cloisonnée où chaque nouveau client représente un problème de plus. Il faut développer une culture d'excellence axée sur les résultats dans laquelle la gouverne fixe les objectifs et les moyens pour les atteindre. »

LA GOUVERNE: CLARIFIER LES RÔLES, RENFORCER L'IMPUTABILITÉ DES DIRIGEANTS

LA GOUVERNE NATIONALE

- Que le gouvernement précise le rôle de la gouverne nationale de façon à ce que celle-ci puisse relever les défis politiques contemporains, en matière de santé et de bien-être, et orienter la gestion globale des services, sur la base des principes préconisés par la Commission;
- Que la révision du rôle du MSSS mette l'accent sur les fonctions visant l'élaboration des orientations stratégiques, des grandes politiques sociosanitaires et l'évaluation des résultats;
- Que le gouvernement confie à un groupe de travail le mandat de le conseiller sur diverses options, notamment, le renouvellement du Ministère, la création d'une agence nationale et toute autre proposition visant à adapter la gouverne nationale aux défis de l'avenir;
- Que ce groupe de travail soit composé d'administrateurs publics reconnus, de gestionnaires expérimentés du monde des affaires, de professionnels de la santé et de citoyens.

LA GOUVERNE RÉGIONALE

- Que le MSSS confirme la nécessité de régies régionales responsables et imputables envers lui,
- Que les régies disposent d'une large marge de manoeuvre et d'autonomie pour actualiser les orientations ministérielles de santé et de services sociaux, organiser les services dans la région et allouer les ressources.

Pour appuyer cette recommandation : 7 propositions

P-47 Nous proposons:

- Que le conseil d'administration des régies régionales soit composé de 14 membres nommés par le gouvernement, dont:
 - 4 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et résidant dans diverses parties du territoire régional;
 - 3 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et provenant du milieu de la santé et des services sociaux;
 - 1 député - et non un ministre - choisi par les membres de l'Assemblée nationale de la région concernée selon un mécanisme à convenir;
 - 1 personne du milieu communautaire;
 - 1 personne du milieu de l'enseignement;
 - 1 personne du milieu syndical;
 - Le président de la Commission médicale régionale;
 - Le président de la Commission infirmière régionale;
 - Le directeur général.

P-48 Pour consulter et informer la population, nous proposons:

Que le conseil d'administration des régies régionales ait la responsabilité de constituer un Forum de citoyens pour le conseiller sur les enjeux de santé et de bien-être de la région.

P-49 Pour améliorer l'organisation des soins, nous proposons:

Que le conseil d'administration de chaque régie régionale mette sur pied une Commission infirmière régionale afin de le conseiller sur l'organisation des soins et leur intégration sur le territoire.

P-50 Pour renforcer les opérations de gestion, nous proposons:

Que les régies régionales adoptent les principes directeurs de gouverne proposés par la Commission: responsabilité populationnelle, territorialité, imputabilité, primauté aux résultats, subsidiarité, importance de la gestion et participation des citoyens.

P-51 Nous proposons:

Que les responsabilités et l'imputabilité de la régie régionale envers l'autorité centrale soient concrétisées dans un contrat de performance triennal, négocié entre les deux parties, avec évaluation et ajustement annuels.

P-52 Nous proposons:

- Que la régie régionale ait un pouvoir de surveillance et d'enquête dans les cas suivants :
 - un établissement ne respecte pas la loi et ses règlements;
 - un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes desservies par l'établissement;
 - un établissement est sérieusement soupçonné de malversation ou de faute grave de gestion.

P-53 Nous proposons :

- Que le directeur général soit nommé par son conseil d'administration, cette nomination devant être approuvée par la ministre.

LA GOUVERNE DES ÉTABLISSEMENTS

- Que les établissements de 1re ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, le ou les CLSC, le ou les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local.

Pour appuyer cette recommandation: 3 propositions

Nous proposons:

- Que soit constitué un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un seul conseil des infirmières et infirmiers (Cil) et un seul conseil multidisciplinaire (CM) par conseil unifié.

