

Permettre à tous les Québécois d'avoir un accès équitable à des soins de qualité : une exigence morale !

A. P. Contandriopoulos
Professeur émérite, Université de Montréal

**Forum citoyen sur l'avenir des soins de santé dans la
Matapédia**

Amqui, 18 mars 2017

ÉSPUM
Université 
de Montréal



Organisé par le Comité de citoyens vigie santé matapédien

Plan

1. Le statu quo ne peut plus durer
2. Large consensus sur l'importance de garantir à tous un accès équitable à des soins de qualité
3. Les réformes de structure sont insuffisantes
4. Il faut créer des réseaux intégrés de soins de proximité - comme à Amqui – partout au Québec !
5. Pourquoi est-ce si difficile à faire?

Partie 1

Le statu quo ne peut plus durer

Un système de santé en crise

À la fin des années 80, le système de santé entre dans une situation de crise structurelle qui, depuis, ne fait que s'amplifier.

Pour savoir où l'on va, il faut se rappeler d'où l'on vient!

Boucar Diouf : « *Si on veut comprendre toute l'histoire, disait mon grand-père, vaut mieux avoir lu celle qui précède avant d'écrire celle qui suit.* »

Boucar Diouf (2013) « Fragile, la liberté féminine » La presse, 21 septembre 2013

Savoir d'où l'on vient

Pour comprendre la place qu'a prise la santé dans nos sociétés, il faut remonter au XVIII^e siècle (Foucault).

Apparition du bio pouvoir : le pouvoir de l'État sur la vie qui a comme cible la santé et le bien-être de la population.

La médecine prend une place considérable. Elle est à l'origine d'immenses espoirs, elle devient synonyme de progrès. Il faut la rendre accessible à tous.

Introduction des régimes publics d'assurance-maladie au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale

La mise en place des régimes publics d'assurance-maladie est permise par :

- **Le pouvoir** de dépenser des pays occidentaux qui passent d'une économie de guerre à une économie de paix
- **Le savoir** de la médecine moderne qui se manifeste par trois grandes découvertes : les antibiotiques, la radiographie, les anesthésiques modernes

Introduction des régimes publics d'assurance-maladie

- Grâce aux antibiotiques, il est désormais possible de « guérir » les infections qui, jusque-là, entraînaient la mort.



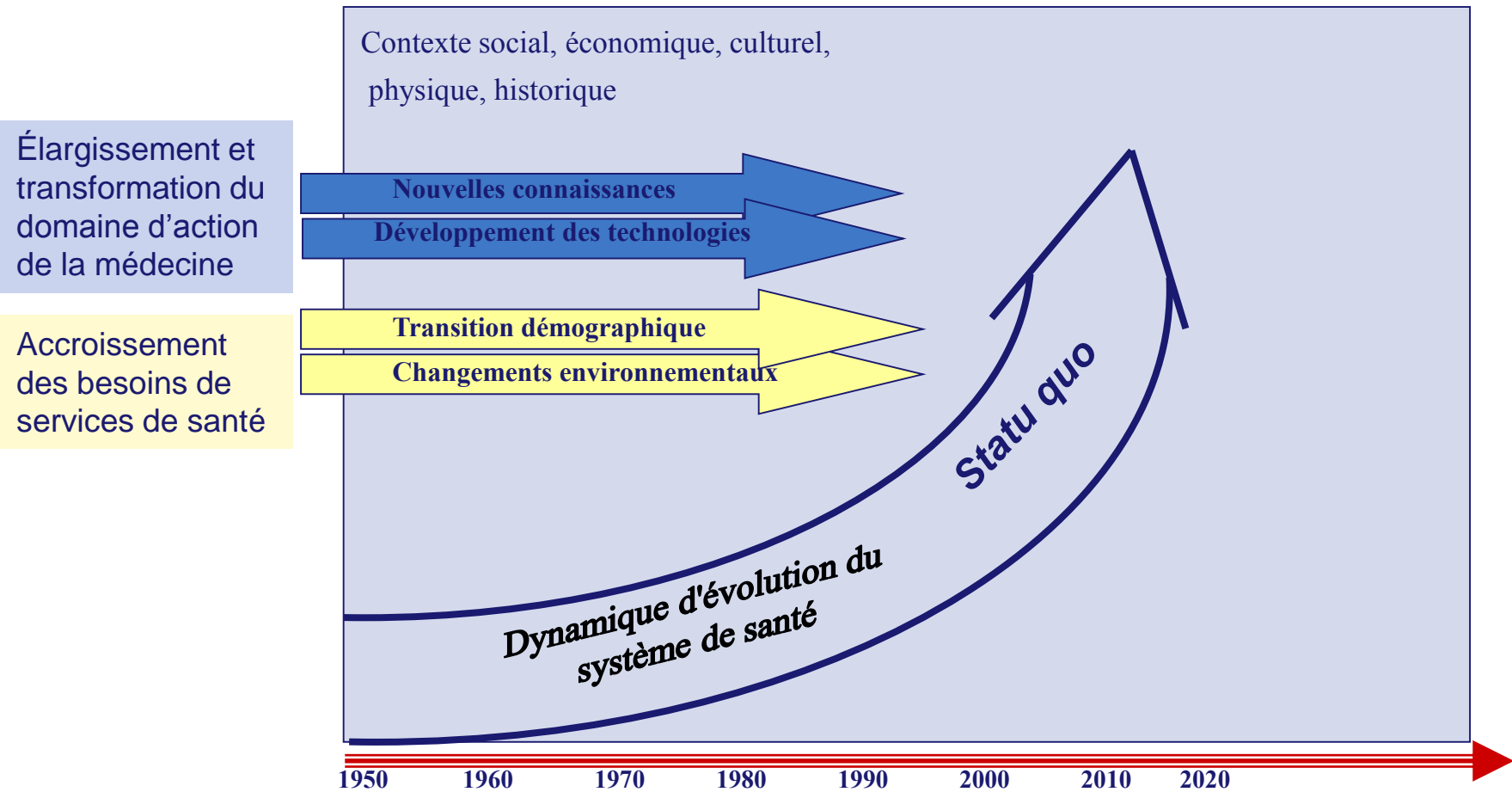
Introduction des régimes publics d'assurance-maladie

- La radiographie devient un outil de diagnostic indispensable. Elle rend le corps transparent. Elle annonce l'essor de l'imagerie médicale.
- Les anesthésiques modernes se généralisent après la guerre. Ils permettent, avec l'aide des antibiotiques, de réussir des opérations chirurgicales de plus en plus complexes.

Apparition du droit à la vie en santé

- L'introduction des programmes publics d'assurance-maladie constitue la contrepartie visible de l'apparition d'un droit fondamental nouveau pour la personne : non plus seulement le droit à la vie, mais le droit à la vie en santé.
- On rêve avec l'OMS de la « Santé pour tous en l'an 2000 »

Trajectoire d'évolution du système de santé



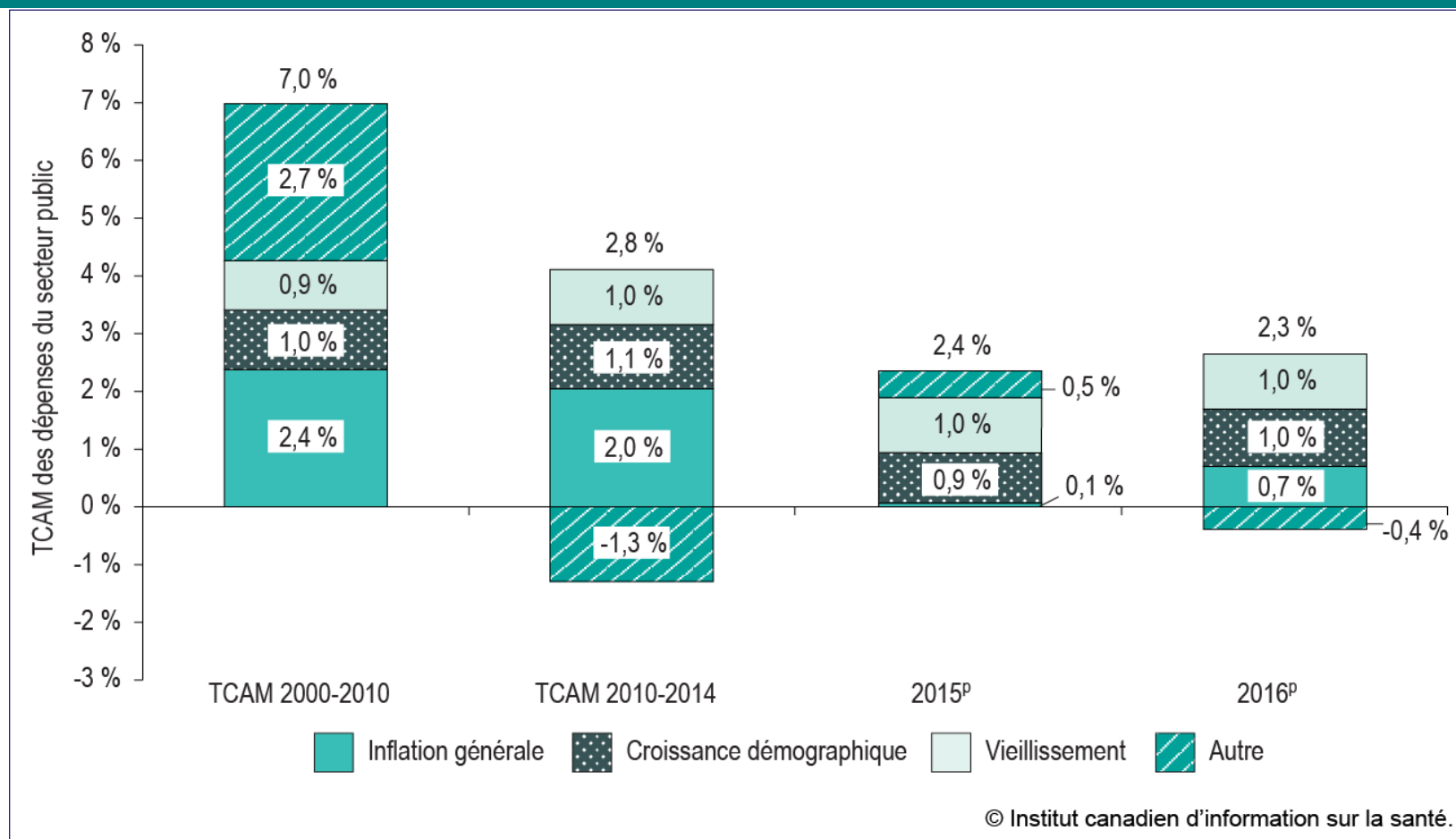
Élargissement et transformation du domaine d'action de la médecine

- Les développements technologiques élargissent de façon continue le domaine d'intervention de la médecine. La médecine n'a plus de limites, elle étend à l'infini le pouvoir de l'homme sur la vie.
- L'État perd, au profit du système technico-économique (grandes entreprises, multinationales), le contrôle des développements technologiques qui affectent la vie.
- La question de la pertinence des interventions se pose avec de plus en plus de force.

La population vieillit :

- La fragilité des corps vieillissants, devient un terrain nouveau d'expansion pour la médecine grâce au développement des capacités diagnostiques et les interventions palliatives.
- Les maladies systémiques se multiplient. Leur prise en charge nécessite la collaboration simultanée de nombreux professionnels.

Le vieillissement de la population est un facteur constant, mais modeste, d'accroissement des coûts



Remarques

TCAM : taux de croissance annuelle moyen. Les pourcentages étant arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

p : prévision.

Les données sur les dépenses de santé selon l'âge et le sexe sont disponibles jusqu'en 2014.

Sources

Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS;

Statistique Canada.

L'interaction entre le vieillissement et développement des connaissances et des techniques a un impact très important sur les coûts

Kaplan montre dans son étude que 97 % des Américains de 50 ans et plus ont au moins une des trois conditions qui caractérisent le vieillissement (diabète, hypertension, cholestérol).

Ce résultat est dû au vieillissement, mais aussi aux changements que l'on a apportés aux seuils à partir desquels on définit la nécessité de traiter.

Les conséquences de l'interaction sur les coûts du système de santé et sur la santé de la population sont considérables.

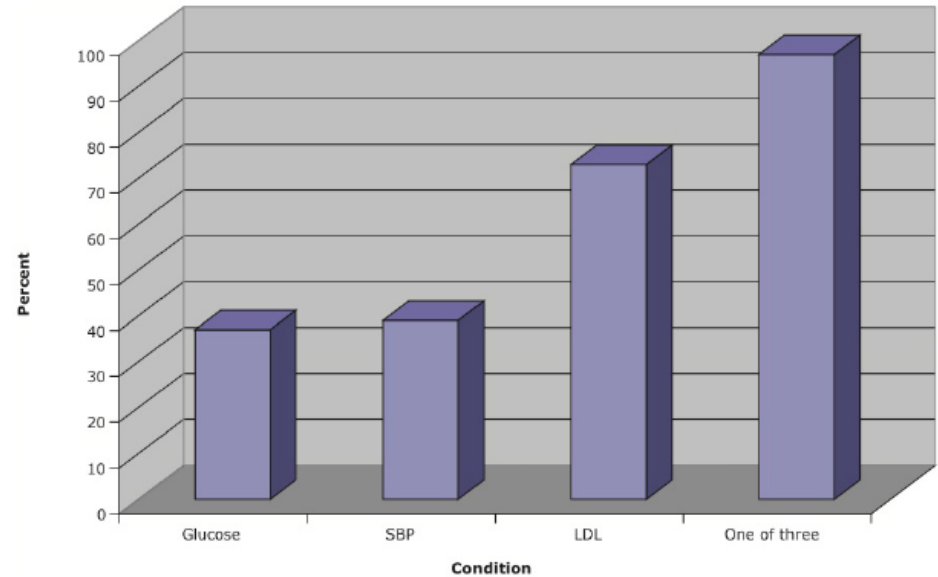


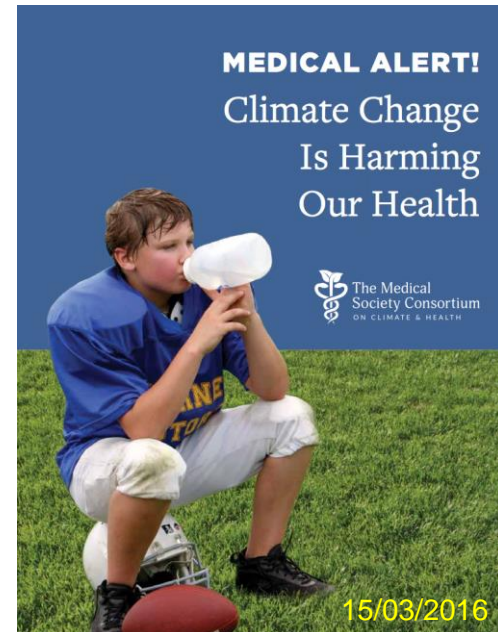
Figure 7

Percent of adult U.S. population with early disease.

