

Sommet de la santé

Dr François-Pierre Gladu est président de l'Association des jeunes médecins du Québec. Il est également médecin de famille et enseignant clinique à l'Université de Montréal.

Les opinions exprimées n'engagent que les signataires/auteurs.

1- Quels sont les solutions que vous proposez relativement à l'organisation des services et des soins ?

Les derniers chiffres de Statistiques Canada sur le nombre disproportionné de québécois qui n'ont pas accès aux médecins de famille, bien que le Québec compte 16% plus de médecins de famille que le reste du Canada, et les données du Ministère de la santé sur l'engorgement perpétuel des urgences dans les hôpitaux sont révélateurs d'un manque de coordination, d'intégration et de cohérence dans l'organisation des soins de santé.

Un suivi par un médecin de famille est essentiel pour assurer des services de santé coordonnés et continus lorsqu'un citoyen est confronté à la maladie. L'accès à un médecin de famille constitue un déterminant important de la santé d'une population, notamment via la prévention, le dépistage de maladies courantes et l'investigation précoce de plusieurs problèmes. Le suivi par un médecin de famille diminue en outre la consommation de médicament, l'évolution défavorable des problèmes de santé, le nombre de références et d'interventions spécialisées et le nombre de visites à l'urgence. Les coûts reliés aux services de santé d'un État en ressortent donc diminués.

Or, 3000 médecins de famille de moins de 15 ans de pratique sont monopolisés par les activités médicales prioritaires en hôpital (AMP) et ne sont donc pas en mesure d'assumer leur responsabilité de médecin de famille en cabinet. Répartir les AMP entre tous les omnipraticiens, comme dans les autres provinces canadiennes, permettrait de libérer les jeunes médecins pour la prise en charge des patients en première ligne. En fait, si ces 3000 médecins faisaient de la prise en charge, ne serait-ce qu'à demi-temps, tous les Québécois auraient un médecin de famille. Les médecins qui ne participent pas actuellement aux AMP pourraient voir leur revenus dé plafonnés en échange de leur implication accrue.

En agissant en amont, les urgences s'en trouveraient durablement désengorgées. Alors que le coût d'une visite à l'urgence pour un patient ambulant est de 5 à 10 fois plus élevée qu'en cabinet et que 57% des visites à l'urgence sont non-urgentes, une partie appréciable du budget de la santé pourrait être réinvestie dans d'autres priorités.

Les AMP et d'autres contraintes bureaucratiques sont au fil des ans devenus des désincitatifs au choix de la carrière en médecine familiale. Pour la première fois en 2007, les postes de d'études post-doctorales en médecine familiale n'ont pas été comblés au

Québec. Les jeunes médecins sont la relève. Ils ont l'énergie et les idées pour bâtir des cliniques de santé informatisées et en réseau. Il faut réduire les barrières organisationnelles qui repoussent ces derniers à choisir la médecine familiale.

Les GMF représentent une nouvelle modalité d'organisation des médecins de famille. Les médecins y sont encouragés à travailler en nombre suffisant avec des infirmières et d'autres intervenants communautaires. Des plateaux techniques sont disponibles pour qu'il y ait diagnostic rapidement. Les cliniques sont informatisées et mises en réseau avec d'autres ressources médicales et communautaires. Enfin, les GMF sont accessibles même le soir afin de minimiser le recours à l'urgence.

Malheureusement, la monopolisation des médecins de famille de moins de 15 ans de pratique par les AMP a saboté la réussite des GMF. Alors que le MSSS avait prévu la création de 300 GMF pour la seule première année d'entrée en fonction de ces nouvelles structures, on ne compte 118 GMF en 2007. Aussi, peu de GMF ont pu améliorer l'accès au médecin de famille.

D'ailleurs, à la lecture de l'étude du Dr Raynald Pineault, de l'Institut national de santé publique du Québec, sur la relation entre l'expérience de soins de la population et le type de ressource de première ligne qu'elle utilise (2007), on doit mettre en garde contre la disparition des cliniques médicales solos. En effet, ces cliniques solos ont affiché la meilleure performance en matière d'accessibilité, de continuité, de réactivité et de résultats de soins, et ce devant les GMF et les CLSC.