P-55 Nous proposons:

- Que le conseil d'administration unifié ait la responsabilité de mettre sur pied un mécanisme permettant à tous les professionnels de la santé et des services sociaux, publics et privés, de son territoire de le conseiller sur l'organisation des services.

P-56 Nous proposons:

- Que les établissements et les régies régionales reconnaissent la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives;

R-34 Pour accroître la compétence administrative, assurer la présence de professionnels sociosanitaires engagés dans la communauté et maintenir la participation des citoyens, nous recommandons:

- Que les membres du conseil d'administration des établissements locaux soient, pour certains, élus, et pour d'autres, nommés.

FAVORISER LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À PORTÉE RÉGIONALE ET NATIONALE

- Que les membres des conseils d'administration des établissements spécialisés à portée régionale soient nommés en fonction des éléments suivants:
 - liens avec les établissements de 1^e ligne et représentation de la région;
 - compétence en matière de gouverne;
 - expertises professionnelles spécifiques.
- Que les membres des conseils d'administration des établissements avec mandats suprarégionaux ou nationaux soient nommés en fonction des éléments suivants :
 - liens avec les régies régionales desservies;
 - liens avec les établissements de 1^e ligne et 2^e ligne desservis;
 - compétence en matière de gouverne;
 - liens avec l'université: enseignement et recherche (s'il y a lieu);
 - expertises professionnelles spécifiques.

Rapport Castonguay – 2008

Nota : Ces observations et recommandations sont tirées du chapitre dix du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, dirigé par M. Claude Castonguay, M Michel Venne et Mme Joanne Marcotte pp. 160 à 185

CHAPITRE 10 – LA GOUVERNANCE : UNE NOUVELLE CULTURE À IMPLANTER

Des changements à poursuivre avec vigueur

Au cours des dernières années, de nombreux changements ont été apportés afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins et de répondre aux situations de crise qui se sont manifestées ici et là dans le système. Les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux ont été regroupés dans 95 Centres de santé et de services sociaux, les CSSS.

D'autres transformations ont été apportées au fonctionnement du système.

- Le niveau du financement du système a été considérablement accru.
- Les ententes avec les médecins ont permis d'effectuer le rattrapage nécessaire dans les niveaux de rémunération.
- Ces ententes comprennent des dispositions visant à améliorer la qualité, la nature et le suivi des soins.
- Une importante partie des conventions collectives avec les employés du réseau peut maintenant être négociée au niveau local.

Malgré tous ces changements positifs, l'amélioration de l'efficacité du système et de ses composantes doit être poursuivie avec vigueur. La priorité doit maintenant porter sur l'administration au sens large du système, sur sa gouvernance, sur les modes de financement, sur l'évaluation de la performance, sur le développement des meilleures pratiques et sur l'utilisation efficace des technologies de l'information.

Les pays de l'OCDE

Tous les pays sont aux prises avec les mêmes préoccupations, soit celles de contrôler la croissance des coûts de santé dans un contexte de vieillissement de la population, ainsi que de maintenir ou d'améliorer l'universalité de l'accès aux services de santé. Il ne fait aucun doute que l'amélioration de la performance passe par l'amélioration des systèmes de gouvernance.

Tous les pays ont également pour objectif d'améliorer la réactivité de leur système. Ils misent en grand nombre sur l'amélioration de la reddition de comptes, la décentralisation des responsabilités et l'incitation à une plus grande responsabilisation incluant celle des prestataires, des patients et des gestionnaires.

Les initiatives les plus souvent citées comme étant indispensables à l'amélioration de la productivité ont trait à une meilleure connaissance des coûts, à la circulation de l'information, à une plus grande responsabilisation des acteurs par des incitatifs économiques et administratifs, à la séparation des responsabilités de financement et d'organisation du système et à la décentralisation de l'organisation des services.

