

Texte d'opinion

Réforme de la santé 2021

À la fin janvier, le 26, la ministre de la santé a produit un document « Agir en faveur de soins de santé publique fiables », pour expliquer les problèmes auxquels le gouvernement est confronté dans les services de santé et inviter les citoyens à lui faire part de leurs commentaires.

La santé, c'est environ 40 % du budget de la province. Ce problème s'est aggravé depuis les débuts de l'assurance-maladie. À partir des années 80, les différents gouvernements ont procédé à plusieurs réformes qui allaient toutes dans la même direction : une centralisation progressive de la prise de décision à Fredericton par les bureaucrates et les politiciens.

En même temps les citoyens ont été écartés du processus, sauf à travers des consultations bidon, et les professionnels ont été réduits au silence et traités comme de simples rouages pour exécuter les directives du ministère. Ce qui nous a menés au système actuel qui, de l'aveu même du ministère, est extrêmement dispendieux, inefficace et dysfonctionnel.

Le système est gouverné par le/la ministre de la Santé, qui dispose d'un pouvoir absolu. Une cour de hauts fonctionnaires, qui inclut les DG des réseaux, exécute ses directives. Toutes les réformes utilisaient le même outil, la centralisation, avec les mêmes résultats : inefficacité et augmentation des coûts. Comme le disait Einstein : l'erreur est humaine mais faire la même erreur à répétition est stupide.

Comme lors des réformes précédentes, le document parle de qualité, de pérennité, de participation des citoyens, de vrais changements ; les mêmes airs de violon qu'on entend à chaque fois pour endormir les citoyens électeurs. En fait, le document laisse clairement entendre, et le Premier ministre va dans le même sens, que les services spécialisés seront regroupés dans les gros hôpitaux du sud. Bathurst héritera d'une partie des dépouilles de Campbellton et Miramichi.

Edmundston dépendra un peu plus du Québec, à moins qu'on leur interdise l'accès dans cette province ; dans ce cas, ils seront les plus grands voyageurs pour les services de santé au N.-B. On laisse également la porte ouverte à une diminution des services en milieu rural. Ce plan est celui du Gouvernement depuis plus de 12 ans.

Pourtant il est possible de réorganiser les services sans déshabiller le nord et les milieux ruraux. Pour cela il faut un peu d'imagination et du leadership organisationnel. Ce sont deux qualités qui font cruellement défaut à Fredericton, à moins que le système de santé serve d'autres objectifs que la qualité des soins pour les patients.

Dans sa lettre la ministre fait appel à la collaboration des travailleurs de la santé et des citoyens : si le passé (voir ci-haut) est garant de l'avenir, il est plus que probable que leurs voix ne seront pas entendues. Déjà, la réforme est annoncée dans son document : une rationalisation sauvage au détriment des populations rurales et aussi des populations urbaines dans le nord. Il y a tout lieu de croire que la réforme est déjà écrite.

Ce sera une autre tentative du ministère de pousser dans la gorge des citoyens une réforme concoctée il y a très longtemps, elle ne fait pas de bon sens mais ils y tiennent. Si la ministre est sérieuse, qu'elle publie les différents projets de réformes rédigés avec des consultants au cours de ces années et on pourra apprécier la différence entre ces textes et la réforme qu'ils adopteront bientôt. Le délai que le gouvernement s'est donné, juin juillet est trop court pour élaborer une nouvelle réforme. Pour un délai si court, il faut que la réforme soit en bonne partie déjà décidée. Vous comprendrez notre scepticisme sur votre invitation à participer.

Il ressort clairement de la lettre et du document qu'il y a officiellement, UN problème qui transcende tous les autres : l'argent. D'ailleurs une bonne partie du document fait référence à une analyse faite par un économiste. Le véritable objectif, au-dessus de l'argent, c'est l'objectif politique ; mais ça, on ne va pas l'avouer.

La ministre a signalé plusieurs problèmes qui ont tous un lien avec l'argent. Mais, avant de les passer en revue je veux attirer votre attention sur un élément de ce texte qui est injurieux, insultant et blessant pour les personnes âgées : l'emphase qu'on met, à plusieurs endroits, sur la part des coûts qui leur est attribuable. N'est-ce pas pour cela que l'Assurance-maladie a été créée ? Offrir des services de santé à tous sans discrimination.