Sans tomber dans la pensée unique, nous estimons qu'il faut continuer à encourager les médecins de famille à s'unir de façon concertée. Il faut aussi supporter des citoyens qui décident de créer des coopératives cliniques de santé. Une contribution du Mouvement Desjardins dans la création d'un réseau Coop-GMF, tel que suggéré par M. Claude Béland, ancien Président-directeur du Mouvement Desjardins, serait également une solution à envisager.

La Grande Bretagne a été plus loin en positionnant les soins primaires au centre de la réorganisation de son réseau de la santé. En effet, les groupes de soins primaires (Primary Care Trust) contrôlent 75% du budget de la santé. Ces sommes suivent le patient selon ses besoins de santé et d'hospitalisation; les groupes de soins primaires doivent donc optimiser la médecine préventive afin de contrôler les coûts liés au curatif.

Les modes de rémunération des médecins devront également être revus. Comme en Ontario, un mode de rémunération mixte alliant un forfait demi-journalier à un paiement à l'acte favorisait un meilleur équilibre entre la médecine préventive et le nombre de patients vus par les médecins de première ligne.

2- Quelles sont les solutions que vous proposez relativement à l'administration du système de santé ?

D'abord, finaliser la mise sur pied des CSSS et des corridors de service afin d'abolir le pallier superflu d'administration que sont les agences régionales. Le nombre de cadres et d'employés de bureau (Équivalents temps-pleins) a augmenté de 16,3% depuis le début 2001. Avec les 4000 postes ajoutés en cinq ans, il y a maintenant cinq cadres et employés de bureau dans le réseau pour chaque médecin de famille. Le réseau compte trop d'administrateurs et trop peu de professionnels dédiés aux soins des patients.

Ensuite, pour s'adapter à une demande de soins de santé en constant changement (vieillesse de la population, développement des nouvelles technologies...), la Commission Clair recommandait en 2001 la création d'une agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé, ou Agence de Modernisation.

Les rôles de l'Agence de Modernisation pourraient inclure l'organisation cohérente et le financement des établissements de santé (CSSS); le développement d'un fonds de performance et d'un système d'autonomie méritée; et l'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance organisationnelle par l'entremise d'un programme de développement du leadership.

La Commission Clair mentionnait que cette agence nationale devait devenir une organisation aux structures légères et orientée vers des résultats. Elle serait pleinement imputable mais disposerait de moyens et de l'autorité suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation des services. Le fonctionnement des agences est souvent caractérisé par la flexibilité, le pragmatisme et l'efficacité dans l'organisation. Les agences se rapportent à leur Conseil d'administration et non au Conseil du Trésor comme les autres ministères.

Cette façon de faire peut donner plus de latitude dans l'élaboration des politiques. Elles peuvent par exemple offrir des conditions de travail et d'employabilité plus flexibles qui répondent aux besoins de l'organisation et qui sont adaptées aux conditions changeantes du marché du travail. Par exemple, l'agence aurait le pouvoir de bonifier les conditions de travail (octroi de poste, bonus de rétention etc...) des infirmières de l'hôpital Sacré-Cœur afin d'éviter leur exode vers les cliniques privées. Dans les conditions actuelles où la rémunération est négociée au niveau provincial, l'hôpital ne peut répondre à la pénurie de personnel qu'en louant l'utilisation de salles d'opération à une clinique privée qui a su recruter en nombre suffisant les infirmières. L'amortissement des coûts de construction et d'entretien des salles d'opération sous-utilisées de l'hôpital s'en trouve ralenti et on peut prévoir que les coûts de sous-traitance seront supérieurs aux coûts des mesures de rétention du personnel.