Enfin, les pays qui ont réussi à ralentir la croissance des coûts des régimes publics de santé se sont attaqués aux mécanismes de gouvernance de leur système.

Tous les pays dont le système de santé est décentralisé ont amélioré ou maintenu la productivité de leur système de santé au cours de la dernière décennie.

La situation au Québec

Même s'il y a des efforts d'intégration au niveau local (CSSS), il n'en demeure pas moins que le système de soins québécois, sur le plan national, n'est pas vraiment intégré dans une gestion systémique. Il y a un problème majeur de gouvernance centrale. Les rôles et responsabilités, et surtout les mécanismes de prise de décisions entre ministères, agences et établissements ne sont pas clairs.

Sur le plan de la gestion : des constats qui sont loin d'être positifs

Sur le plan de la gestion de notre système de santé, le bilan est loin d'être positif. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est activement engagé dans la micro gestion du système. Le processus de décision est fortement centralisé. À titre d'exemple, l'accord du ministre est requis pour l'ouverture d'un groupe de médecine familiale ou d'un centre médical spécialisé.

Tous les processus sont imprégnés d'une culture qui procède du haut vers le bas. La législation et la réglementation imposent à tous les niveaux aux gestionnaires un cadre rigide et détaillé. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui, à l'origine en 1970, comptait 160 articles, en compte maintenant plus de 650.

À ce cadre s'ajoute un contrôle strict et à courte vue des coûts, ce qui a comme conséquence que sur le plan de la gestion des soins, il ne reste guère de place pour l'initiative.

Les structures administratives du système sont lourdes et contraignantes.

Notre système est doté d'une imposante structure centrale, à laquelle s'ajoute une structure régionale composée de 18 agences. Cette structure coûte cher, puisqu'elle mobilise pas moins de 190 millions de dollars par année – auxquels on doit ajouter les 100 millions de dollars affectés à l'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec. La mission de cette coûteuse structure est mal définie.

De façon générale, les pays de l'OCDE ont opté soit pour un ministère fort et des structures régionales légères ou pour l'inverse, soit une structure régionale plus élaborée et un ministère plutôt léger. À titre d'exemple, la Grande-Bretagne ne compte que dix régions, malgré ses quelque soixante millions d'habitants.

Les budgets sont alloués aux agences régionales par le ministère selon une méthode dite historique qui, heureusement, évolue vers une approche populationnelle modulée.

Les budgets sont distribués aux établissements par les agences. Ils sont constitués d'un ensemble d'enveloppes et d'indicateurs qui déterminent à quelles fins les budgets doivent être dépensés.

Les priorités d'action sont établies centralement, au ministère de la Santé et des Services sociaux, avec peu d'égard pour les caractéristiques des communautés. De plus, les établissements sont encadrés par les agences au moyen d'ententes de gestion très détaillées.

Les responsables des établissements sont ainsi soumis à des contraintes omniprésentes et leur marge de manœuvre est considérablement limitée.

Comme si cela n'était pas suffisant, dans bien des cas, les budgets ne sont arrêtés que tard au cours de l'exercice.

Dans ce système, les missions des organisations appartenant à chacun des niveaux ne sont pas clairement définies, ce qui rejait sur l'autorité des responsables de ces organisations. La chaîne d'imputabilité elle-même n'est pas déterminée avec précision. On est ainsi placé dans une situation où, du haut en bas de la structure, chacun a une part de responsabilité, mais jamais personne n'est pleinement responsable. Chacun n'est que partiellement responsable ou imputable des activités dans son secteur d'activité.

Cet état de fait, lourd de conséquences, est en outre la cause de la trop grande politisation à des fins partisans de notre système de santé.

En l'absence de règles claires de responsabilisation, les inévitables incidents dans un système aussi complexe tendent à être reprochés à l'ultime responsable. Bien souvent, lors d'un incident regrettable, le ministre de la Santé en est tenu de s'en expliquer à l'Assemblée nationale.

Cette déplorable situation a pour effet de détourner l'attention des véritables enjeux et de pousser encore davantage le ministère vers une micro gestion du système.