Quel est le message ici : on planifie de les exclure de l'assurance-maladie (j'exagère volontairement) ? Ils veulent que l'aide médicale à mourir soit utilisée plus souvent ? Ils veulent que les héritages soient automatiquement donnés au gouvernement ?

Singulariser un groupe d'utilisateurs fragilisés est insultant et cruel. Les solutions doivent être trouvées pour servir tous ceux qui ont besoin de services de santé. Malheureusement les personnes âgées, pour des raisons évidentes, ont plus de besoins. L'utilisation des écrits de Monsieur Saillant (l'économiste) est presque du détournement de sens. Il a fait un travail d'économiste, une analyse pour éclairer un sujet, certainement pas pour faire des boucs émissaires avec les personnes âgées.

Parmi les problèmes signalés par la ministre, il y a celui des lits d'hôpitaux (chers) utilisés par des patients qui devraient être pris en charge dans des foyers de soins ou à domicile (moins cher). Les solutions sont évidentes et ont été proposées dans le passé par des cadres des réseaux. Les économies ne peuvent pas être réalisées avant de mettre les solutions de remplacement en place. En haut lieu, on n'a pas donné suite aux propositions. Si 30 % des lits d'hôpitaux sont utilisés pour des personnes qui seraient mieux traitées dans des structures moins dispendieuses qu'un hôpital ; qu'est-ce qu'on attend pour créer les services appropriés maintenant et encaisser les économies ensuite ?

L'accès aux médecins de famille, l'attente en chirurgie et l'engorgement des urgences font partie du problème général de la pénurie de main-d'œuvre. Comment expliquer que le gouvernement n'utilise pas trois des outils à sa disposition ?

- 1- Décontingenter les admissions dans les disciplines de la santé. La politique actuelle crée une rareté qui augmente les coûts et diminue l'accès aux services. Ils vont dire que les centres de formation ne peuvent pas en accepter plus. J'ai de sérieux doutes sur cette réponse, les centres de formation sauront certainement s'adapter.
- 2- Recruter de la main-d'œuvre étrangère. Elle est abondante et moyennant des programmes de mise à niveau adéquats, elle s'intégrera en douceur à nos systèmes. Pour y arriver, il faut négocier avec les associations professionnelles qui n'aiment pas voir arriver de la compétition pour des raisons évidentes.
- 3- Remettre en question les monopoles professionnels : pourquoi demander à des médecins de faire des actes qui peuvent être accomplis par une infirmière ou un pharmacien, des actes infirmiers qu'on peut déléguer aux auxiliaires, et ainsi de suite ; en s'assurant bien sûr que la formation adéquate est donnée aux nouveaux prestataires. Pour cela, il faut que le gouvernement soit crédible et négocie sérieusement et de bonne foi avec les organisations professionnelles. Les recettes pour le recrutement, identifiées dans le document, sont les mêmes qui ont prouvé leur inefficacité depuis longtemps ou n'ont pas été sérieusement utilisées : comme l'amélioration du milieu de travail.

Il est impossible de créer un milieu de travail accueillant avec la façon dont on gère le personnel actuellement. Selon tous les professionnels rencontrés, le milieu de travail est chaotique, pour dire le moins. L'omerta imposée par la direction et les menaces de représailles en cas de désaccord rendent l'atmosphère lourde et découragent la collaboration. Plusieurs médecins pourront témoigner avoir reçu des menaces suite à leurs interventions. Ils sont mêmes confrontés à un problème d'éthique parce que leur serment professionnel exige que leur loyauté soit envers les patients. Protéger la réputation et les intérêts des politiciens et des bureaucrates n'est pas inscrit dans le serment d'Hippocrate, comme on l'appelait autrefois.

Les seules personnes, médecins et personnel de soins, qui peuvent imaginer et mettre en place des approches novatrices et plus efficaces de prestation des services, sont réduites au silence. Ces professionnels sont bardés de diplômes, intelligents et dévoués ; le gouvernement gaspille honteusement leurs talents.