Source : Kaplan & Ong. Ann. Rev. Pub. Health 2007 p.334

La détérioration de l'environnement a un impact lourd sur la santé et le système de soins

- Dans le monde : 9 millions de morts par année, 15% de tous les décès.
- La pollution affecte particulièrement les enfants et les personnes âgées.
- 2% des dépenses totales de santé sont attribuables à la pollution dans les pays riches*. C'est 2 fois plus important que les coûts attribuables au vieillissement !



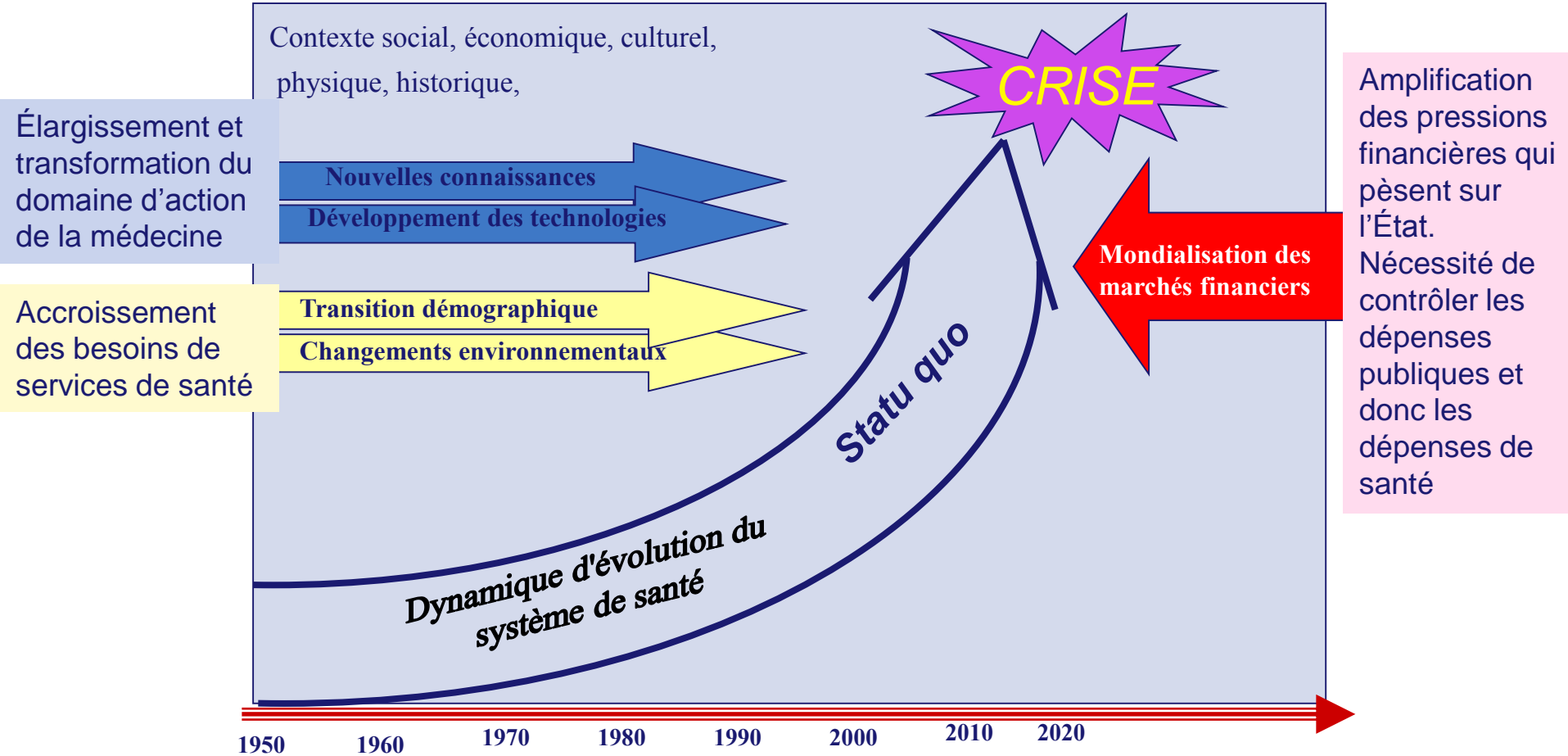
*Annals of Global Health, 2016
Health Care Expenditures Associated With
Pollution: Exploratory Methods and Findings

Alexander S. Preker, Dip Med Law & Ethics, MD, PhD Econ, Olusoji O. Adeyi, MBA, MD, DrPH,
Marisa Gil Lapetra, MPhil, Diane-Charlotte Simon, MBM, MSc, Eric Keuffel, PhD, MPH
New York, New York, Washington, DC, and Baltimore, Maryland

18/03/2017

A.P. Contandriopoulos, DASUM

La crise

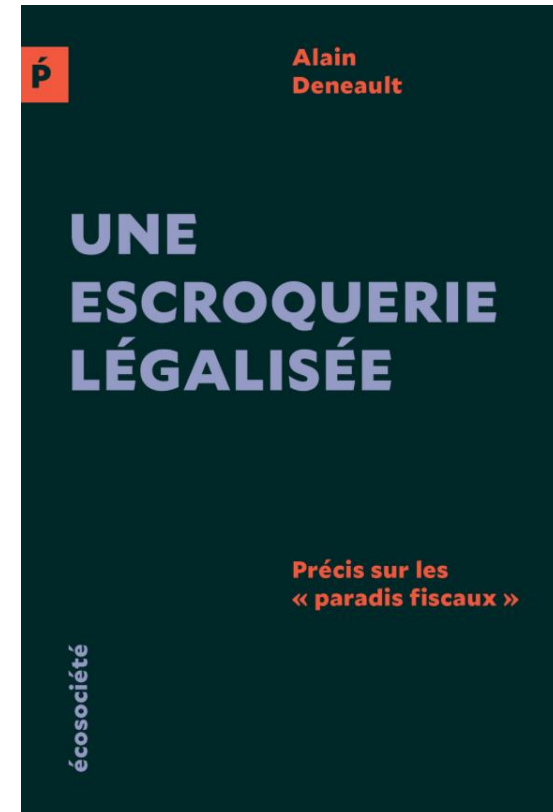


Crise financière mondialisée



« Lorsqu'un hôpital met un an et demi à procéder à une intervention chirurgicale pourtant cruciale, c'est à cause des paradis fiscaux »

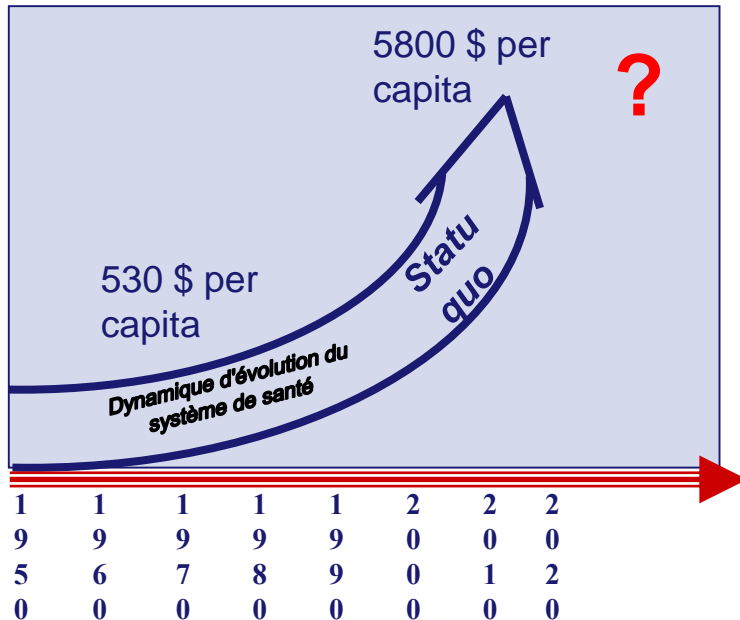
« Les manques à gagner dans le trésor public qu'occasionne le recours aux paradis fiscaux par les grandes entreprises et les particuliers fortunés expliquent en grande partie les plans d'austérité décidés par les gouvernements toujours officiellement en manque de moyens » (p. 11)
21 000 milliards de \$ échappent aux systèmes de taxation des états.



Trajectoire inquiétante

Les systèmes de santé évoluent rapidement sur une trajectoire inquiétante :

Les coûts augmentent sans répondre aux attentes de la population.

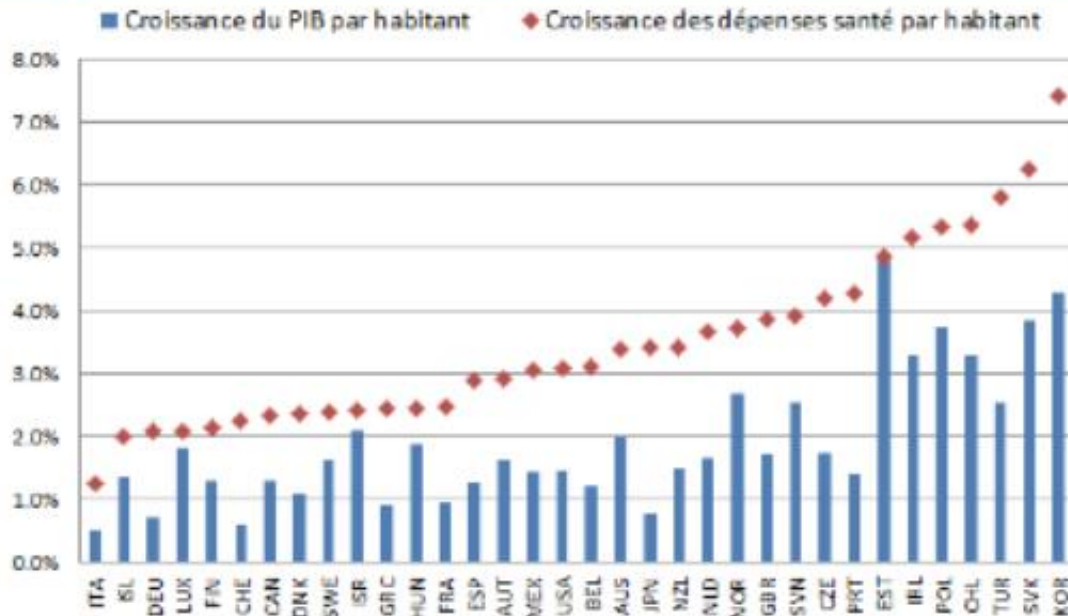


Magazine L'actualité @Lactualite · 9h
VIDÉO | Le modèle québécois est-il dépassé? Découvrez notre sondage exclusif #Lactualité101

La croissance des coûts est intenable

Sans réformes, l'OCDE estime que l'augmentation des coûts de santé dans les économies avancées sera intenable.

De 1990 à 2012, la croissance des dépenses de santé dépasse la croissance du PIB



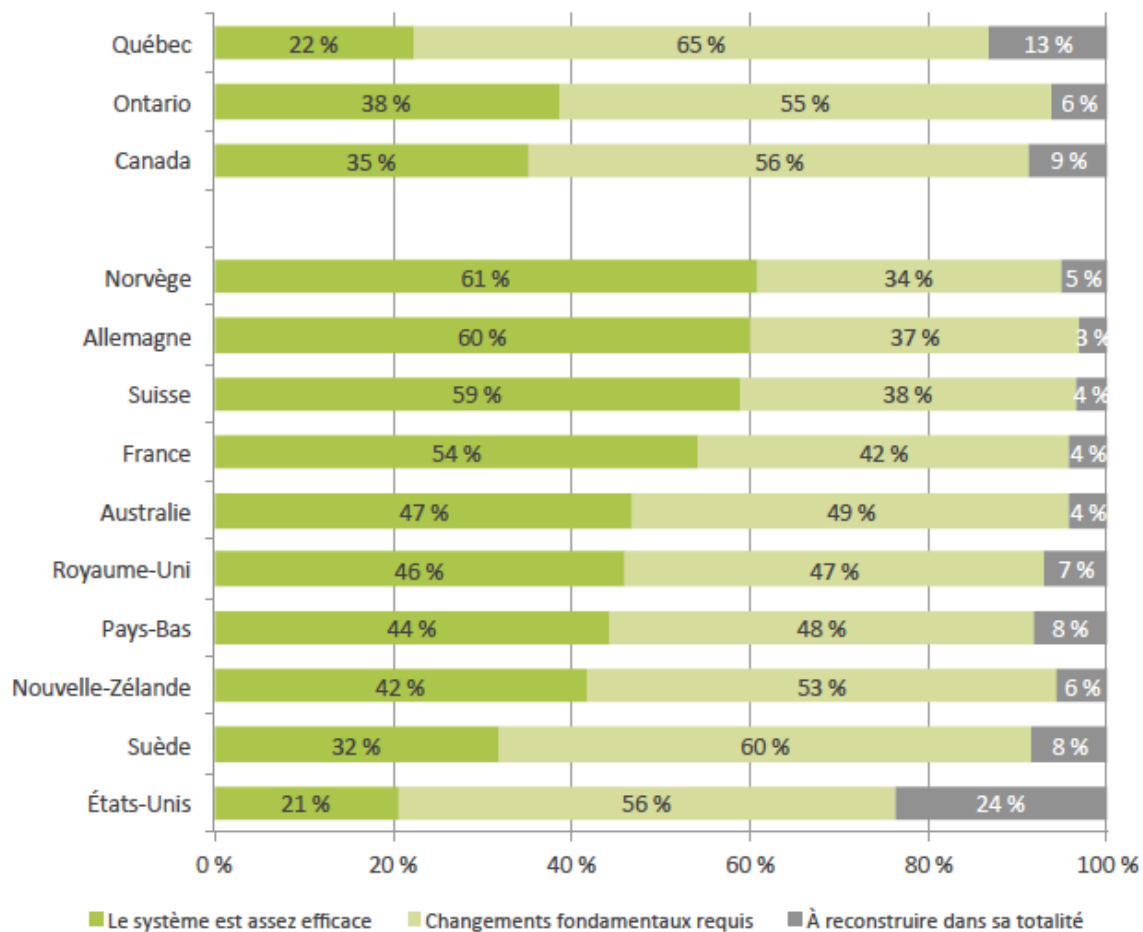
OECD 2015

Mais en a-t-on pour notre argent?