En définitive, il n'y a rien dans le système qui incite les gestionnaires à rechercher de façon continue le plus haut niveau possible de performance sur le plan de l'administration et des objectifs de santé.

Les changements de structure

Les fréquents changements de structure au cours des années ont semé l'incertitude et le désarroi dans le personnel de nombreux établissements. Le besoin de stabilité est manifeste.

À ce stade de l'évolution de notre système, il vaut mieux apprendre à fonctionner avec les structures en place au niveau de la production de services, malgré leurs déficiences, que de les remplacer. Le groupe de travail a ainsi limité ses propositions concernant des changements de structure aux niveaux les plus élevés de la pyramide.

Un changement de culture étayé par des principes

Le groupe de travail est convaincu qu'un véritable changement de culture s'impose. Ce changement doit passer par un système de gouvernance cohérent, dont l'ensemble des composantes est orienté vers la satisfaction des besoins des citoyens.

Quatre principes de gouvernance

Le terme de changement de culture est trop souvent galvaudé. Il prend ici tout son sens, en s'appuyant sur quatre principes de gouvernance qui devraient être appliqués au secteur de la santé et aux différentes organisations qui le composent.

En premier lieu, la culture de gouvernance proposée par le groupe de travail suppose une clarification des missions attribuées à chacune des organisations du système de santé. Les missions confiées aux différents acteurs du système doivent être clairement définies, avec l'autorité qui en découle – ce qui n'est pas le cas actuellement.

En deuxième lieu, cette culture de gouvernance implique une différenciation des rôles assumés par ces mêmes organisations. Il s'agit d'éviter les confusions et les chevauchements, avec les répercussions que cela peut avoir sur la chaîne d'imputabilité.

En troisième lieu, il importe que les droits et obligations de chacun soient précisés dans le cadre d'ententes contractuelles, conclues entre les différentes organisations et acteurs du système de santé – y compris les médecins.

En quatrième lieu enfin, la culture de gouvernance souhaitée par le groupe de travail suppose un certain nombre d'orientations, telles que la décentralisation et l'autonomie, ainsi que des exigences touchant à l'imputabilité, à la responsabilité et à l'évaluation.

La voie de la décentralisation

Onze ans après le rapport Deschênes et sept ans après le rapport Clair, on doit constater que sur le plan des structures de gouvernance, le remplacement des régies régionales par les agences régionales a accentué encore la centralisation du pouvoir de décision au niveau du ministère.

La plupart des pays dont les systèmes sont financés par les impôts généraux ont, au contraire, pris la voie de la décentralisation à des entités régionales et locales.

Parmi ces pays, plusieurs ont des populations dont la taille s'apparente à la nôtre. On fait référence au Danemark, à la Finlande, à l'Irlande, à la Norvège et à la Suède.

Plus significatif encore, la Grande-Bretagne, dont le système de santé a servi de modèle pour le Canada, s'est résolument engagée dans la décentralisation régionale.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Depuis quelques années, plusieurs ministères et organismes publics sont venus à la conclusion qu'ils n'étaient pas en mesure de produire efficacement leurs services. Le domaine public introduit des lourdeurs et des rigidités qui les rendent inefficaces sur ce plan. La recherche de gains d'efficience les a conduits à se retirer de la production de services, afin de pouvoir se concentrer sur leur véritable mission.

De la même manière, il serait nécessaire que le ministère de la Santé et des Services sociaux se concentre sur la planification stratégique et l'atteinte d'objectifs de santé.

Il devrait à cet effet établir la politique et les objectifs de santé, définir la liste des services assurés, établir des standards nationaux, allouer les ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, établir les indicateurs de performance et procéder à l'évaluation et à l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.

Pour enclencher le processus si nécessaire de décentralisation et de responsabilisation dans notre système, la voie à suivre est clairement indiquée.

Il serait essentiel de ramener le ministère de la Santé et des Services sociaux à sa mission première.