Il ne reste plus alors au gouvernement que ses bureaucrates qui eux ne connaissent rien d'autre que les politiques, les règlements et les coupures de services pour régler ce qu'ils considèrent être strictement un problème budgétaire ; oubliant que cette approche peut avoir des conséquences néfastes comme l'allongement des listes d'attente et les années de vie perdues (décès prématurés). Ils oublient que c'est au niveau des activités cliniques qu'il faut travailler pour diminuer les coûts et améliorer la qualité.

Le système est sous la coupe d'une direction mesquine, mal avisée, myope, obsédée par les coûts et l'agenda politique. La mission santé qui est essentiellement une mission humanitaire semble avoir été complètement évacuée de leur esprit. Les entreprises privées, à but lucratif ou non, savent parfaitement que le succès est lié au respect de la mission de l'entreprise.

=====

Dans le document on fait également référence aux mutations technologiques et au coût des médicaments. Pour le coût des médicaments, le N.-B. ne peut pas faire grand-chose mais il pourrait au moins parler au gouvernement fédéral et aux autres provinces pour explorer des modifications aux règles sur les brevets. Il pourrait également mieux encadrer leur utilisation. C'est un domaine où la collaboration avec les comités scientifiques des autres provinces pourrait entraîner des économies.

Pour les nouvelles technologies, toutes les entreprises gagnent en productivité en les employant. Le problème des technologies en santé, ce ne sont pas les coûts ; c'est l'absence de données et l'incurie de la gestion au plus haut niveau.

Le système de santé n'a pratiquement pas de données sur les différents coûts de ses activités et pas plus sur la qualité en général : efficacité, efficience, pertinence, sécurité et autres. Il y a quelques données qui viennent du Conseil de la santé et d'autres de l'ICIS (Institut canadien sur l'information en santé). Je serais curieux de voir comment les réseaux utilisent les données disponibles, par exemple les années de vie perdues (décès prématurés). Est-ce que ces statistiques sont analysées ? Est-ce qu'elles mènent à des activités d'amélioration de la qualité ?

Une entreprise sérieuse, après avoir mûrement pris une décision d'achat ferait le suivi pour s'assurer que les résultats attendus se matérialisent, que la technologie qu'elle remplace n'est plus utilisée, que la nouvelle est utilisée de manière optimale pour les objectifs visés, que les coûts d'opération ne sont pas plus élevés que prévu, que les économies et les gains de productivités sont au rendez-vous. Là aussi j'aimerais voir les documents qui démontrent que les réseaux font ces suivis.

À la page 7 de leur document, on donne la liste des six critères de qualité utilisés par le Conseil de la santé. Dans le préambule on parle rapidement de l'implication des citoyens. Il existe des normes, approuvées par le Conseil canadien des normes, rédigées par HSO (Health Standards Organisation/L'Organisation de normes en santé) et Agrément Canada.

Ces normes identifient huit critères définissant la qualité dans les services de santé. Deux sont absents de leur liste : des soins centrés sur le patient et la participation égalitaire des patients et des communautés dans tous les aspects et à tous les niveaux du système de santé. Pour le patient individuel, cela inclut la participation à ses soins. Ici, communauté et population sont prises au sens large : comme population âgée, autochtone, francophone, anglophone, LGBTQ, etc.

Ces deux critères de la qualité des soins et de la sécurité des patients sont tellement importants et les lacunes dans leur application si nombreuses que HSO et l'ICSP (Institut canadien sur la sécurité des patients) ont jugé bon de produire « Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients ».

Parmi les statistiques qui ont contribué à déclencher leur action, en voici trois : « ... des préjudices imprévus se produisent dans un hôpital canadien ou un foyer soins à toutes les 78 secondes, et toutes les 13 minutes et 14 secondes, quelqu'un en meurt, les incidents de sécurité des patients sont la troisième cause de décès au Canada. »

Pour autant qu'on sache le N.-B. fait partie du Canada et connaît des lacunes dont certaines sont identifiées dans les rapports du Conseil de la santé du N.-B.