- La population s'inquiète.
- L'accessibilité se détériore.
- La qualité des services inquiète.
- Les disparités de santé dans la population ne rétrécissent pas.
- $\frac{3}{4}$ des Québécois pensent que réformes majeures sont nécessaires

Opinion globale de la population de 18 ans et + sur le système de santé - 2016

Opinion globale relative au système de santé en fonction des pays et des provinces



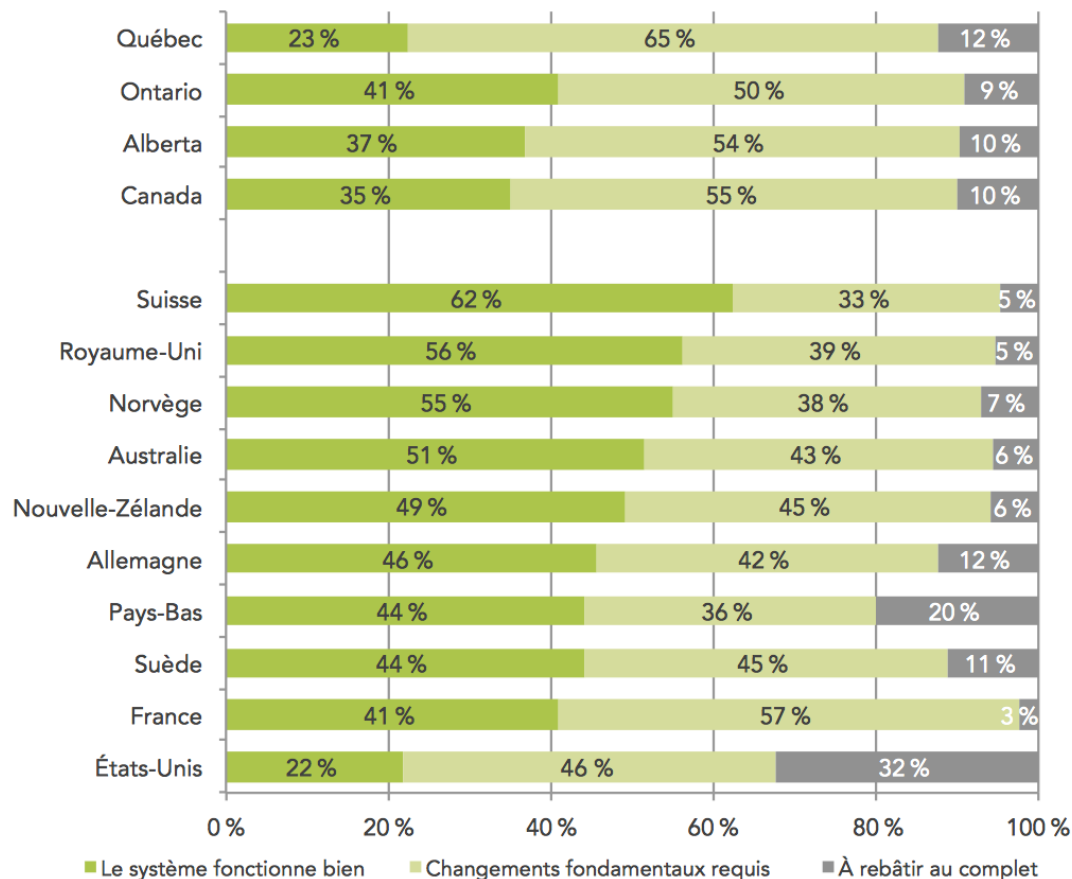
Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund - CSBE,

Québec

18/03/2017

Opinion globale de la population de 55 ans et + sur le système de santé - 2014

OPINION GÉNÉRALE RELATIVE AU SYSTÈME DE SANTÉ
EN FONCTION DES PAYS ET DES PROVINCES



Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund - CSBE,
Québec

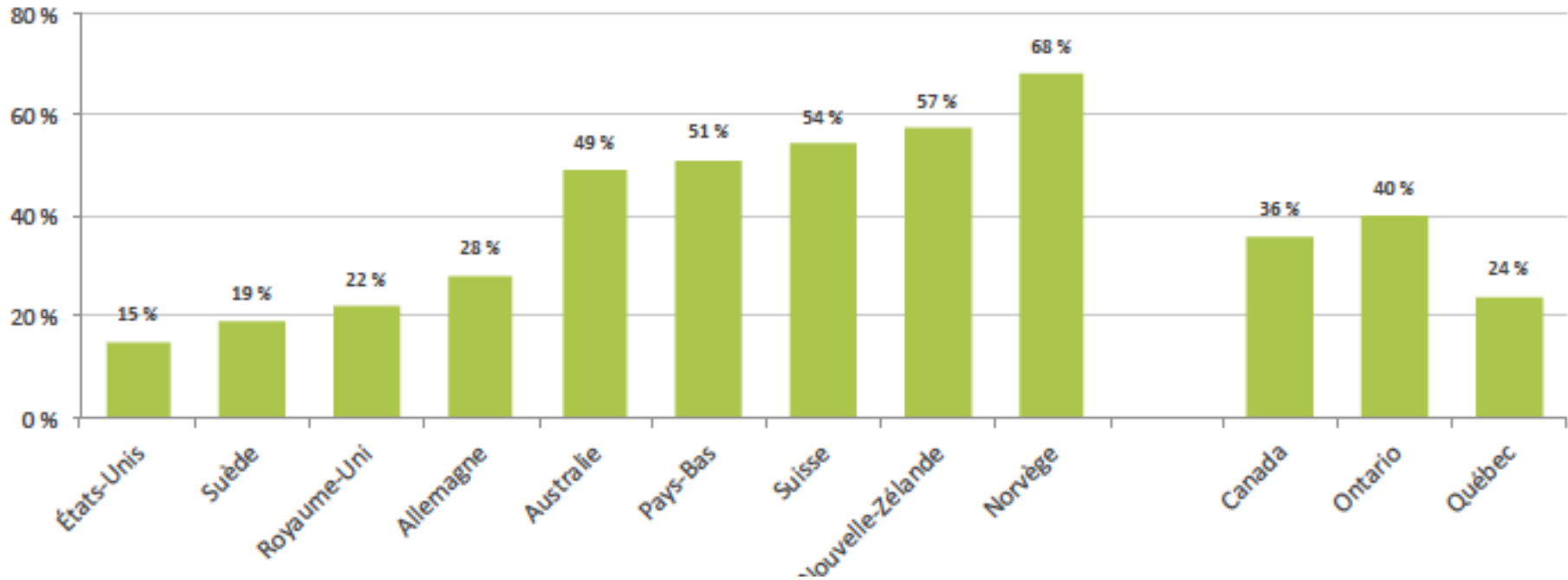
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE INTERNATIONALE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ DU COMMONWEALTH FUND DE 2014

% des médecins de famille qui pensent que le système de santé fonctionne assez bien - 2015

FIGURE 1

Proportion des médecins de famille qui pensent que le système de santé fonctionne assez bien

COMPARAISON DES PAYS ET DES PROVINCES EN 2015



Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund - CSBE,

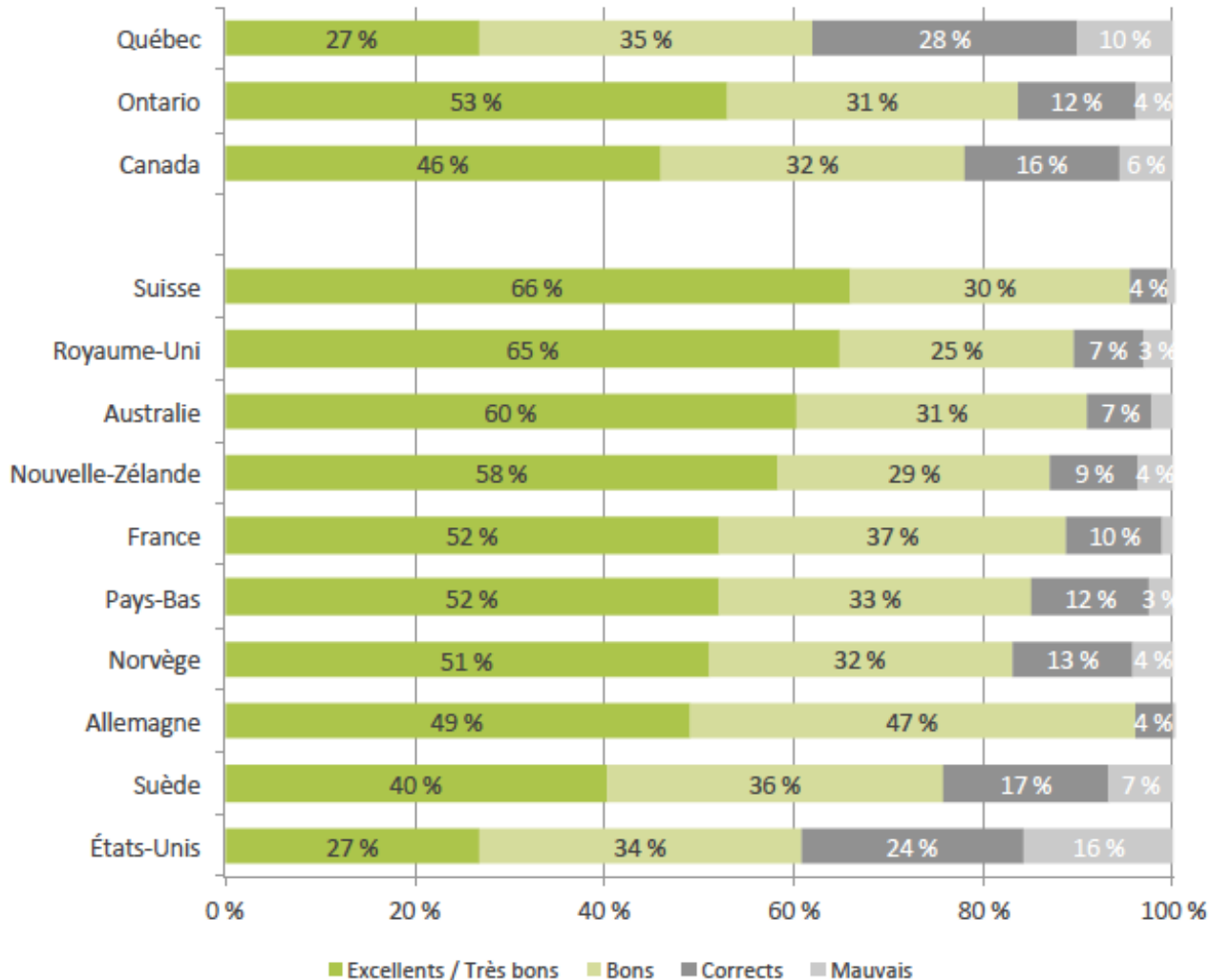
Québec

18/03/2017

A.P. Contandriopoulos, DASUM

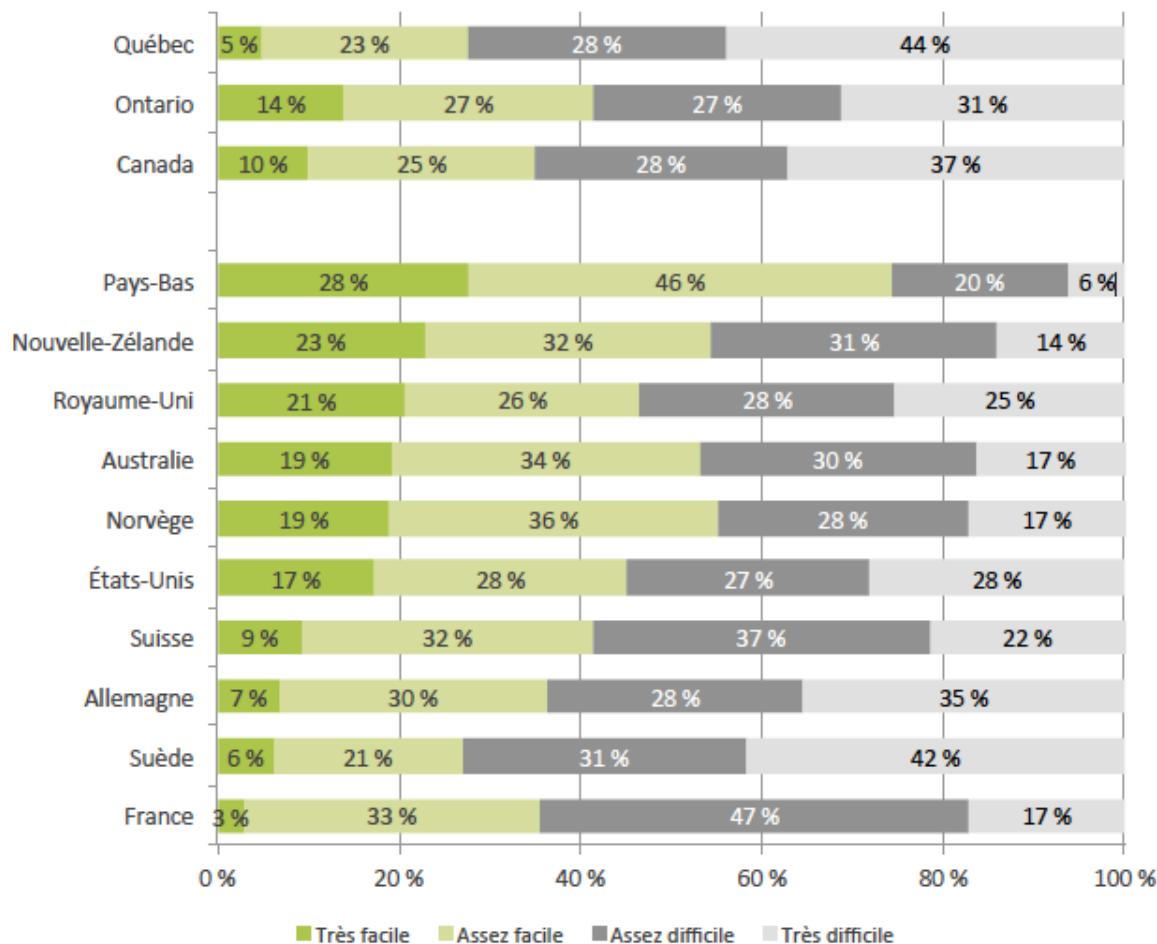
Opinion de la population (18ans et +) sur la qualité globale des soins en 2016

