



UN SYSTÈME DANS LA TOURMENTE

Notre système de santé demande de plus en plus de ressources financières. Mais la nécessité d'en arriver à une meilleure gestion a-t-elle pris le dessus sur le souci de prodiguer des soins adéquats?

Soyons positifs, nous avons les moyens de nos ambitions en matière de santé et de services sociaux! L'État québécois alloue 32,8 milliards de dollars à l'ensemble de son réseau de santé. Presque deux fois plus qu'à l'éducation (16,9 milliards de dollars) et 50 fois plus qu'à l'entretien et la gestion des routes (656 millions). «Nous n'avons pas de problèmes de ressources en santé, nous avons un problème de répartition de cet argent dans le réseau», dit **Louis Demers**, professeur titulaire à l'École nationale d'administration publique (ENAP).

Alors? «Nous sommes coincés par un système mis en place dans les années de l'après-guerre, alors que les populations avaient de la difficulté à s'offrir des soins de santé», renchérit **Jean-Louis Denis**, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé, à l'ENAP.

CHUM

«On assiste maintenant à des progrès spectaculaires qui dépassent

un peu les gestionnaires en ce qui concerne les technologies médicales et les interventions cliniques.» Les maladies cardiovasculaires sont, par exemple, mieux traitées qu'autrefois. Les gens qui ont un infarctus à 64 ans peuvent vivre encore plusieurs années; de nombreux types de cancers sont aujourd'hui en voie de devenir chroniques et d'être soignés par des chimiothérapies qui peuvent même se faire à domicile; les diagnostics sont plus raffinés grâce, entre autres outils, aux scanners; et les chirurgies sont moins invasives avec la laparoscopie. Résultat, quand on a un problème grave de santé, on a nettement plus de chances de s'en sortir qu'il y a 50 ans.

L'envers de la médaille – et c'est là le nœud du problème –, c'est une pression sans précédent en ce qui concerne l'accessibilité aux ressources. «Comme société, nous nous sommes mis d'accord pour que tous aient accès à des soins. Tous s'attendent donc à recevoir beaucoup de ce système, avec le meilleur de ce qu'offre la médecine», note Jean-Louis Denis. Mais sur quoi mettre aujourd'hui l'accent? Sur

SANTÉ : UN SYSTÈME DANS LA TOURMENTE

Encart produit par le magazine Québec Science, édition avril-mai 2016 et financé par l'Université du Québec

Guérir le corps, assurer le salut de l'âme

Parce que l'on ne connaissait alors rien aux microbes, des maladies de toutes sortes – coqueluche, jaunisse, maux de dents, dysenterie – ont emporté les premiers habitants du pays. Elles ont été longtemps l'affaire des guérisseurs de tout acabit. D'ailleurs, l'espérance de vie ne dépassait pas beaucoup 40 ans, en Nouvelle-France. Les soignants étaient surtout des chirurgiens. Ils traitaient les foulures et les fractures, alors que les accouchements étaient l'exclusivité des sages-femmes. Pour le reste, les soins de santé relevaient des hôpitaux tenus par des congrégations religieuses. On tentait d'y guérir le corps, mais – il n'y a pas de risque à prendre devant l'Éternel – on assurait aussi le salut des âmes. Il a fallu attendre le XIX^e siècle avant que les médecins, qui se distinguent par leur formation scientifique, commencent à prendre plus de place dans la société et obtiennent la reconnaissance juridique de leur profession, ainsi qu'un droit de pratique exclusive. C'était avant même la « province of Quebec » et la création du Canada. L'histoire de notre médecine est superbement racontée dans l'ouvrage coécrit par les historiens **Robert Gagnon** et Denis Goulet, professeurs respectivement à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université de Sherbrooke : *Histoire de la médecine au Québec 1800-2000*, publié aux éditions du Septentrion.