Dans ce Cadre, ils ont inclus des guides d'action invitant tous les groupes d'acteurs du système (le public, les soignants, les CA, les décideurs publics, les gestionnaires) à agir pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Les principales lacunes identifiées sont l'absence des patients et des différentes populations dans les prises de décisions. Ces documents sont disponibles sur le site Internet d'Agrément Canada et de HSO.

Il est raisonnable de croire que la centralisation de toutes les décisions entre les mains du/de la ministre et de sa cour de bureaucrates et l'évacuation quasi complète des citoyens, des professionnels et des élus locaux tel que signalés au début de ce texte font partie des raisons qui ont amené HSO et l'ICSP à produire ce document et les guides d'action pour le public et les autres acteurs du système de santé. Les décideurs actuels sont loin, à Fredericton, et complètement détachés de la réalité clinique.

Les normes pour la gestion des services de santé, elles existent depuis des années et leur utilisation par les Réseaux est en partie vérifiée par Agrément Canada. Si HSO et l'ICSP ont décidé d'agir pour améliorer la qualité et la sécurité, c'est que les visites d'Agrément Canada n'ont pas réussi à convaincre les Réseaux de respecter sérieusement l'esprit et les objectifs des normes.

Quelle est la raison de l'inaction : est-ce que ceux qui ont le pouvoir et l'autorité au ministère ne connaissent pas les normes canadiennes ? Considérant qu'ils gèrent 40 % du budget de la province, on s'attendrait à ce qu'ils connaissent les normes et standards de l'industrie qu'ils gèrent. Je ne peux pas imaginer que ce soit de l'incompétence.

Alors, faut-il en conclure que la qualité et la sécurité ne sont pas la priorité et que la gestion répond à un autre agenda ; politique peut-être ? Économique ? Si c'est économique, ils révèlent leur ignorance parce que, en santé, la seule manière efficace de diminuer les coûts c'est avec la qualité ; sauf bien sûr si vous êtes cyniques et accepter que les citoyens souffrent ou meurent plus tôt. À ce titre faut-il rappeler les listes d'attente en chirurgie, à l'urgence, etc. et les années de vie perdues (c'est en toutes lettres dans leur document).

Revenons un moment sur la centralisation et ses effets sur la gestion du personnel et les budgets. Rappelons que les détenteurs du pouvoir sont des politiciens et des bureaucrates : ils partagent un très fort appétit pour le pouvoir et leur expertise est dans le domaine des politiques et des règles ; donc ils édictent des politiques et des règles et veulent conserver un pouvoir absolu.

Pour gérer une entreprise il faut des qualités différentes : du leadership, connaître la nature humaine, respecter les compétences et surtout respecter les personnes, savoir déléguer, tolérer qu'un employé puisse faire une erreur de bonne foi, se donner les moyens de mesurer les intrants, les résultats et la qualité, capable de faire la différence entre une dépense et un investissement, savoir punir et récompenser intelligemment, du jugement.

La gestion assumée par les bureaucrates et les politiciens a complètement démobilisé, frustré et découragé les professionnels et non-professionnels. L'absence de responsable local a grandement contribué à cette détérioration de l'atmosphère de travail et du sentiment d'abandon. Le personnel doit fonctionner avec une liste interminable de règles et protocoles qu'ils doivent suivre scrupuleusement sous peine de réprimandes. Pour éviter les problèmes, nombreux sont ceux qui vont suivre les règles plutôt que leur jugement professionnel, avec des résultats parfois bien tristes. Respecter les normes canadiennes et bien mesurer les incidents et accidents permettraient de connaître l'ampleur du problème et surtout d'y remédier.

À l'inverse, celui ou celle qui veut bien faire son travail pourra même être congédié. Parce que dans un système dictatorial, il est plus important d'être obéissant que compétent. On a vu un PDG (Monsieur Rino Volpé) qui, à sa première année de mandat, avait économisé 10 millions de dollars en coûts administratifs sans toucher aux services et avec un plan pour améliorer l'accessibilité dans le futur : il a été congédié sans cause. Il avait commis un crime de lèse-majesté en critiquant les courtisans du ministre, c'était la cause mais ce n'est pas une cause avouable. La vraie cause était : politique. Dans les années précédentes il avait supporté un plan d'amélioration de la performance qui avait été adopté par le gouvernement. Les plus gros gains d'efficacité à réaliser étaient avec les gros hôpitaux, en particulier le plus gros d'entre eux : St-Jean.