Qualité globale des soins de santé en fonction des pays et des provinces



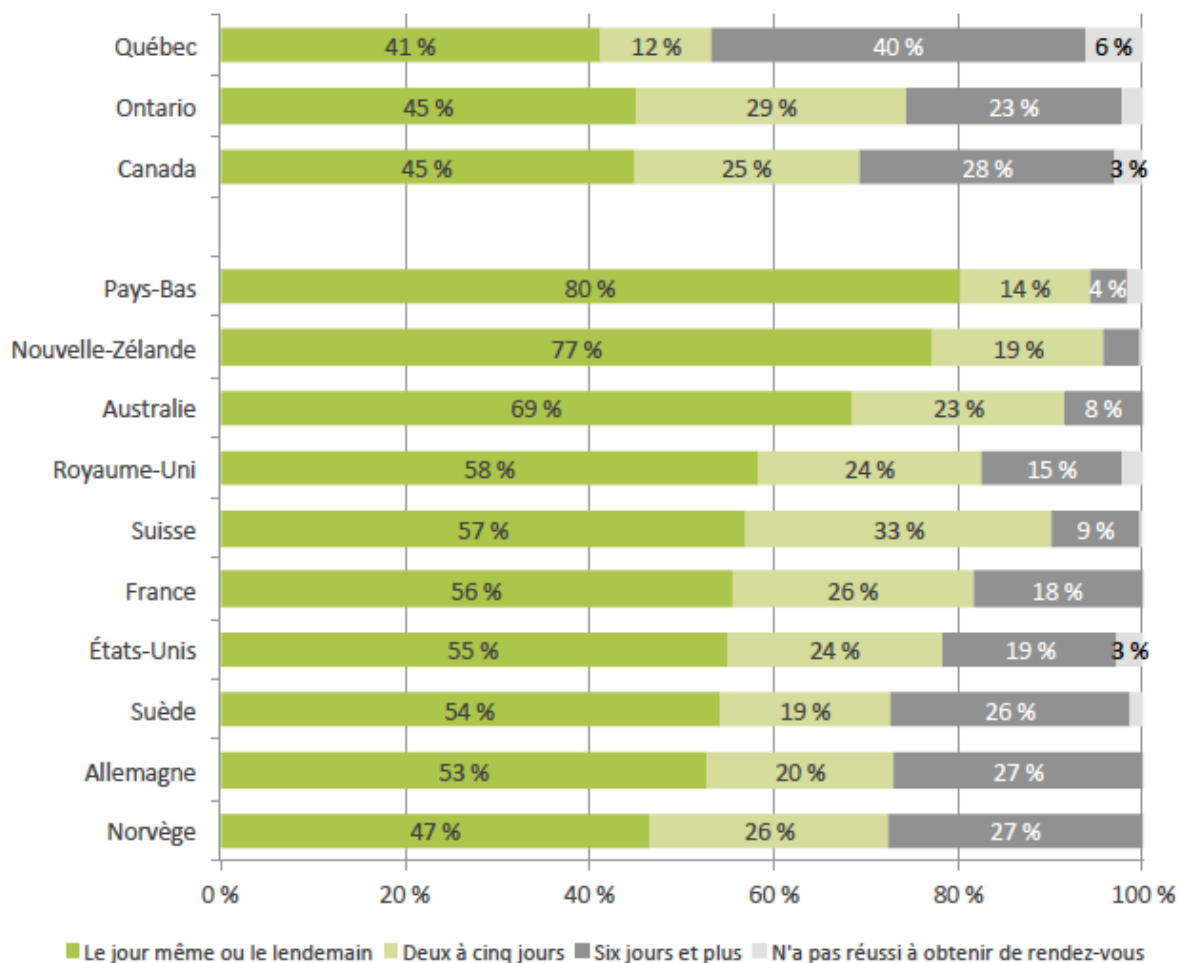
Opinion de la population de 18 ans et + sur l'accès aux soins médicaux le soir et la fin de semaine (2014)

Obtention de soins médicaux le soir, la fin de semaine ou un jour férié en fonction des pays et des provinces



Opinion globale de la population de 18 ans et + sur le délai pour voir un médecin ou une infirmière (2016)

Délai pour voir un médecin ou une infirmière en cas de besoin en fonction des pays et des provinces

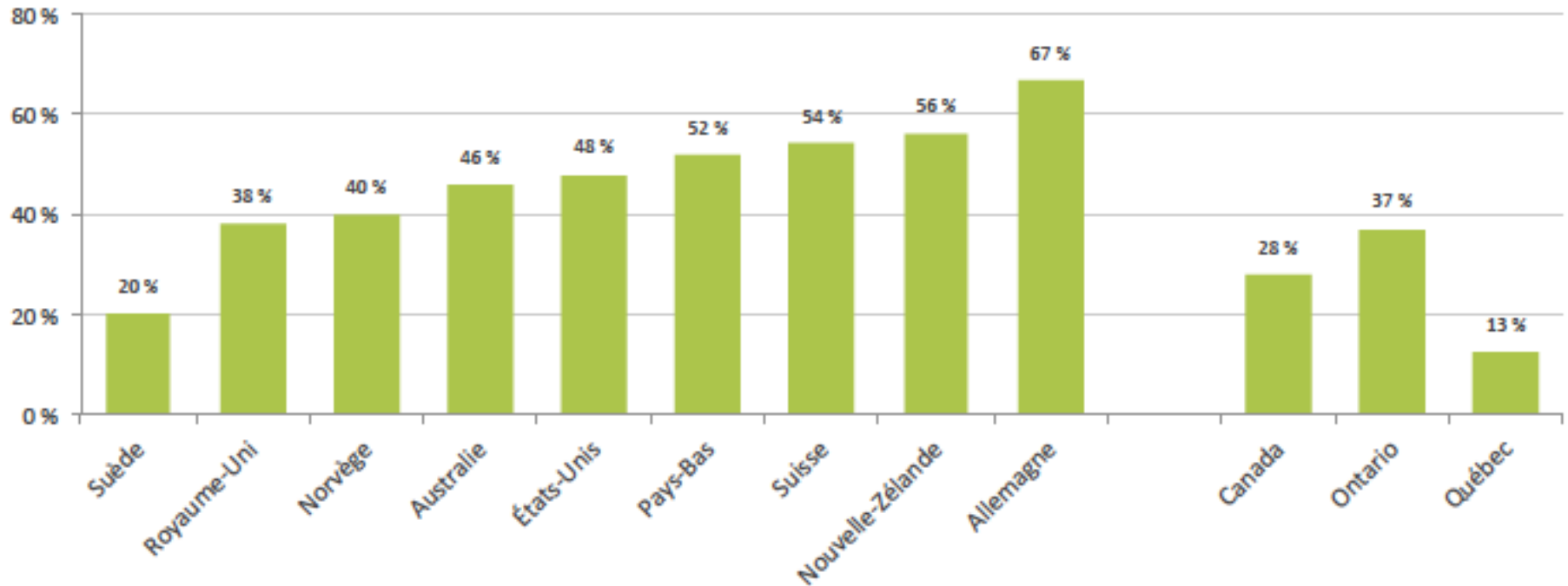


% des médecins de famille qui indiquent que leurs patients peuvent obtenir un R.V. en 24h (2015)

FIGURE 2

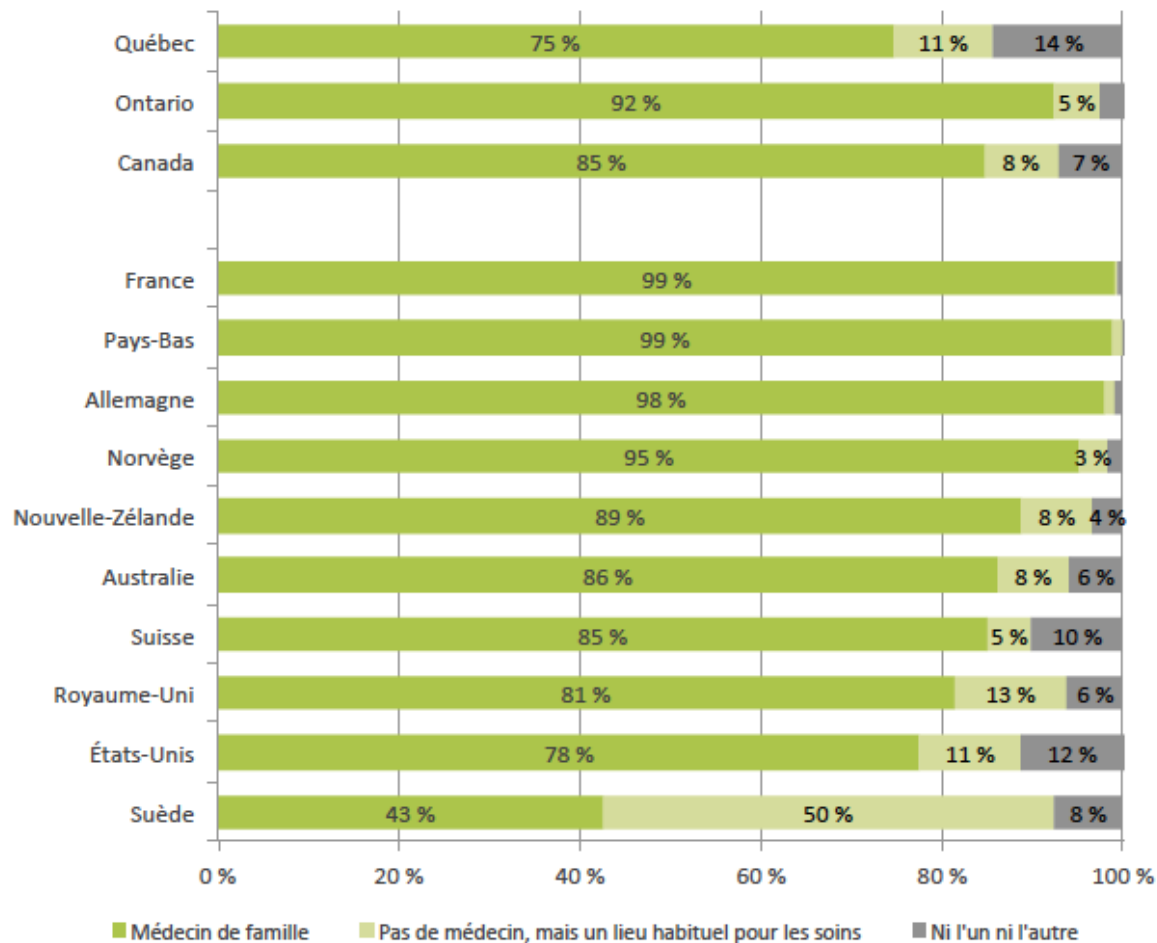
Proportion des médecins de famille qui indiquent que presque tous leurs patients peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le suivant

COMPARAISON DES PAYS ET DES PROVINCES EN 2015



Opinion de la population de 18 ans et + sur la porte d'entrée au système de soins (2016)

Médecin de famille ou lieu habituel pour les soins en fonction des pays et des provinces

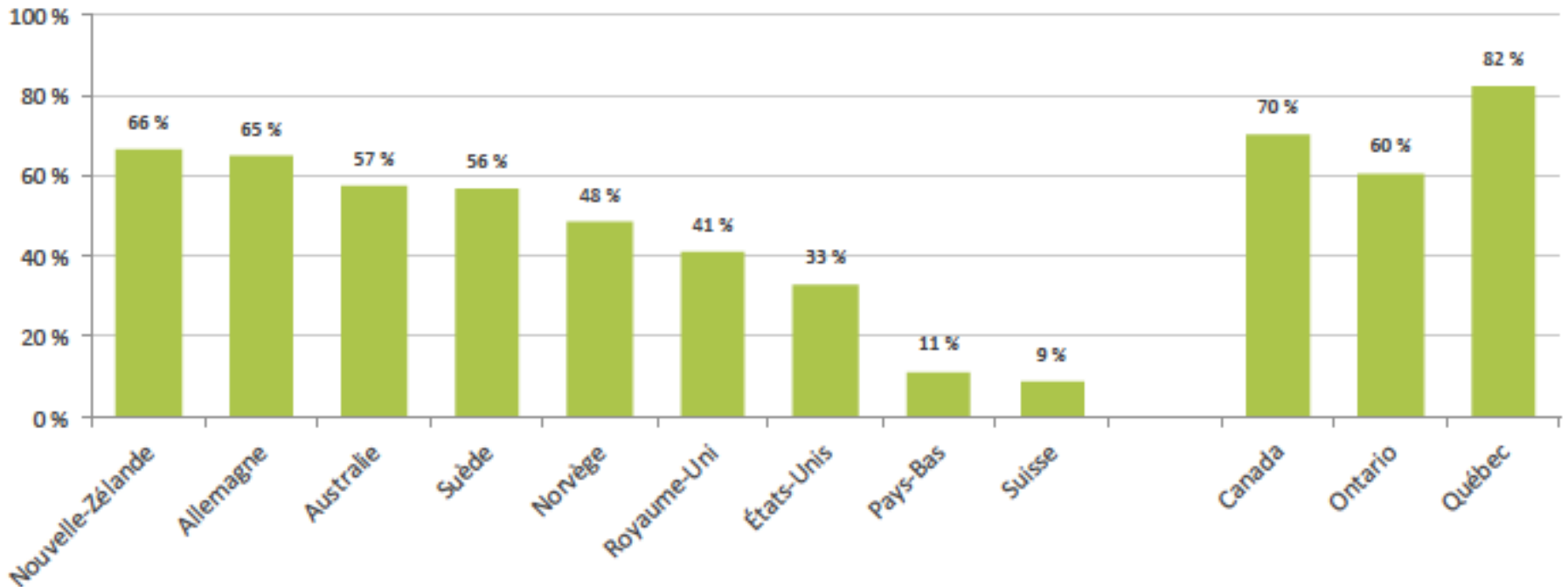


% des médecins de famille qui pensent que leurs patients attendent longtemps pour voir un spécialiste

FIGURE 3

Proportion des médecins de famille qui indiquent que leurs patients doivent souvent attendre longtemps avant de voir un spécialiste