De même, l'Agence pourrait établir le financement des CSSS en fonction de critères

objectifs de 2 ordres : d'une part d'ordre populationnel, i.e. à partir des données démographiques et socio-économiques du bassin de desserte du CSSS; d'autre part d'ordre relié à la performance en termes de productivité (quantité de chirurgie, engorgement des urgences...) et de résultats de santé (taux d'infections nosocomiales, taux de réhospitalisations rapprochées, taux de complications chez les patients diabétiques...). Cette partie du financement s'apparente à un fonds de performance. Ce fonds de performance pourrait représenter une partie importante des salaires des professionnels, comme c'est le cas en Grande Bretagne (jusqu'à 30-40%). Les organisations qui performant moins bien seraient accompagnées par l'Agence de Modernisation dans un processus de mise à niveau. Les CSSS performants gagneraient une plus grande liberté à investir les sommes du fonds: c'est un système d'autonomie méritée.

L'agence aurait également à mettre sur pied un programme de développement du leadership à l'intention des acteurs du système de santé. On ne peut moderniser le réseau de la santé qu'en tenant compte de la complexité des organisations. Pour ce faire, nous devons privilégier le développement du leadership et des habiletés d'administration des professionnels de la santé : ce sont eux qui détiennent les connaissances cliniques qui sous-tendent la gestion cohérente des établissements de santé. En plus d'améliorer la satisfaction au travail, une grande implication des professionnels de la santé dans la gestion les responsabilisera davantage face à la performance institutionnelle, à l'application des meilleures pratiques cliniques et au développement de nouvelles normes d'excellence pour faire face aux besoins changeant de la clientèle.

Enfin, nul n'est mieux placé que les professionnels de la santé pour distinguer une dépense d'un poste budgétaire X d'un investissement susceptible d'avoir des retombées positives sur un poste budgétaire Y. Par exemple, les administrateurs actuels du réseau ont favorisé le recours aux agences privées qui offrent les services d'une infirmière à contrat pour un jour donné au détriment des postes d'infirmières. Bien que le poste budgétaire «salaires et avantages sociaux» ait probablement été mieux contrôlé, celui des «produits pharmaceutiques» l'a beaucoup moins été : en effet, l'instabilité des équipes soignantes entraîne plus de complications médicales et d'erreurs de toutes sortes ayant résultées en une surconsommation de médicaments et de tests diagnostics. On doit revoir la gestion par enveloppe fermée.

Les organisations sont des entités complexes et ce n'est qu'en comprenant les enjeux qui les confrontent que l'on peut diffuser les bonnes façons de faire essentielles à la réussite du changement.

3- Quelles sont les solutions que vous proposez relativement au financement du système de santé ?

Une partie des problèmes d'accessibilité aux soins au Québec est imputable au sous-financement. En effet, bien que le Québec soit la 6^e province la plus riche du Canada, il est pourtant 10^e au chapitre des dépenses en santé per capita au Canada et 10^e pour la part des dépenses de programme de l'administration publique générale provinciale qui va à la santé avec 31,7% (ROC: 40,8%).

Un réinvestissement immédiat de 2,8 milliards\$ (ou +14%) permettrait de financer les réformes nécessaires du réseau de la santé tout en demeurant dans les normes canadiennes de financement. Un rapport de l'OCDE en 2003 concluait que pour chaque 100\$/capita de plus en santé, on diminue l'attente en chirurgie d'une semaine. On peut donc prévoir une baisse de l'attente d'environ un mois avec le réinvestissement proposé. Comme le Québec a un retard important dans le financement de la première ligne et de l'informatisation du réseau, on peut prévoir des gains d'efficience encore plus importants.