Les gains en milieu rural étaient sans commune mesure avec les plus gros hôpitaux. Monsieur Volpé publiait ses résultats de performance au grand déplaisir de l'autre Réseau. Arrivent les élections : le chef libéral promet de supprimer le programme d'amélioration de la performance. Il est élu, le programme est supprimé et Monsieur Volpé congédié. Les conservateurs prennent tout aussi allègrement ce genre de décisions.

L'incident démontre également que l'argent, même s'il est important, l'est moins que l'obéissance au ministère. Il est sans importance face à l'agenda politique. Ils n'ont aucun respect pour l'argent de la population. Comment les prendre au sérieux quand ils utilisent les coûts pour justifier leur réforme ? Et dépenser sans compter pour atteindre un objectif politique comme le congédiement d'un PDG qui justement réalisait des économies.

Les budgets maintenant. La formule est extrêmement complexe, si elle était simple on ne pourrait pas jouer avec comme le font actuellement bureaucrates et politiciens. Les décisions sont toutes prises au ministère, plus ou moins en secret, et on imagine ensuite des explications pour justifier les décisions ; l'input des Réseaux a peu ou pas d'importance. Ce qui fait une différence c'est l'influence politique qu'un Réseau ou une région peut mobiliser autour d'un de ses projets. On connaît les régions qui ont ce pouvoir d'influence.

Si un réseau dégage un surplus, il sera déduit des augmentations de l'année suivante. Le Réseau fait connaître ses priorités et le ministère décide d'un ordre de priorité qui peut être différent de celui du Réseau. En particulier à l'approche des élections, le gouvernement choisira les dossiers les plus susceptibles de lui donner des votes, sans égard aux besoins réels des patients du Réseau. Le PDG n'a donc aucun intérêt à gérer serré ou prendre des risques avec des projets d'amélioration d'efficacité. C'est ce qui explique pourquoi, en fin de cycle, février mars, si le réseau prévoit un surplus il procédera à un sprint d'achats pour ne pas avoir de surplus, ce qui compromettrait l'augmentation budgétaire de l'année suivante.

Un exemple de dépense entraînée par une gestion passive : mettre en place un système de tri et de classement de l'attente qui comprend du personnel et un système informatique ; c'est assez dispendieux et ce serait inutile si les services étaient donnés dans des délais raisonnables.

Mais il y a pire, la gestion active de l'inefficacité, comme la centralisation des buanderies. Cette centralisation expose les établissements à de graves pénuries en cas de panne et coûte plus cher que le système antérieur. Il serait intéressant de mesurer l'effet sur l'environnement de tous ces camions qui transportent du linge à la grandeur du N.-B.

On cite beaucoup le Centre de cardiologie du N.-B. comme modèle d'efficience mais on ne parle pas des trois services de pédiatrie prétendument tertiaire (St John, Fredericton et Moncton Hospital) que le gouvernement n'a pas voulu régler, c'est un cas patent pour illustrer la préséance de l'agenda politique sur la gestion des coûts. On maintient non pas deux mais trois services. Peut-on se questionner sur le discours du Premier ministre qui parle d'éliminer les duplications ? La province est à peine assez grosse pour en avoir un seul et on en entretient trois dans les gros hôpitaux du sud. D'ailleurs des études de consultants l'ont démontré, les économies vraiment importantes à aller chercher sont toutes dans les gros hôpitaux, pas en milieu rural. Pour ménager des susceptibilités je ne vais pas les identifier, mais les trois parlent la même langue.

Comme dans tout bon système dictatorial, on utilise également la menace ; voir avant dernier paragraphe page 11. « Si le statu quo persiste... » Sous-entendu : si vous n'acceptez pas ce qu'on propose, des services vont fermer et les médecins s'en aller. Ils nous prennent pour des imbéciles, ou quoi ? Il y aura statu quo si, eux, maintiennent le statu quo. Des mesures autres que celles qu'ils proposent peuvent être mises en place et régler le problème. D'autant plus que le problème de main-d'œuvre peut être surmonté à moyen terme.