COMPARAISON DES PAYS ET DES PROVINCES EN 2015



Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund - CSBE,

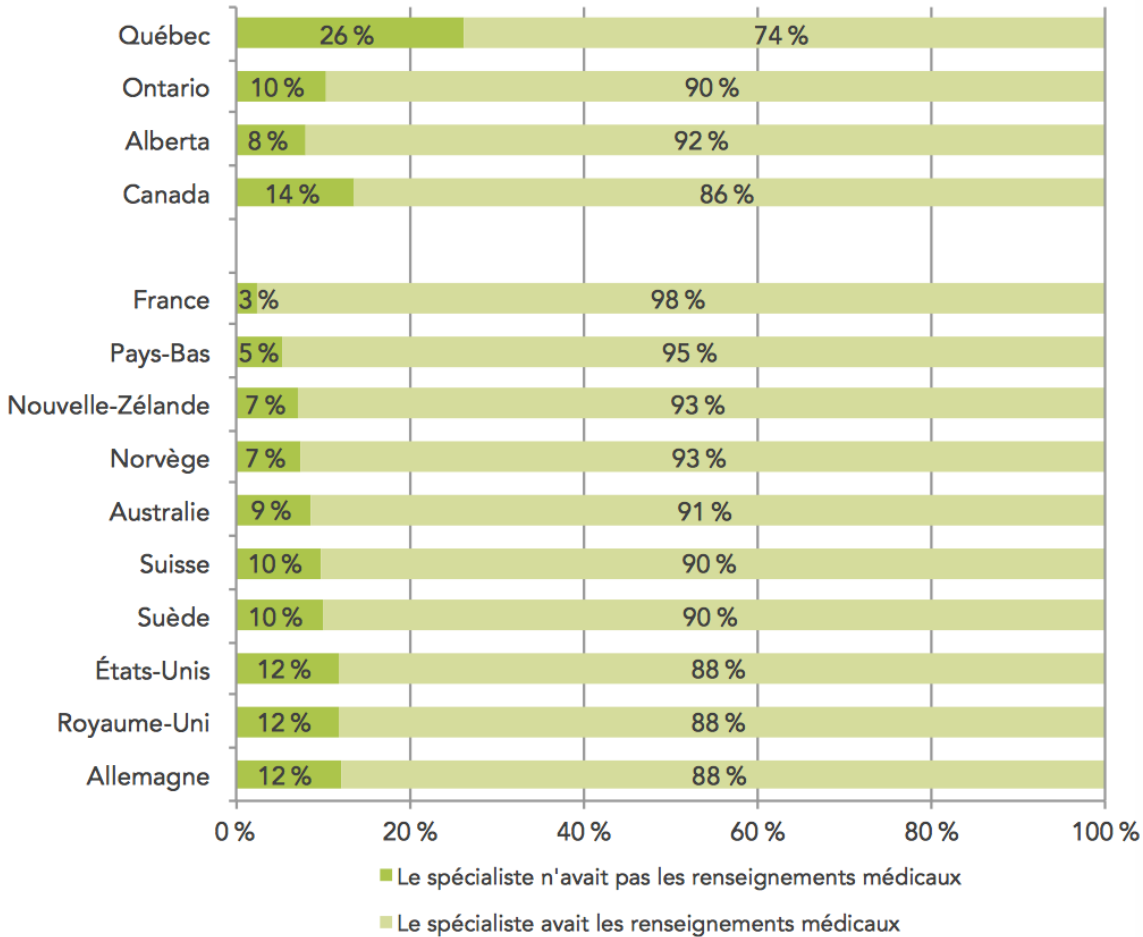
Québec

18/03/2017

A.P. Contandriopoulos, DASUM

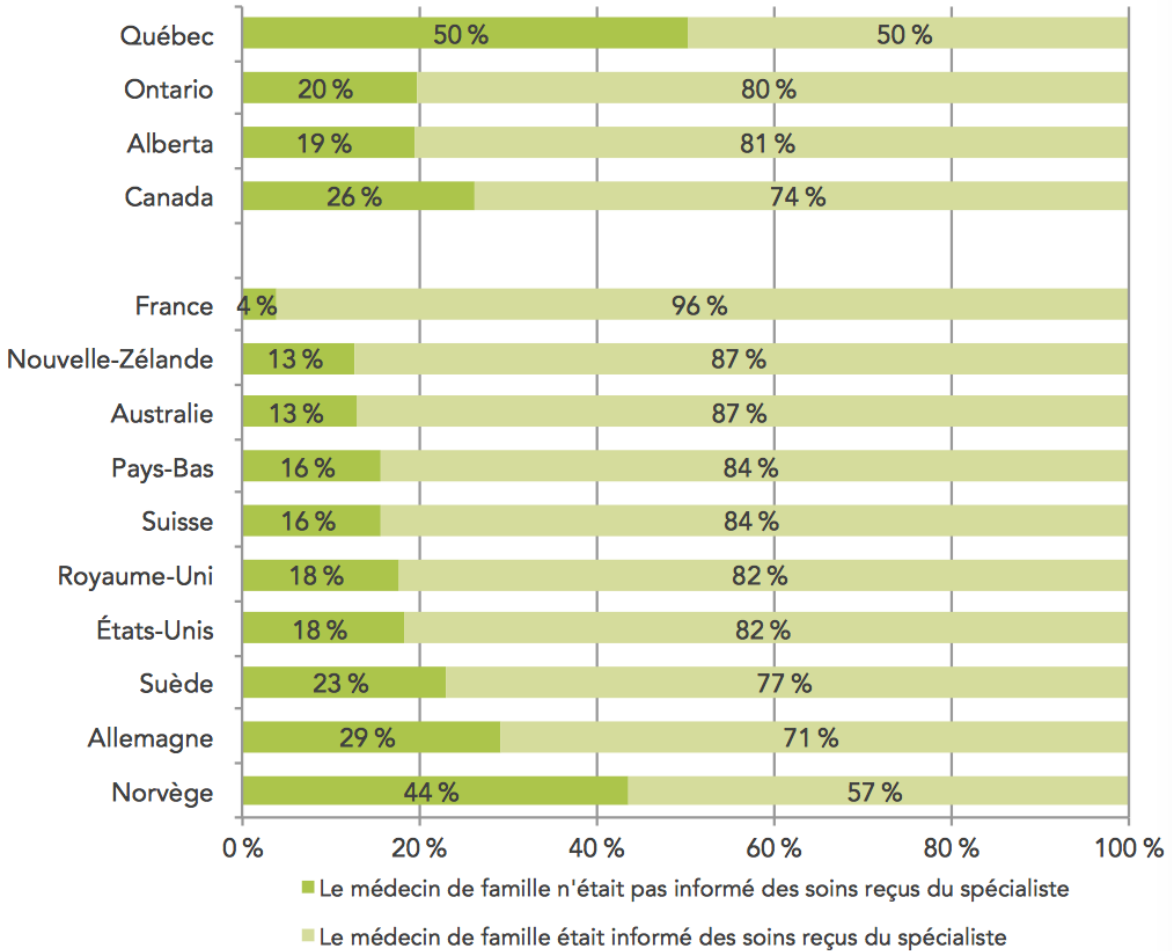
Opinion de la population de 55 ans et + sur le transfert d'information du médecin de famille au médecin spécialiste (2014)

TRANSFERT D'INFORMATIONS DU MÉDECIN DE FAMILLE AU SPÉCIALISTE
EN FONCTION DES PAYS ET DES PROVINCES

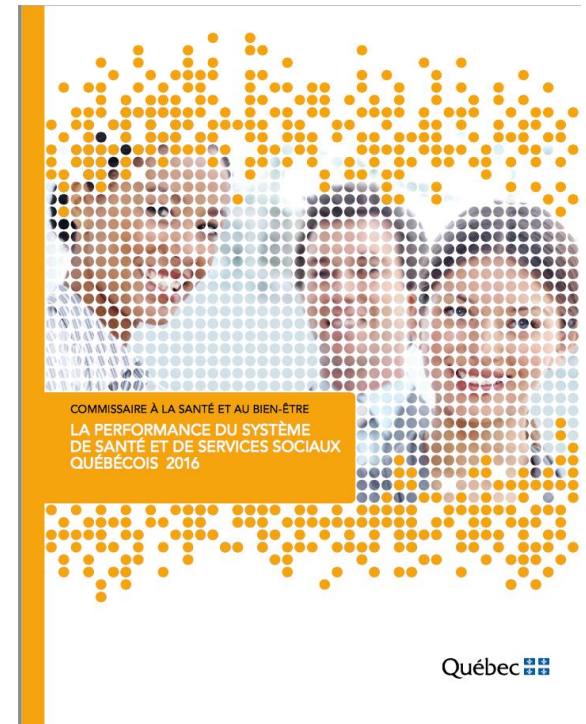
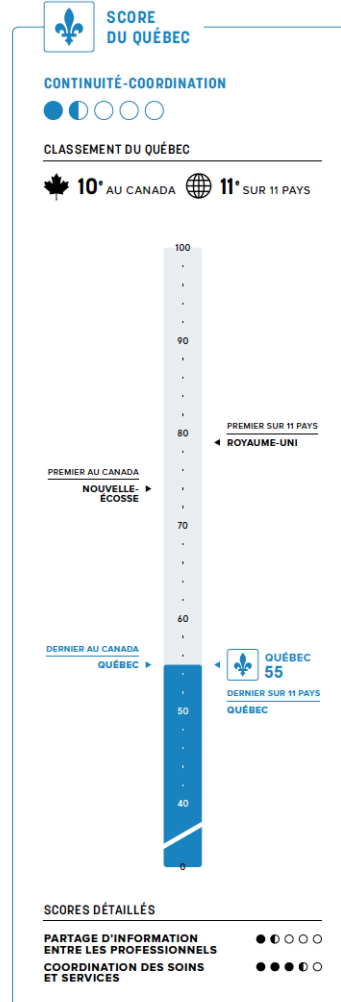
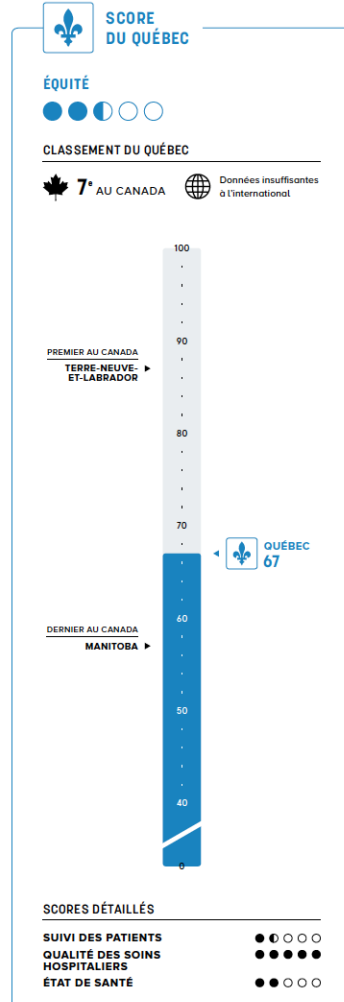
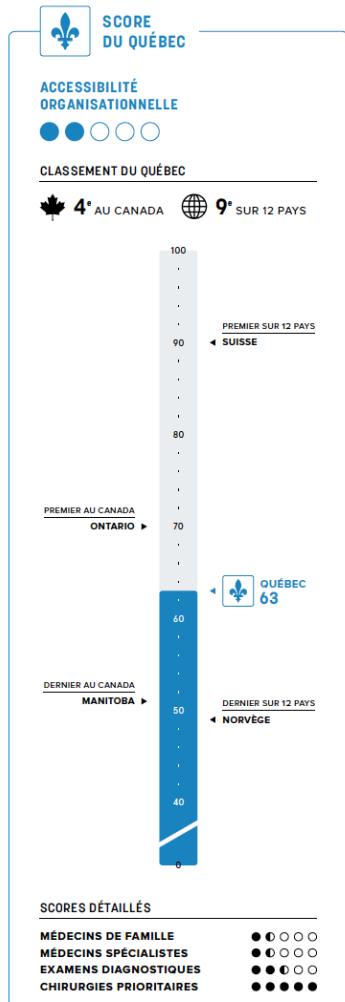


Opinion de la population de 55 ans et + sur le transfert d'information du médecin spécialiste au médecin de famille (2014)

TRANSFERT D'INFORMATIONS DU SPÉCIALISTE AU MÉDECIN DE FAMILLE EN FONCTION DES PAYS ET DES PROVINCES



Les principales faiblesses du système de santé du Québec pour le CSBÊ



Il faut relever le défi de l'intégration !

Aspirations légitimes de la population à l'égard du droit à la santé



Contrôle des dépenses du système de santé pour ne pas accroître le déficit des finances publiques et conserver une autonomie démocratique.