LOUISE BLODEAU



Louis Demers, de l'ENAP : « Les médecins, individuellement et collectivement, disposent d'une grande autorité au sens moral du terme. Dans la société québécoise, le médecin de village ou de quartier était l'un des rares citoyens à avoir reçu une éducation supérieure. Alors, on l'écoutait. Sa notoriété et le fait qu'il puisse guérir les gens lui conféraient un grand prestige. Encore aujourd'hui, les médecins – tout comme les infirmières – sont toujours en haut de la liste, dans les sondages. »

les interventions chirurgicales de pointe ou sur le maintien à domicile? Sur les services aux personnes très âgées affectées par l'alzheimer ou sur les soins aux bébés nés prématurément?

Le comble, ce sont les difficultés que l'on devait surmonter dans les années 1960 et qui sont toujours là: engorgement des urgences, temps d'attente important avant d'obtenir une chirurgie ou même une simple consultation. Des problèmes qui persistent comme une plaie qui ne guérit pas. Encore récemment, une enquête conjointe du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé et du Conseil canadien de la santé indiquait que le Québec faisait piètre figure en ce qui concerne l'accès rapide à un médecin. Un Québécois sur quatre n'a pas de médecin de famille. Et dès qu'il a besoin d'en consulter un, à peine un grippé-blessé-nauséux-fiévreux sur cinq (22%) peut voir un docteur le jour même où il en manifeste le besoin. En France, c'est 95% des patients qui y arrivent; au Royaume-Uni, 86%; aux États-Unis, 74%; en Colombie-Britannique, 62%; et en Ontario, juste de l'autre côté de la rivière des Outaouais, 59%.

Notre système tourne au ralenti? Pourtant, en 2014, près de 84 millions d'actes médicaux ont été facturés à l'État par quelque 18 500 médecins. Pourrait-on augmenter leur rendement? Facile à dire, mais une clinique ou un établissement hospitalier ne se gère pas comme une usine.

Pour Louis Demers, tout se passe comme si le système était piégé par des orientations décidées il y a

longtemps. Un phénomène que les gestionnaires appellent *path dependence* (traduction littérale : dépendance au sentier, au chemin déjà tracé...). « Le système de santé canadien évolue difficilement. De tous les systèmes dans le monde, c'est celui qui s'ajuste le moins à l'évolution démographique », dit le chercheur. Et personne ne peut dire que nous n'avons pas essayé de changer les choses! « Mais les réformes se sont succédées sans apporter de véritables effets », reconnaît-il.

Tant d'énergie pour rien? Les sciences de la gestion progresseraient-elles moins bien que la médecine? Pour Jean-Louis Denis, tout a été fait pour éviter la confrontation avec le pouvoir des médecins. « Nos décisions tiennent pour acquis que nous ne pouvons pas modifier le mode de rémunération des médecins. Nous contournerons donc le problème plutôt que de l'affronter. Ainsi, par-delà les réformes, rien n'altère le pouvoir médical. »

Sous prétexte aussi de rationaliser les dépenses et d'améliorer le fonctionnement de notre réseau, nous avons plutôt centralisé l'organisation, poursuit Louis Demers. Et les dernières mesures adoptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux suivent cette tendance imposée au fil des réformes. Conséquemment, on réduit le nombre d'établissements et de directeurs généraux. « Il y a 30 ans, il aurait fallu louer un aréna pour réunir la totalité des directeurs; aujourd'hui une petite salle suffit! », dit-il.

« De plus, tout le monde est maintenant assujéti aux orientations et aux directives ministérielles alors que, jadis, un directeur pouvait s'appuyer sur son conseil

d'administration pour prendre une décision, remarque Louis Demers. Des décisions prises à Québec seraient le fait de gens pas nécessairement en mesure de savoir ce qui se passe vraiment à Sherbrooke, à Baie-Comeau ou à Trois-Rivières. En plus, ça dévalorise la fonction de gestionnaire. À quoi ça sert, un gestionnaire, s'il ne peut décider de beaucoup de choses?»