Une note positive, on parle de collaboration avec Terre-Neuve et Labrador en santé mentale. La collaboration interprovinciale est certainement souhaitable.

Dans ce cas-ci je ne suis pas sûr que la clientèle francophone va y trouver son compte, mais le principe de collaboration est excellent. La collaboration avec les autres provinces, en particulier celles qui ont des équipes de recherche et d'experts pour évaluer les nouvelles technologies, les nouveaux médicaments, les politiques en santé et autres pourrait être extrêmement utile pour évaluer les pratiques que le N.-B. voudrait ajouter ou enlever. C'est le genre d'expertise qu'on n'a pas vraiment les moyens de s'offrir ici.

=====

Conclusions

À la fin du document on nous invite à donner nos idées d'amélioration. En voici quelques-unes :

- D'abord une décentralisation réelle vers les communautés ; chacune avec l'autorité, l'imputabilité et la responsabilité associées à une gouvernance normale et dans ce cas-ci : bénévole. Des réunions de CA publiques, avec les mêmes règles de huis clos que les conseils municipaux et une vraie période de questions pour le public et la presse.

Actuellement tout, absolument tout, est discuté à huis clos. La séance publique est une petite présentation anodine pour respecter la lettre de la loi et la séance de questions est tellement restrictive qu'il est inutile d'assister à la réunion du Conseil.

En tant qu'organisme public, les sonneurs d'alerte devraient être protégés et non pas menacés de représailles comme c'est le cas actuellement. On semble oublier à Fredericton que nous sommes non seulement les clients mais les propriétaires de l'entreprise : nos taxes. Les citoyens l'oublent trop facilement quand vient le temps des élections.

Cela peut sembler un détail mais les administrations locales devraient jouer un rôle majeur dans la négociation des conventions collectives. Les accords conclus par les bureaucrates et les politiciens entravent souvent et gravement la capacité de la gérance à gérer efficacement.

Ce ne serait pas l'anarchie parce que ce serait encadré par des balises réglementaires. Ces conseils d'administration responsables choisiraient, embaucheraient et congédieraient le PDG sur la base de sa performance. Il faudra un (e) PDG avec une mentalité de gestionnaire d'entreprise plutôt que de bureaucrate ou de politicien. Ces derniers ont un rôle à jouer mais pas comme PDG.

- Mettre en place tous les outils de mesures nécessaires pour gérer efficacement le système et permettre au législateur de l'évaluer. La règle est connue : on ne peut pas gérer ce qu'on ne mesure pas. C'est ici que les bureaucrates ont un important rôle à jouer.

En plus de définir, pour le gouvernement, le panier des services qui seront offerts à la population du N.-B. ils devraient s'assurer que les fournisseurs de services (les institutions) collectent toutes les informations nécessaires, et selon exactement les mêmes critères et définitions partout dans la province ; auditer les statistiques comme on le fait pour les finances. C'est la seule manière qui permettra de mesurer et comparer scientifiquement la qualité dans toutes ses dimensions (voir les définitions d'Agrément Canada), les coûts et la sécurité.

Cette information devrait être publique : transparence. Avec les bons outils de mesures, qu'il y ait 2 ou 12 organismes fournisseurs de service ne changera pas grand-chose au travail des bureaucrates parce qu'au lieu de gérer de loin des activités qu'ils ne connaissent pas vraiment ils vont suivre des indicateurs et des statistiques pour s'assurer que les fournisseurs atteignent les objectifs attendus. On retrouvera peut-être alors la confiance envers les institutions publiques et le gouvernement.

- Faire la distinction entre gestion des services de première ligne et gestion des services très spécialisés. Ils subissent des contraintes différentes. La première ligne représente déjà environ 50 % du budget. Il était déjà prévu, même avant la pandémie, que les besoins en santé mentale vont augmenter dramatiquement au cours des prochaines années. C'est le défi majeur qui inquiète tous les systèmes de santé.