«Le système de santé est fragmenté, il manque d'efficience, il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes»

Il faut améliorer l'intégration pour accroître la performance

Il faut promouvoir la collaboration

Partie 2

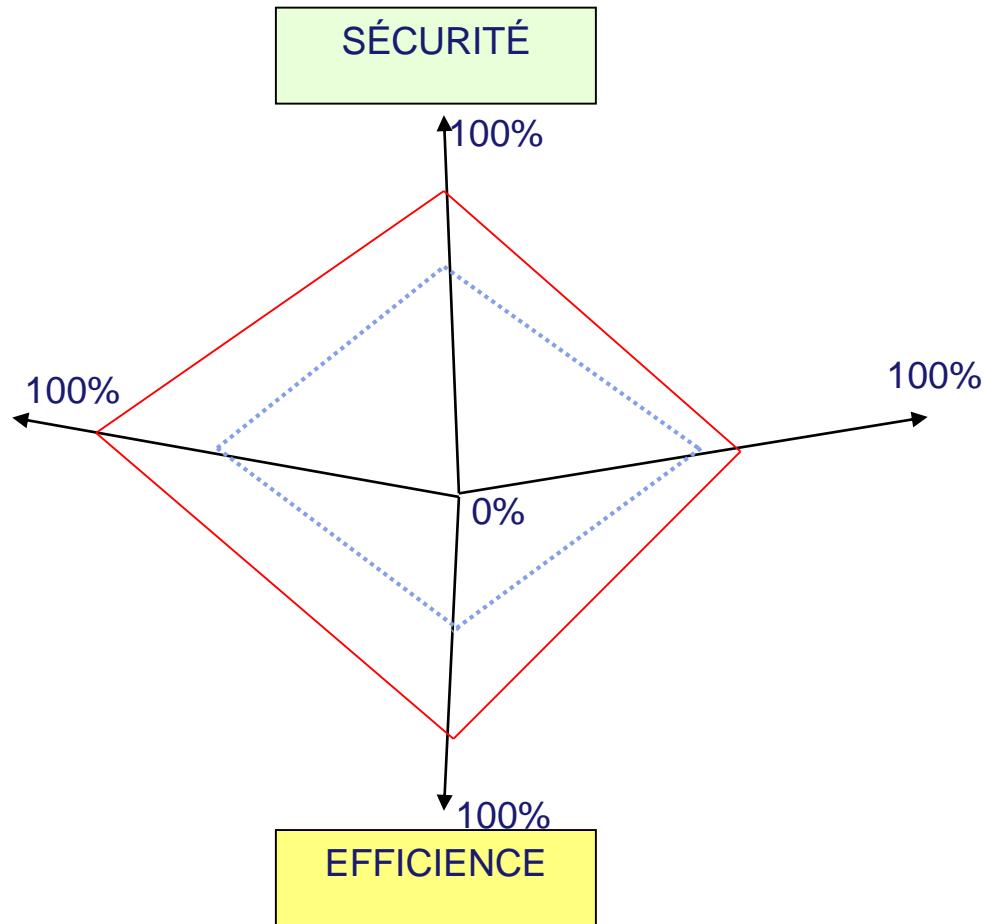
Large consensus sur l'importance de garantir à tous un accès équitable à des soins de qualité

La crise provoque une inquiétude

Dans tous les pays, on s'interroge sur les façons qui permettront, dans les années qui viennent, d'assurer de façon efficiente et sécuritaire, à toutes les personnes souffrantes, un accès libre et équitable à des services de santé de qualité.

VALEURS DU SYSTÈME DE SOINS

- Droit pour chaque personne d'être protégé dans son intégrité (physique et psychique) des menaces de l'environnement (matériel et social). Corollaire du droit à la vie

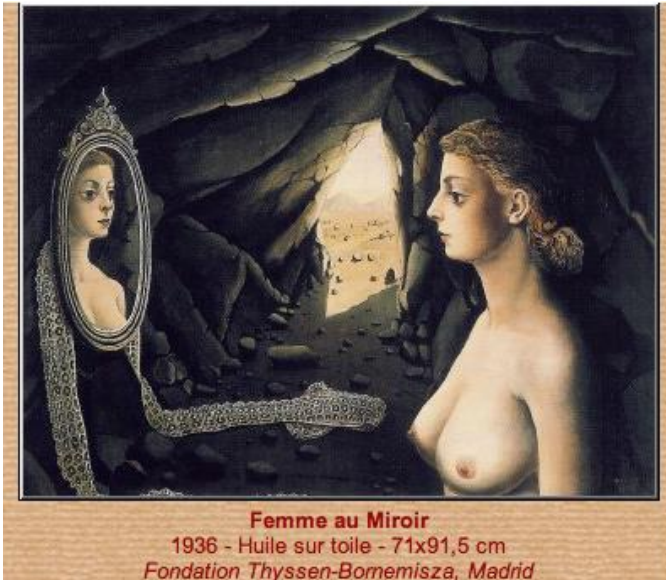


- Responsabilité collective de solidarité pour assurer une répartition juste des soins et de la santé entre les individus, les groupes, les régions...

- Droit d'agir librement de façon autonome, intentionnelle et responsable.
- Pouvoir faire des choix.

- Exigence sociale d'utiliser au mieux les ressources pour **maximiser l'accessibilité, la qualité et l'efficacité** des soins.

Maintenir le meilleur équilibre possible entre équité, liberté, sécurité et efficacité dans le domaine de la santé est un enjeu politique majeur pour tous les gouvernements



Le système de santé est le miroir de la société

Si dans un pays le système de santé est inéquitable, plein de passe-droit, sclérosé, peu respectueux de la dignité humaine, des droits des personnes vulnérables Alors il faut réaliser que c'est la société dans son ensemble qui est inéquitable, sclérosée, mesquine, peu respectueuse des droits des plus démunis

La nécessité de l'intégration

Pour surmonter la crise, il faut améliorer l'intégration du système de soins.

Ce n'est pas une idée nouvelle

On en parle beaucoup, depuis longtemps

.....

Depuis plus de 40 ans, il existe un large consensus sur le bien fondé d'améliorer l'intégration

Castonguay-Nepveu 1970

La création des centres locaux de santé devait constituer la véritable clé de voûte du système axé sur la médecine globale. Ces centres devaient être formés d'équipes pluridisciplinaires chargées de distribuer toute la gamme des soins généraux en intégrant les unités sanitaires, les services de santé municipaux, les soins généraux des consultations externes des hôpitaux, les cabinets individuels et les soins à domicile.

Cette idée reposait sur les expériences des premiers HMO aux États-Unis

1970 - Commission Castonguay-Nepveu

(CESBES, 1970, vol. IV, Tome IV, la Santé)

Pour répondre « aux besoins les plus courants [de la population], de façon continue et complète, au niveau même où ces besoins surgissent » (§ 1707, p. 179), la Commission recommande « *que les CLS [centres locaux de santé] forment des équipes de base de trois à cinq médecins et de quatre à dix infirmières cliniciennes et infirmières soignantes aidées d'un travailleur social, pour desservir une population de 10 000 à 15 000 habitants .* » (Recommandation 4.XIV.238, p.206) « *Cette équipe de base est mobile, souple et en contact avec les médecins spécialistes en vue de répondre aux besoins de la population.* » (§ 1752, p. 195).

2000 – Commission Clair

La Commission Clair propose la mise en place, partout au Québec, de réseaux de soins capables d'établir une relation de confiance entre chaque citoyen et un professionnel de la santé et qui, simultanément, assume une responsabilité globale envers une population (CESSS, 2000, p. 29). Elle recommandait : *« Que le volet médical de ce réseau soit assumé par des groupes de médecine de famille composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes ; [...] Les médecins de famille se regrouperaient par équipe de six à dix [...]. Ces médecins travailleraient en étroite collaboration avec deux ou trois infirmières cliniciennes ou praticiennes participant à la prise en charge et à la coordination des services. Ce groupe de médecine de famille serait responsable d'une population définie de personnes (de 1 000 à 1 800 citoyens par médecin [soit 10 000 à 15 000 personnes] »* (CESSS,2000, p. 52).

2002 - Québec : Projet de loi 90

- *Le projet de loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé.*
- *En particulier, un cadre qui permettra d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales.*

Préambule du projet de loi adoptée le 14 juin 2002

2003 - Québec : projet de loi 25 du Dr Couillard création des CSSS

Le projet vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Préambule du projet de loi 25 adoptée le 18 déc. 2003

2006 - Québec, *Priorités d'actions 2006-2007*

*«Le bilan des actions réalisées au cours des trois dernières années témoigne des changements importants introduits dans le système de santé et de services sociaux. Il s'y dégage aussi des enjeux sur lesquels il faut agir rapidement pour relever notamment le **défi de l'intégration des services**».*

« Il s'agit [maintenant] de donner accès à des soins et des services de qualité et sécuritaires à l'intérieur de délais raisonnables »

M. Couillard, Ministre de la Santé

Le Devoir, 13 mai 2007 (p.H3)

2014 – Dr Barrette : Projets de loi 10 et 20



PL 10

La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau.

PL 20

La présente loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

Les études confirment le bien-fondé de soins intégrés

Méta analyse de 161 études :

Les pays industrialisés qui valorisent des soins primaires intégrés ont des coûts de santé inférieurs, des soins de meilleure qualité et des résultats de santé supérieurs.

By Mark W. Friedberg, Peter S. Hussey, and Eric C. Schneider

Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care

ABSTRACT Despite contentious debate over the new national health care reform law, there is an emerging consensus that strengthening primary care will improve health outcomes and restrain the growth of health care spending. Policy discussions imply three general definitions of *primary care*: a specialty of medical providers, a set of functions served by a usual source of care, and an orientation of health systems. We review the empirical evidence linking each definition of *primary care* to health care quality, outcomes, and costs. The available evidence most directly supports initiatives to increase providers' ability to serve primary care functions and to reorient health systems to emphasize delivery of primary care.

HEALTH AFFAIRS 29, NO. 5 (2010): 766–772

A.P. Contandriopoulos, DASUM

La littérature est claire

Harvard
Business
Review

INNOVATION

The Best Way to Improve Health Care Delivery Is with a Small, Dedicated Team

by Chris Trimble

MARCH 09, 2016



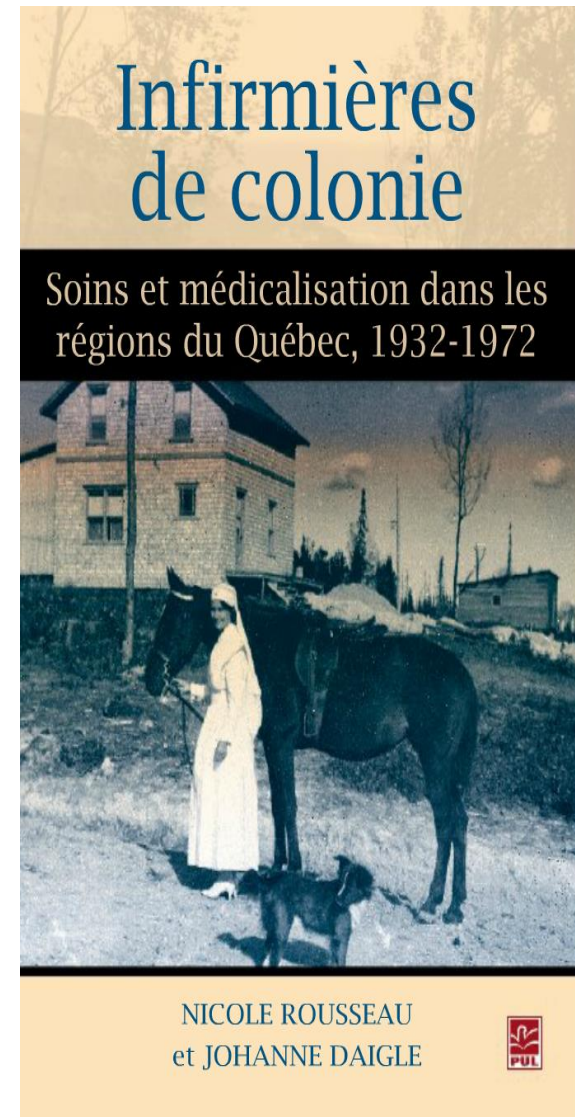
Spurred by new payment models and new incentives, health systems are increasing their commitments to innovation in health care delivery. Unfortunately, many systems are overlooking an entire class of innovations that are modest in size, low in risk, and highly likely to deliver wins for both patients and profits.

A.P. Contandriopoulos, DASUM

Sur le terrain au Québec de nombreuses initiatives montrent la même chose

Pendant les années 1930, afin d'assurer un minimum de services de santé aux colons, le gouvernement du Québec a décidé de construire des dispensaires (174) et d'y poster des infirmières dites "de colonie" pour "faire les accouchements" et "fournir un service médical aussi complet que possible »

Les infirmières de colonie ont remarquablement réussi sur le terrain. Pendant 40 ans, elles ont montré qu'il était possible de répondre de façon cohérente, intégrée, humaine et dévouée aux besoins de santé des personnes dont elles étaient responsables. Mais en même temps, c'est l'exercice de cette pratique élargie qui est à l'origine de leur disparition.



Sur le terrain au Québec de nombreuses initiatives montrent la même chose

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a connu un succès retentissant.

Elle est mise sur pied en 1968 par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill qui sont préoccupés par le peu de services médicaux dans le quartier .

La clinique se caractérise par le développement d'une médecine communautaire et globale (accessibilité à une vaste gamme de services de santé, de services sociaux et de prévention). Grande coopération entre tous les professionnels et participation active des citoyens. La clinique devient un lieu où les gens du quartier viennent parler et socialiser.

Sur le terrain au Québec de nombreuses initiatives montrent la même chose

SIPA, PRISMA

: malgré leurs succès, ces interventions auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ne sont pas implantées à grande échelle.

La Maison Bleue

Milieu de vie préventif à l'enfance, la maison bleue offre des services de périnatalité sociale dans une perspective de prévention, d'appropriation et de renforcement de l'individu et de la famille, aux femmes enceintes et à leur famille vivant en contexte de vulnérabilité.

Bien que l'approche de la Maison bleue réponde de façon remarquable à des besoins importants, sa généralisation ne se fait pas.

Sur le terrain au Québec de nombreuses initiatives montrent la même chose

- Les dispensaires des régions isolées

Les caractéristiques essentielles des services des dispensaires sont : 1) l'existence d'une véritable responsabilité des infirmiers l'égard de la santé de toutes les personnes de leur communauté; 2) une grande confiance de la population envers les services du dispensaire. Les infirmiers font partie de la communauté, ils connaissent tout le monde, et tout le monde les connaît ; 3) 24/7 et large gamme de services (santé et sociaux); 4) Responsabilité d'orienter les patients vers des services spécialisés ; 5) Suivi dès le retour dans la communauté.

- La clinique sans médecin SABSA dans la Basse-Ville de Québec

Les évaluations disponibles montrent que la clinique répond de façon très efficace aux besoins de sa population. Mais son financement n'est pas renouvelé... Le ministre veut qu'elle soit placée sous contrôle médical dans un GMF !!!

Dans les deux cas, très haut taux de satisfaction des populations desservies

La direction à prendre est claire

Pour assurer de façon efficiente et sécuritaire, à toutes les personnes souffrantes, un accès libre et équitable à des services de santé de qualité, il faudrait **organiser partout sur le territoire des réseaux intégrés de soins de proximité dans lesquels les professionnels travailleraient en collaboration.**

MAIS ON NE LE FAIT PAS !

L'inquiétude augmente !

EXCLUSIF | Un sondage TVA/Léger très révélateur démontre que les citoyens estiment qu'un seul bain ou douche par semaine dans les centres hospitaliers en soins de longues durées n'est absolument pas suffisant.

Au total, 1000 personnes ont été sondées par internet du 30 au 31 mai sur la délicate question des soins d'hygiène dans les CHSLD.



La semaine dernière, le ministre de la Santé affirmait que les soins dans ces établissements sont adéquats, mais qu'il est possible de faire mieux.