Alors que les dépenses publiques pour les services médico-hospitaliers demeurent stables depuis 30 ans tant en proportion du PIB que des dépenses provinciales, ce n'est pas le cas des coûts reliés aux médicaments, qu'il faudra énergiquement contrôler. Le Québec est d'ailleurs une des 3 provinces qui dépense le plus en médicaments per capita. D'abord, il devrait y avoir un gel de la rémunération des pharmaciens propriétaires jusqu'à l'atteinte de la parité avec le reste du Canada. Ensuite, certaines classes de médicaments utilisés pour le traitement d'affections chroniques (statines, anti-hypertenseurs, anti-acides, hormonothérapie de remplacement, contraceptifs...) devraient être servis pour des périodes de 3, 6 ou 12 mois à la fois sans devoir revenir à la pharmacie; ceci permettrait d'optimiser l'utilisation des ressources humaines en pharmacie, en déplaçant plusieurs pharmaciens vers les hôpitaux où leurs compétences pourraient mieux servir le bien commun mais où ils sont en grave pénurie d'effectifs. Enfin, un médicament d'ordonnance devrait être remboursé au prix le plus bas de la même classe pharmaceutique.

Pour sa part, le dépôt annuel de 400 millions\$ dans une Caisse Santé assurerait des revenus de 3 milliards\$ en 2030 et de 7 milliards\$ en 2040, au moment où le vieillissement de la population se fera le plus sentir. La création d'une caisse santé permettrait d'atteindre 2 objectifs : d'abord, d'assurer l'équité intergénérationnelle en faisant participer la cohorte des baby-boomers au financement des services de santé qu'ils consommeront éventuellement et ce pendant qu'ils sont encore dans la population active; ensuite, en gardant la capitalisation à l'abri des humeurs politiques du moment, au besoin par une Loi.

Certains ont suggéré l'introduction d'assurances privées en santé (APS) afin d'améliorer l'efficacité du régime d'assurance-maladie universel. Or, l'ensemble de la littérature suggère que l'addition d'APS augmente les coûts totaux en santé, via une administration plus lourde, des coûts d'emprunts plus élevés et des interventions non médicalement

requis (mais commercialement incitées). Les coûts des gouvernements ne baissent pas comme prévu puisqu'ils financent généralement l'achat d'APS par les citoyens qui n'y auraient pas accès faute de moyens. Par surcroît, les charges sociales des entreprises augmentent comme elles sont généralement sollicitées pour offrir des plans d'assurance à leurs employés. Enfin, les listes d'attente ne sont pas réglées puisque, comme l'a personnellement réalisé l'ancien Ministre de la santé britannique Frank Dobson, les cas les plus malades demeurent dans le réseau public. De plus, ceux-ci sont servis par moins de médecins, une partie d'entre eux ayant opté pour la pratique en privé.

Globalement, l'étude des pays de l'OCDE révèle que plus un pays a recours au financement privé pour les soins de santé, plus ceux-ci accaparent une proportion importante de sa production économique. Déjà, le Canada si situé déjà dans la moyenne des pays de l'OCDE avec 30% de financement privé.

Finalement, la sous-traitance vers le privé, tout en gardant un financement public, peut être bénéfique en instituant une compétition avec le prestataire public. Cependant, à la lumière de l'expérience récente et de la méta-analyse de Devereaux (1995), quatre conditions s'imposent : d'abord, les médecins qui y pratiquent doivent participer aux gardes et aux cas plus lourds à l'hôpital sans égard au nombre d'années de pratique. Ensuite, le prix conventionné par acte en sous-traitance doit être inférieur au coût réel d'un cas *de complexité équivalente* dans le public. Aussi, il doit inclure l'achat de services à l'hôpital pour la prise en charge des complications le cas échéant, de manière à inciter le sous-traitant à ne pas tourner les coins ronds.

Enfin, il faut que le sous-traitant vienne augmenter la capacité de soins, et non pas la déplacer simplement d'un milieu public à un milieu privé. Pour ce faire, les hôpitaux doivent pouvoir faire face à la compétition du privé pour leur personnel en ayant la latitude de bonifier les conditions de travail (octroi de poste, bonus de rétention etc...). À ces conditions, la prestation des services médicaux par le privé pourra faire profiter l'État d'une éventuelle supériorité. Le réseau actuel de cabinets médicaux en est le meilleur exemple.