Cela implique que l'on sorte le ministère de la gestion quotidienne de la dispensation des soins, et qu'on le désengage clairement de la production des soins.

Malgré les difficultés inhérentes à une telle opération, il devrait en résulter une réduction importante des effectifs et des coûts d'opération du ministère.

Un nombre limité d'agences

Le groupe de travail suggère que les agences régionales, actuellement au nombre de dix-huit, soient regroupées en six à huit entités.

Un tel nombre permettrait que chaque entité couvre un bassin assez nombreux de population, avec des caractéristiques raisonnablement homogènes.

Chaque entité aurait ainsi une taille lui permettant d'être dotée des effectifs nécessaires à l'accomplissement de sa mission et posséderait une capacité réelle de négociation.

Le regroupement des agences devrait être effectué en tenant compte de la proximité géographique, des bassins de desserte en commun, des corridors de service établis, de la taille de la population et des habitudes de collaboration entre les régions.

Les producteurs de services

Clairement distincts des structures de gouvernance du système de santé, les producteurs de services regrouperaient l'ensemble des établissements, des cliniques de santé et autres fournisseurs, appelés à produire des soins au bénéfice des citoyens.

Le groupe de travail a précisé les règles de gouvernance que devraient respecter les principaux de ces producteurs de services – soit les CSSS et les cliniques de santé –, tout en évoquant les différents autres établissements contribuant à assurer des soins à la population.

Les Centres de santé et de services sociaux

Les CSSS ont été créés en 2004. Avec leurs partenaires, et sur leurs territoires respectifs, ils assument la responsabilité des soins et des services dans le cadre de projets cliniques et organisationnels.

– Les CSSS doivent en outre assurer la coordination entre les centres hospitaliers, les CHSLD, les cliniques et les organismes communautaires sur leurs territoires.

Une plus large autonomie, accompagnée d'une imputabilité accrue

Essentiellement, les CSSS sont des pourvoyeurs de soins. Pour qu'ils puissent s'acquitter efficacement de leur mission, ils doivent pouvoir bénéficier d'un large degré d'autonomie. En contrepartie de cette autonomie accrue, ils doivent être pleinement responsables et imputables de leur gestion.

Les autres établissements

À côté des CSSS, un certain nombre d'établissements sont également de grands producteurs de services au sein du système de santé.

Ces établissements ont des statuts particuliers, en raison de certains volets de leur mission qui leur sont propres. On fait notamment référence aux Centres hospitaliers universitaires, aux Centres hospitaliers affiliés, aux Centres jeunesse, aux Centres de réadaptation, ainsi qu'à tous les établissements appuyant l'offre de services.

Les règles de gouvernance définies précédemment doivent leur être appliquées. Il faut que ces établissements soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique, et qu'ils rendent compte des résultats obtenus.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.

Les conseils d'administration

Les consultations effectuées ont permis au groupe de travail de constater que les conseils d'administration des agences régionales et des établissements ne jouent pas de rôle significatif dans le système. Il y a confusion sur leur rôle.

Plusieurs des membres des conseils d'administration sont à la fois juges et parties, et par conséquent en conflit d'intérêts.

Selon un rapport du Vérificateur général, les bonnes pratiques de gouvernance ne sont pas mises en application par ces instances.

Enfin, la reddition de comptes relative à leurs activités est quasi inexistante.

Chaque agence régionale et chaque établissement devraient être chapeautés par un conseil d'administration dont la responsabilité première est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont attribuées.

La notion de représentativité, dans la nomination des membres du conseil d'administration, doit être abandonnée. Bien au contraire, il faut que les membres des conseils d'administration soient des personnes indépendantes, choisies en fonction de leur compétence et de leur bon jugement – et en fait de leur aptitude à assurer une gestion efficace des ressources.

Les conseils devraient être composés d'un nombre limité de membres. Le groupe de travail suggère que les conseils d'administration soient composés de cinq à sept membres, ce qui semble optimal pour favoriser le bon déroulement des discussions.