Les cadres du réseau de la santé crient leur essoufflement

PUBLIÉ LE MERCREDI 20 AVRIL 2016



Une réforme qui va trop vite ?

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, accepte de rencontrer les gestionnaires des établissements du réseau, qui réclament un entretien de toute urgence. Se disant essouffés par la réforme adoptée l'an dernier, ceux-ci lancent un cri d'alarme.



Publié le 03 mars 2016 à 05h31 | Mis à jour le 03 mars 2016 à 08h37

Clinique sans médecin: la survie de SABSA reste incertaine



Temps d'attente pour une place en CHSLD: Jusqu'à 4 années d'attente pour nos aînés, révèle la CAQ

PUBLIÉ LE 5 NOVEMBRE 2015

Publié le 10 juillet 2015 à 05h00 | Mis à jour le 10 juillet 2015 à 05h00

Le saint Graal ou comment trouver un dermato



Il semble qu'au Québec, le moyen le plus rapide d'avoir accès à un dermatologue soit de s'adresser au privé, les listes d'attente dans le système public étant longues.

Publié le 07 novembre 2016 à 07h29 | Mis à jour le 07 novembre 2016 à 07h29

Salle d'accouchement de Sainte-Justine: des infirmières à bout de souffle



Selon les infirmières interviewées, les congés de maladie ne seraient pas remplacés. De plus, le temps supplémentaire leur aurait été interdit.

LE DEVOIR

LIBRE DE PENSER

ÉDITION DU JEUDI 3 MARS 2016

Québec atrophie les CLSC

Jessica Nadeau

Québec s'apprête à transférer une partie des activités des CLSC vers les groupes de médecine de famille (GMF). En effet, dans les prochaines semaines, les centres intégrés de santé et de services sociaux se verront amputés d'une bonne partie de leurs...



Les réformes de structure sont insuffisantes

La réforme du Dr Barette n'a pas eu les effets escomptés !

Opinion de la population du Québec (18ans et +)	2010	2013	Loi 10	2016
Qualité des soins : excellente, très bonne et bonne	70 %	73 %	X	62 %
Accès aux soins le soir et la fin de semaine, facile ou très facile	23%	28 %	X	28 %
Voir un MD ou une infirmière le jour même	32 %	40 %	X	41 %
MD de famille porte d'entrée du système de soins	72 %	77 %	X	75 %

Les fusions administratives et transformations mises en place à la suite des lois 10 et 20 ne vont pas dans la bonne direction

Les lois 10 et 20 :

- Ne réduisent pas les coûts
- Accroissent la centralisation des pouvoirs sans améliorer la performance
- Ne sont pas associées à des gains d'efficience
- N'ont pas d'effets sur l'accessibilité, la coordination et la qualité des soins.
- N'ont pas d'effets sur les pratiques des professionnels
- Ne permettent pas de s'adapter aux conditions locales particulières

Mintzberg dans le Devoir

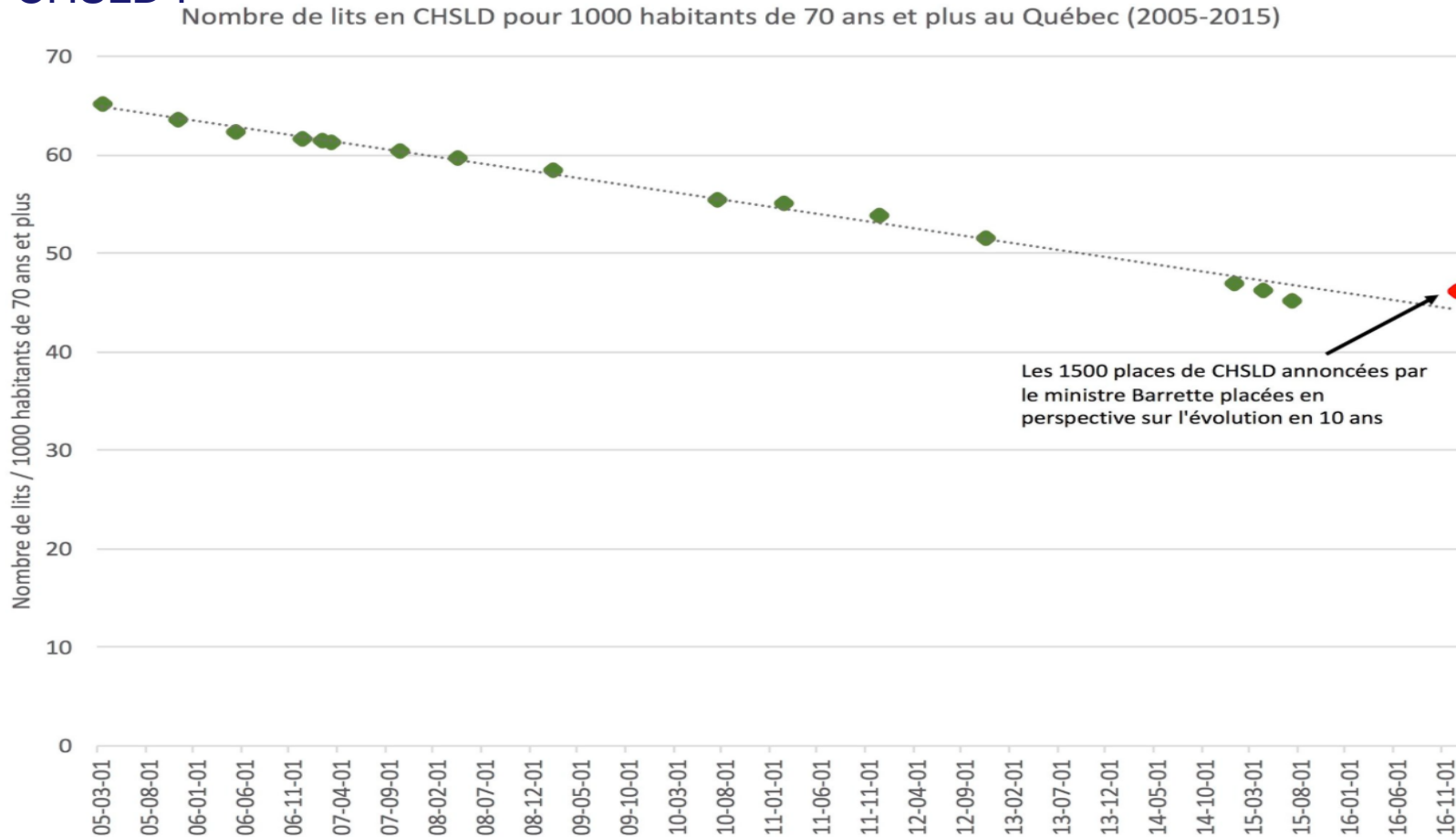
Ne réformons pas le système de santé en le mettant en pièces

24 février 2016 | Henry Mintzberg - Titulaire de la Chaire de gestion John Cleghorn à la Faculté de gestion Desautels de l'Université McGill | Santé

[...] Notre gouvernement a entrepris de réformer le système par un procédé qu'on peut appeler l'ingénierie administrative. Par exemple, il fusionne des établissements à gauche et à droite, mesure tout et n'importe quoi, et enchaîne les restructurations en retraçant les traits sur les organigrammes. En général, cela n'arrange rien et, bien souvent, ne fait que distraire les fournisseurs de services. Mais qu'à cela ne tienne : plus on enregistre d'échecs, plus on persiste dans la même voie. La plus récente restructuration au Québec pourrait se révéler la plus dévastatrice de toutes.

Un exemple : Le Dr. Barrette annonce le 7 décembre 2016 l'ajout de 1500 places en CHSLD

En fait, l'ajout annoncé ne change rien à la tendance de réduction des places en CHSLD !



Faussenurse @Fausseurse · 7m

Les 1500 places de #CHSLD en plus ne feront pas une grande différence dans la tendance

@ameliedboisvert @e_fleury @c_laurie @drgbarrette

À propos de la loi 10 du Dr Barrette



Dr Chantal Vallée et Dr Michaël Bensoussan (série documentaire *De garde 24/7*) de l'hôpital Charles-le-Moyne

« Au quotidien, ça ne change pas grand-chose....., il y a des patients à traiter, des étudiants à superviser, des stages à organiser...»

«Tout le monde en parle » le 1er novembre 2015

Partie 4

Il faut créer des réseaux intégrés de soins de proximité - comme à Amqui – partout au Québec !

Réseaux intégrés de soins de proximité

La solution n'est pas de créer de nouvelles structures, mais de favoriser l'organisation dans tout le Québec de réseaux intégrés de soins de proximité adaptés à la réalité de chaque milieu et dans lesquels des professionnels interdépendants collaborent pour mettre réellement la personne au centre du système de santé.

« Mettre la personne au centre du système de santé »

Concrètement, il suffirait que partout au Québec des équipes de professionnels collaborent pour :

- Accueillir
 - Observer, écouter
 - Rassurer
- } des êtres humains souffrants (biologiquement, socialement, psychologiquement), dans le respect de leurs histoires et de leurs singularités.
- Diagnostiquer
 - Traiter
 - Pallier les conséquences physiques, psychiques et sociales
 - Prévenir
- } les problèmes de santé
- Orienter
 - Suivre
- } les patients

Pourquoi n'arrivons-nous pas à implanter les réformes requises?

L'implantation des réseaux de proximité impliquerait qu'on n'agisse pas seulement au niveau des structures (lois 10 et 20), mais qu'on entreprenne une véritable révolution culturelle qui entraînerait des transformations radicales dans les représentations, les jeux de pouvoir, les incitations, les systèmes d'information et dans les systèmes d'éducation. Transformations nécessaires pour que les pratiques des professionnels changent.

12 conditions nécessaires pour implanter un système santé fondé sur un réseau intégré de soins de proximité

- 1 Trouver les mots nouveaux qui permettent de penser différemment !
- 2 Financer publiquement le système de soins à partir de contributions progressives en fonction du revenu de façon à offrir gratuitement de façon équitable à chacun tous les soins requis et de contribuer à réduction des inégalités dans la société.
- 3 Mettre en place et soutenir avec beaucoup d'énergie et de cohérence le déploiement d'organisations de soins réellement responsables de fournir l'ensemble des soins de proximité à la population de son territoire 24 h sur 24 h, 7 jours sur 7 et d'assurer le recours aux soins spécialisés.
- 4 Mobiliser les ordres professionnels, les fédérations médicales et les syndicats pour que la prise en charge des patients soit globale et continue en s'appuyant sur les compétences de tous les professionnels (médecins, pharmaciens, infirmières, sages femmes, autres professionnels).

12 conditions nécessaires pour implanter un système de soins centré sur les soins de proximité

- 5 Faire en sorte que tous les médecins omnipraticiens actuellement en exercice pratiquent une vraie médecine familiale, au sein des réseaux intégrés de proximité.
- 6 Faire en sorte que les organisations et les professionnels de santé de deuxième et troisième ligne (centres hospitaliers, médecins spécialistes) orientent prioritairement leurs rôles pour répondre aux besoins des réseaux intégrés de soins de proximité.
- 7 Créer des incitations différentes : payer les médecins, les infirmières et les autres professionnels et les établissements de façon à refléter la nouvelle hiérarchie de légitimité, de pouvoir et leurs responsabilités à l'égard de la santé de leurs populations.
- 8 Encourager la collaboration entre les professionnels en finançant les réseaux de proximité en fonction de leurs responsabilités.

12 conditions nécessaires pour implanter un système de soins centré sur les soins de proximité

- 9 Implanter des systèmes d'information (cliniques et administratives) qui rendent compte de la performance des réseaux de proximité.
- 10 Valoriser l'adaptation des réseaux aux caractéristiques de leurs milieux et les innovations qui en découlent (éviter le mur à mur et la centralisation); encourager l'implication des acteurs locaux (municipalités, organismes communautaires ...)
- 11 Ajuster la formation des médecins et des autres professionnels.
- 12 Intervenir de manière coordonnée et agressive pour limiter la dispensation de soins non pertinents.

Partie 5

Pourquoi est-ce si difficile à faire?

Pourquoi n'arrivons-nous pas à implanter les réformes requises?

Si depuis plus de 50 ans on sait ce qu'il faudrait faire pour que le système de soins réponde aux attentes de la population et que collectivement on ne fait pas, c'est qu'il doit exister des raisons très profondes.

Conditions nécessaires pour le changement

Pour que cette transformation ait lieu, il faudrait :

- Qu'une large coalition d'acteurs crédibles et influents à tous les niveaux du système de soins et dans la société civile appuie le projet de réforme centré sur les réseaux de soins de proximité
- Que cette coalition ait le temps, les ressources financières et humaines, les informations, les connaissances, les outils de communication nécessaires mettre en œuvre les transformations requises.
- Que les pratiques changent, que les organisations se transforment que les structures s'adaptent.
- Trouver les moyens de maîtriser les paradoxes qui caractérisent le changement.

1 - Le paradoxe de la mise en œuvre du changement

Le changement est un processus social complexe qui demande des idées, du leadership, du temps, des informations, des compétences de haut niveau et des ressources matérielles, financières et humaines souvent importantes ... qui doit être implanté quand les ressources sont rares, quand il faut agir vite, quand les informations dont on aurait besoin pour prendre des décisions rationnelles ne sont pas disponibles, quand personne n'a le temps de faire autre chose que ce que son travail immédiat exige!