«Pourtant, toutes les études au sujet des systèmes de santé indiquent que plus une organisation est complexe, plus elle doit être décentralisée. Moins on laisse de marge de manœuvre aux gens de la base pour travailler, plus on s'expose à des effets non désirés, dit le chercheur. Les vrais problèmes peuvent alors être dissimulés et les gestionnaires sont susceptibles de prendre de mauvaises décisions.» C'est pourquoi, soutient-il encore, les universitaires ont presque unanimement rejeté les récentes réformes, qui vont toujours dans le sens de la centralisation, en créant les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)

En fait, notre système de santé reste surtout configuré pour des soins de courte durée. Avec ce que cela comporte de problèmes. **Maud-Christine Chouinard**, des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), a d'ailleurs mis le doigt sur un phénomène particulier en examinant le profil des usagers des établissements de santé de sa région. Elle a noté qu'entre 5% et 10% des usagers utilisent la moitié des ressources. Ce qui a conduit à l'élaboration d'un programme de suivi de ces grands utilisateurs. «Il faut voir ce phénomène d'une manière plus large, car on constate que ces gens sont aussi affectés par des problèmes socioéconomiques.»

Pour Maud-Christine Chouinard, une meilleure relation entre les médecins et les infirmières est également de mise dans une configuration plus «facilitante». «On n'a pas assez développé la place de l'infirmière dans le milieu. Cela dit, on constate aujourd'hui que les médecins, surtout les jeunes, sont plus ouverts qu'avant à l'idée de laisser davantage d'espace aux infirmières dans l'administration des soins, particulièrement dans les groupes de médecine familiale. Leur formation est d'ailleurs de plus en plus orientée en ce sens. L'approche centrée sur le patient, ça fait longtemps que c'est inscrit dans la formation!»

Il reste que la société a passablement changé depuis la création de la carte soleil. En d'autres termes, les Québécois ont vieilli et cela, on s'en doute, n'est pas sans conséquence sur le réseau. En 2021, dans 5 ans, c'est plus de 20% de la population qui aura au-delà de 65 ans, rappelle **Dominique Gagnon**, professeur à l'Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). «Ce groupe d'usagers demande des soins différents, rappelle ce gérontologue de formation. Il y a plus de problèmes chroniques, plus de problèmes cognitifs et

psychologiques. Il faut intervenir sur plusieurs aspects. Chose certaine, on ne peut plus penser à un système uniquement centré sur les soins hospitaliers. Car l'hôpital ne répond pas très bien aux besoins des personnes qui souffrent de problèmes chroniques ou psychologiques, devant être traités à long terme et nécessitant plusieurs types d'interventions», dit-il.

«On voit ça venir depuis longtemps, fait-il remarquer. Déjà, en préparant la réforme des années 2000, on avait une idée assez claire de ce qu'il fallait faire pour adapter le système au vieillissement de la population. C'est ce qui incitait les responsables de santé à favoriser le maintien à domicile : il fallait sortir de l'"hospitalocentrisme".»

Aussi, bien des gestionnaires ont-ils misé sur l'intégration accrue des services professionnels et cliniques. «On pouvait penser que cela aurait un effet positif sur les pratiques cliniques, notamment dans les CLSC, et permettrait une meilleure prise en charge de la clientèle. Plusieurs études ont par la suite démontré que cette intégration prend beaucoup de temps à se réaliser. Pis, la controversée rémunération à l'acte, exclusive aux médecins, ne favorise pas toujours la collaboration interprofessionnelle.»

Les organisations de santé de l'Abitibi-Témiscamingue

Pensez globalement

Suivant l'exemple de la Saskatchewan qui avait instauré, en 1947, une assurance-hospitalisation publique et universelle, le gouvernement fédéral a adopté une Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1957, puis une Loi sur les soins médicaux, en 1966. Ottawa s'est alors engagé à assurer la moitié du financement de l'ensemble des services de santé. En contrepartie, les provinces s'engageaient notamment à garantir l'universalité, dans le cadre de leur régime d'assurance maladie public. La santé pour tous, d'un océan à l'autre! «L'une des dernières provinces à l'établir a été le Québec, précise Louis Demers de l'ENAP. Mais nous avons placé sous une même autorité la santé et les services sociaux, ce qui est encore unique au Canada. Et nous avons créé des Centres locaux de services communautaires (CLSC), largement inspirés des cliniques populaires de Californie, qui regroupent en un même lieu des services médicaux et psychosociaux. On parlait déjà de médecine globale et on se souciait aussi de régionalisation des services.»