Le pourcentage des patients souffrant de maladies chroniques et /ou de plusieurs pathologies concurrentes augmente depuis 10 ans et cette augmentation va se poursuivre encore jusqu'à la diminution de la cohorte des Baby-Boomer. Une bonne première ligne est la meilleure façon de diminuer les besoins de services spécialisés, beaucoup plus dispendieux en termes d'infrastructures et d'équipements.

- Inclure une participation égalitaire pour les patients dans la planification, la gestion, l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients. La façon de le faire est clairement expliquée dans les normes canadiennes sur les services de santé approuvées par le Conseil canadien des normes.
- Modifier la formule de financement pour tenir compte de la nature humaine et en assurer la transparence.

- Payer chaque unité de production en fonction du nombre de services rendus. Avec les données recueillies le ministère connaîtra le niveau de qualité et pourra faire les ajustements nécessaires.
 - Laissez chaque unité de production utiliser les surplus à sa guise pour des projets reliés à sa mission.
 - Laisser les unités de production se concurrencer ; la qualité et l'efficacité devraient s'améliorer parce que leur survie dépendra de la qualité et du volume de services donnés. Actuellement la compétition se limite au lobbying des réseaux et de leurs amis (en général le pouvoir politique local ; les citoyens savent très bien quelles zones disposent de ce pouvoir) auprès du gouvernement pour augmenter leur budget ; cette approche est un désastre pour l'amélioration de la qualité parce que dans ces conditions la manière la plus simple d'équilibrer votre budget c'est de diminuer l'offre de services : est-ce que les listes d'attente en chirurgie, à l'urgence, pour les services d'imagerie, pour les consultations spécialisées, etc. ne sont pas en partie le résultat d'un mode de financement pervers ? Le marketing devrait bien sûr être interdit.
- Utiliser toutes les possibilités de gains d'efficacité que nous offrent les nouvelles technologies, aussi bien pour la gestion (statistiques, analyses, projections, enregistrement et cheminement des patients) que pour les soins (surveillance et consultation à distance) ; l'information détaillée est facile à trouver.
 - Collaborer avec les institutions d'enseignement : avec la collecte de données proposée, il sera possible, à la demande des professionnels et du ministère de procéder, à faible coût, à de nombreuses études d'efficacité et d'approches plus économiques.
 - Inclure les déterminants de la santé dans la grille d'analyse du ministère pour définir le panier de services que le NB veut offrir à sa population. Les services de santé comme tels représentent 10 à 20 % des facteurs de santé pour la population. L'éducation, l'emploi, le revenu, La prise en charge des enfants, le milieu de vie (logement, insécurité alimentaire, violence, fractures sociales et autres) ont une importance globalement plus grande que les services de santé.

Agir sur ces derniers entraînera normalement des économies en santé, améliorera la qualité et la durée de vie. C'est ici que la participation des gouvernements locaux peut faire une énorme différence. Ils sont les mieux placés pour créer des communautés en santé ; les initiatives possibles sont nombreuses et faciles à trouver.

- Recruter le personnel nécessaire : les pistes signalées au début de cet article sont prometteuses mais ce ne sont pas les seules. Dans un cas comme dans l'autre il faut de l'imagination et du courage. Pour l'imagination, si on n'en a pas on peut en acheter. Pour le courage, on l'a ou on ne l'a pas. Jusqu'à maintenant le courage semble avoir seulement été utilisé pour réduire les services en milieu rural et dans le nord de la province.
- Faire preuve de leadership et mobiliser les professionnels et les patients dans la recherche de moyens de prestation des services plus efficaces.

Inscrire la collaboration et la coordination des organismes fournisseurs de soins avec les différentes agences publiques et privées dont les activités ont une incidence sur la santé et celles qui peuvent être des partenaires : éducation, justice, affaires sociales, cliniques professionnelles, les municipalités, etc. il y en a des dizaines mais il faut insister pour l'arrimage avec les services ambulanciers, le programme extra-mural et les trois niveaux de foyers de soins. Ces services sont étroitement liés en première ligne.

En fait, toutes ces suggestions peuvent se résumer à une seule : suivre rigoureusement les normes canadiennes sur la qualité des services de santé et la sécurité des patients.

Peu confiant mais espérant quand même un progrès,

Louis-Marie Simard