ont néanmoins développé un outil qui permet de faire contrepoids à une dynamique trop orientée sur le curatif. En collaboration avec le CSSS de Rouyn-Noranda et plusieurs intervenants locaux, elles ont mis en place, en 2013, des plateformes informatiques utilisées avec le soutien à domicile. «Une petite innovation qui semble anodine, souligne Dominique Gagnon, mais qui a énormément favorisé le partage d'informations. Un dossier clinique numérisé fait en sorte que les différents acteurs – ergothérapeute, travailleuse sociale, médecin – savent ce qui se passe chez le patient. Ils sont d'autant plus en mesure de constater comment sa santé évolue, car les informations cliniques sont régulièrement mises à jour. La plateforme renforce aussi la coordination avec le mé-



Dominique Gagnon, de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, note qu'il y a moins de ressources spécialisées en région qu'en milieu urbain.

« Mais en contrepartie, les professionnels se connaissent mieux; il existe une coordination que l'on pourrait qualifier d'informelle. On peut régler bien des choses autour d'une table en prenant un café. »

decin du groupe de médecine familiale. Par exemple, une travailleuse sociale pourra mieux agir en mode prévention en signalant une amélioration ou une dégradation de l'état de ses clients. Quand on intervient en amont des maladies, on peut ralentir les processus de perte d'autonomie, sinon mieux accompagner la personne dans sa perte progressive d'autonomie. Mais ce qui m'inquiète avec la logique de performance qui semble se développer dans le réseau, c'est qu'on risque dorénavant de moins travailler en prévention et plus en réaction. »

Trop dans le court terme, la gestion du monde de la santé? Aurait-on perdu l'idéal d'une approche globale?

France Gagnon, politologue et professeure à la Télé-université, n'est pas loin de le penser. « La tendance va vers le curatif, pas vers la prévention. C'est un ministère de la Maladie que nous avons; pas un ministère de la Santé », dit-elle. Dans une telle optique, la santé publique est devenue « un parent pauvre dans un système riche »!

Il faut renouer avec l'idéal de santé pour tous, soutient-elle. « Ce n'est pas seulement une question d'individu, mais de société. C'est d'ailleurs pourquoi, quand on parle de promotion de la santé, de santé publique, il faut envisager la question de façon globale et très large, ce qui n'est pas sans heurter les gens et certains décideurs. Le prolongement d'une autoroute? Le projet de terminal pétrolier? Plusieurs se demandent quel lien ça peut avoir avec la santé [NDLR: favoriser l'usage des carburants fossiles entraînant une augmentation des émissions de gaz carbonique peut provoquer une hausse des maladies respiratoires]. On est perçus comme des ayatollahs, déplore Mme Gagnon. Mais on oublie les progrès que nous avons faits : les campagnes de vaccination, la lutte contre

Le travail, c'est la santé

Au Québec, on compte plus de médecins par habitant que partout ailleurs au Canada. Leur nombre n'a cessé d'augmenter depuis 10 ans pour atteindre 18 483 en 2014, fait remarquer Louis Demers de l'École nationale d'administration publique (ENAP). « Avant, les médecins pouvaient travailler 60 heures par semaine; maintenant, ils tiennent à leur qualité de vie et peuvent s'en tenir à 40 heures. À quoi ça sert de travailler 20 heures de plus pour augmenter des revenus déjà substantiels? Cependant, cette façon de faire a réduit la productivité. » Au moins, nos médecins se donnent des chances d'être eux-mêmes en meilleure santé!

le tabagisme, la promotion des aliments moins salés et moins sucrés. Il y a des modèles de bonnes pratiques qu'il faut s'approprier collectivement. Cela est tout à fait cohérent avec l'objectif d'une société en santé. »

N'est-ce d'ailleurs pas le but ultime?

Prochain épisode, le Commissaire à la santé et au bien-être a lancé un « appel de mémoires » axé sur l'idée du « panier de services » qui serait une liste de soins à prioriser ou pas. L'initiative devrait « guider les choix futurs en matière de soins et de services assurés au Québec ». Mais cela renforcerait-il le curatif au détriment de la prévention? Cela augure-t-il une autre réforme? Les résultats seront connus à l'automne. Au moins, on aura fait l'économie d'une commission. ■

Par Raymond Lemieux