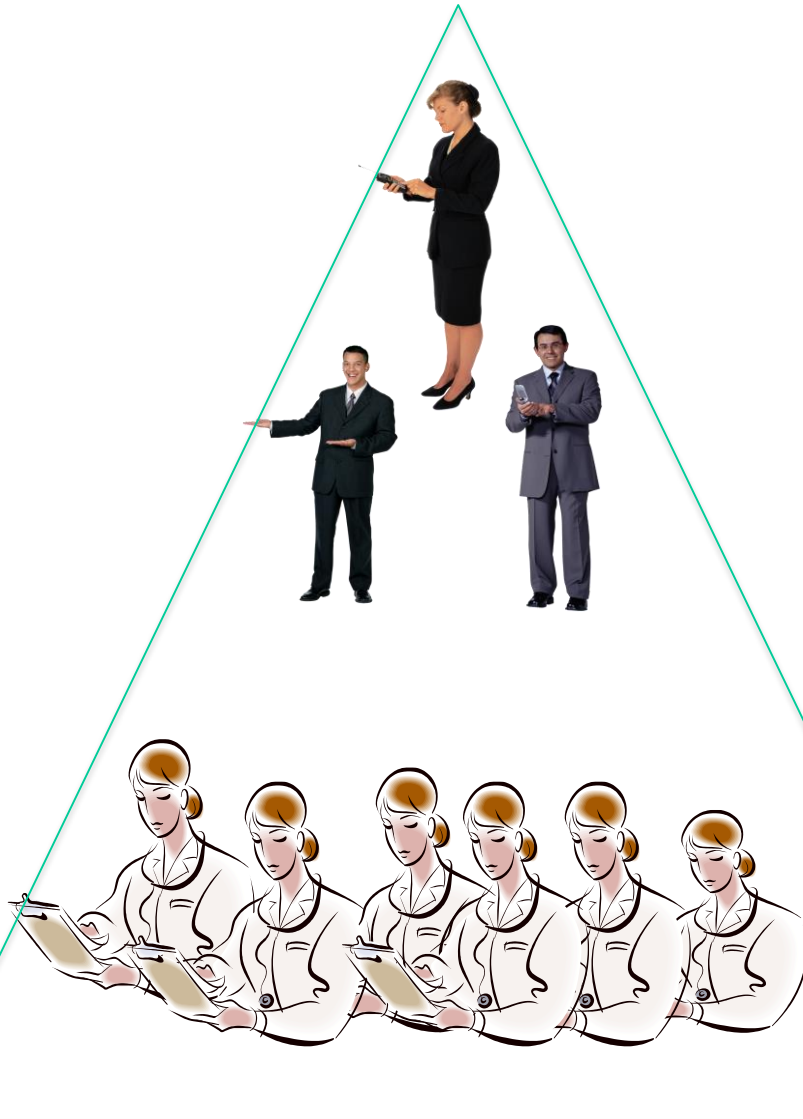
2 - Paradoxe de la pérennité et du changement:

Ce qui est nécessaire est un changement radical du système de santé. Or on sait que les projets de changements qui ont le plus de chance de réussir sont petits et ciblés, mais que de tels projets ne sont généralement pas suffisants pour entraîner une transformation significative et durable du système de santé (une transformation simultanée des organisations et des pratiques). Or ce sont les changements radicaux qui ont le moins de chance de réussir.

3- Paradoxe de l'impulsion du changement:

Pour réussir, un changement doit être simultanément une démarche délibérée, rationnelle, planifiée, décidée et mise en œuvre par les responsables administratifs et politiques du système de soins (top down) et en même temps pour s'implanter concrètement il faut qu'il soit un phénomène émergent, négocié, qui se construit, acquière du sens et prend forme au cours de sa réalisation en fonction des initiatives des agents locaux (bottom up).

Les changements doivent venir d'en haut...

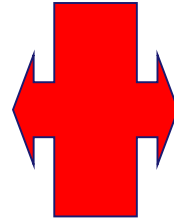


Top down

engagés et menés depuis le «haut» vers le «bas», c'est-à-dire initiés par une autorité légitime qui les propose et les impose

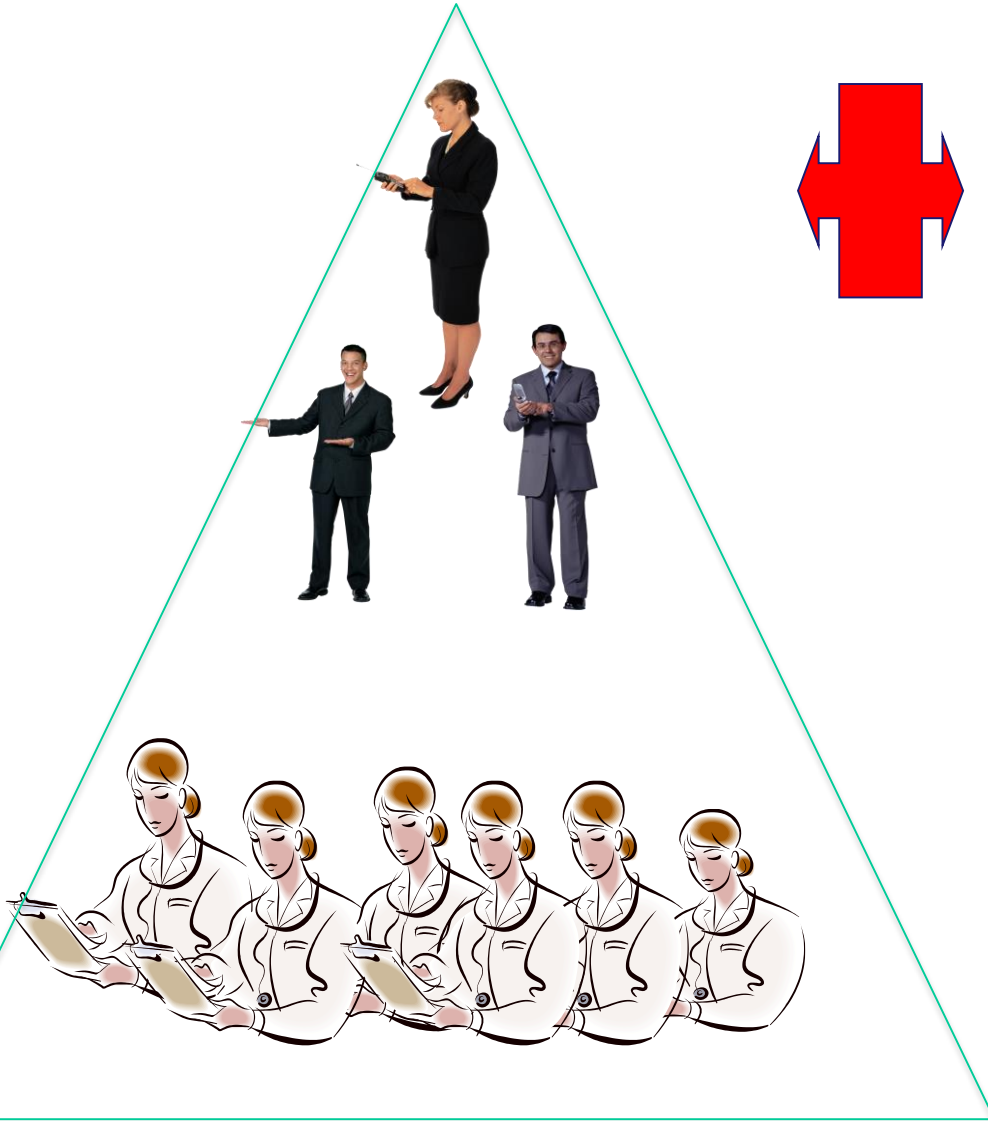
MAIS

Le risque c' est que les changements restent en haut!

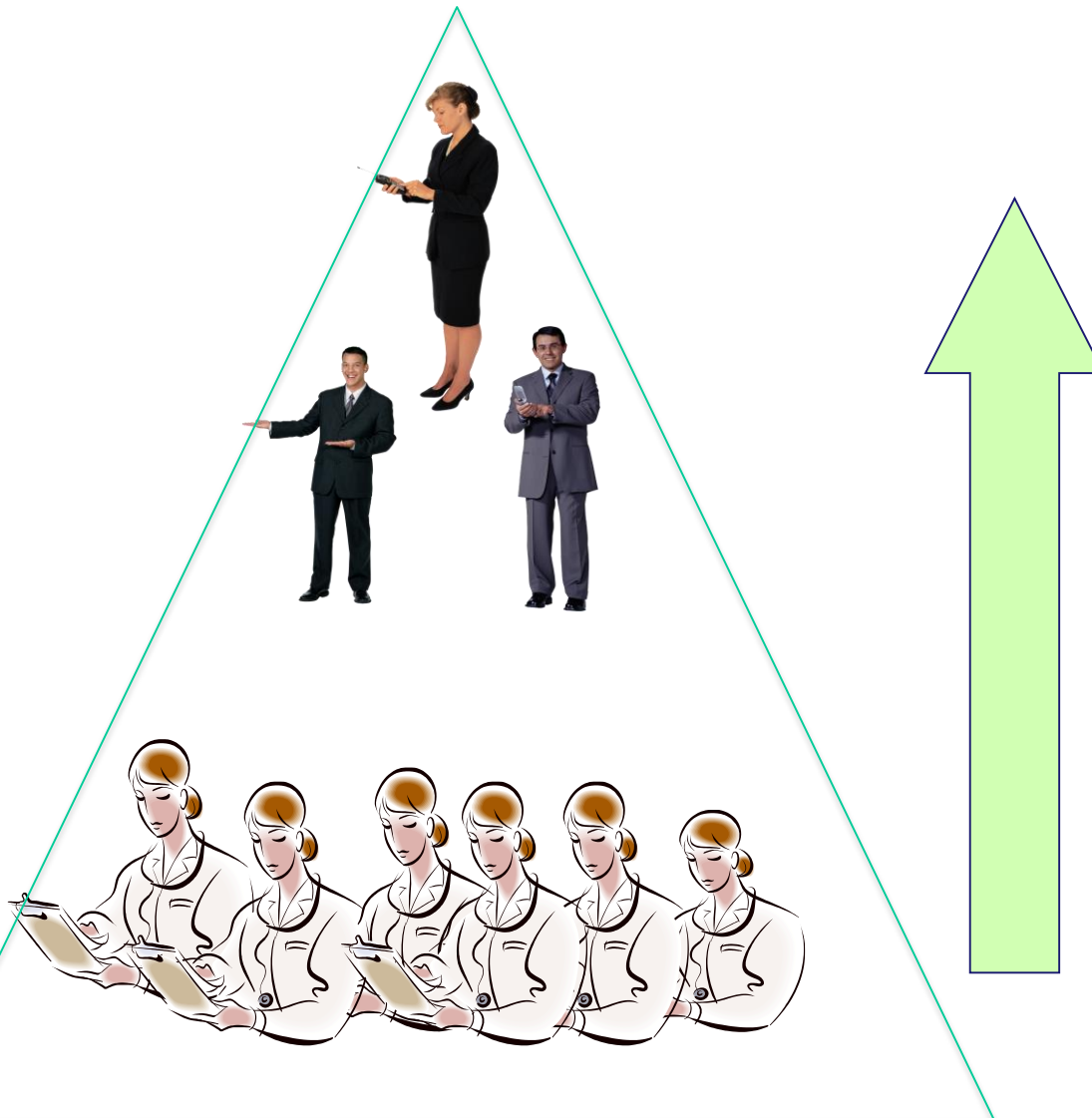


Top top

On change les structures, les organigrammes, mais les pratiques des acteurs ne sont pas affectées



Les changements peuvent émerger de la base



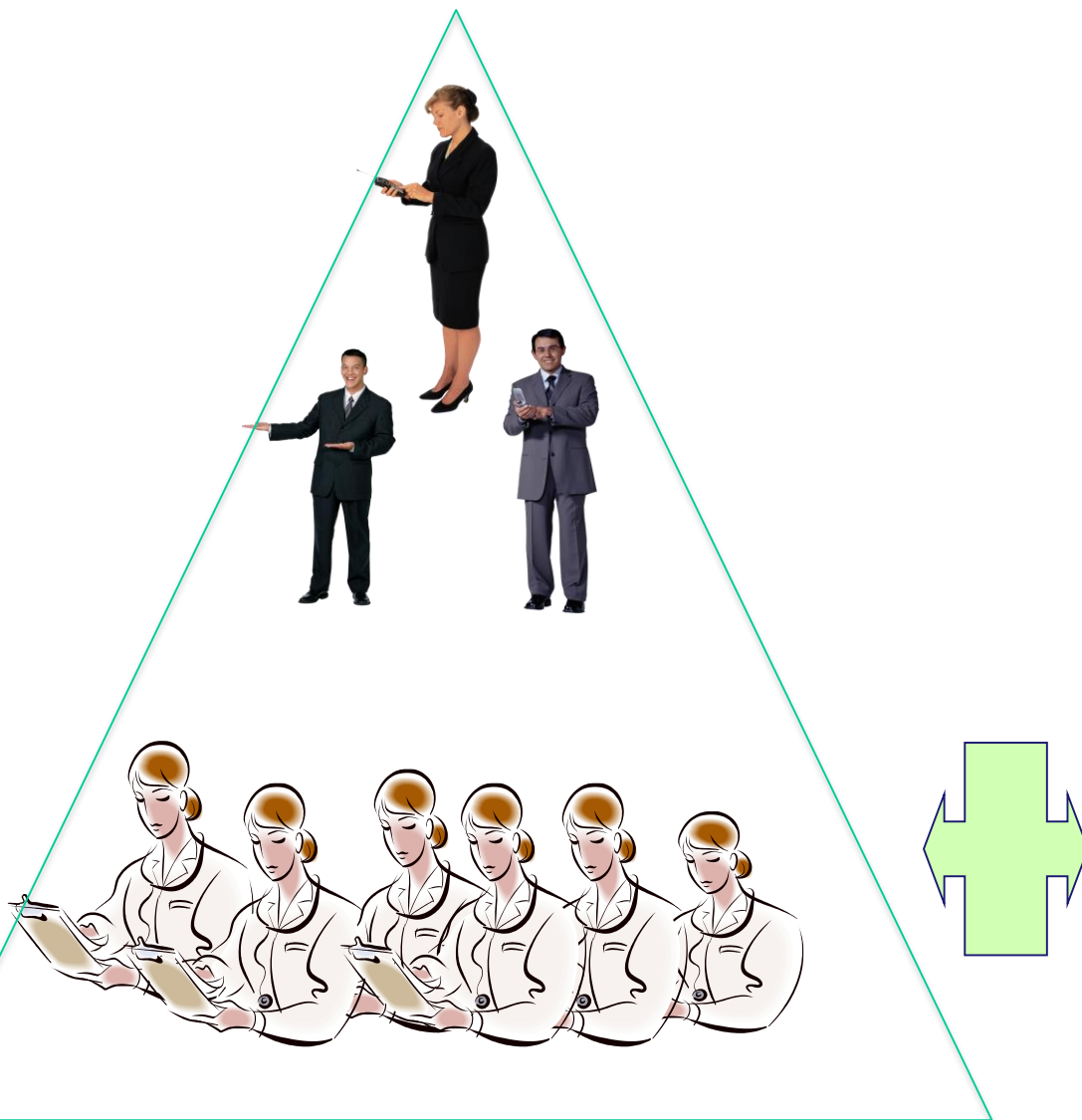
Bottom-up

et doivent
s'intégrer dans de
nouvelles
structures!

Mais le risque est grand qu'ils restent en bas !

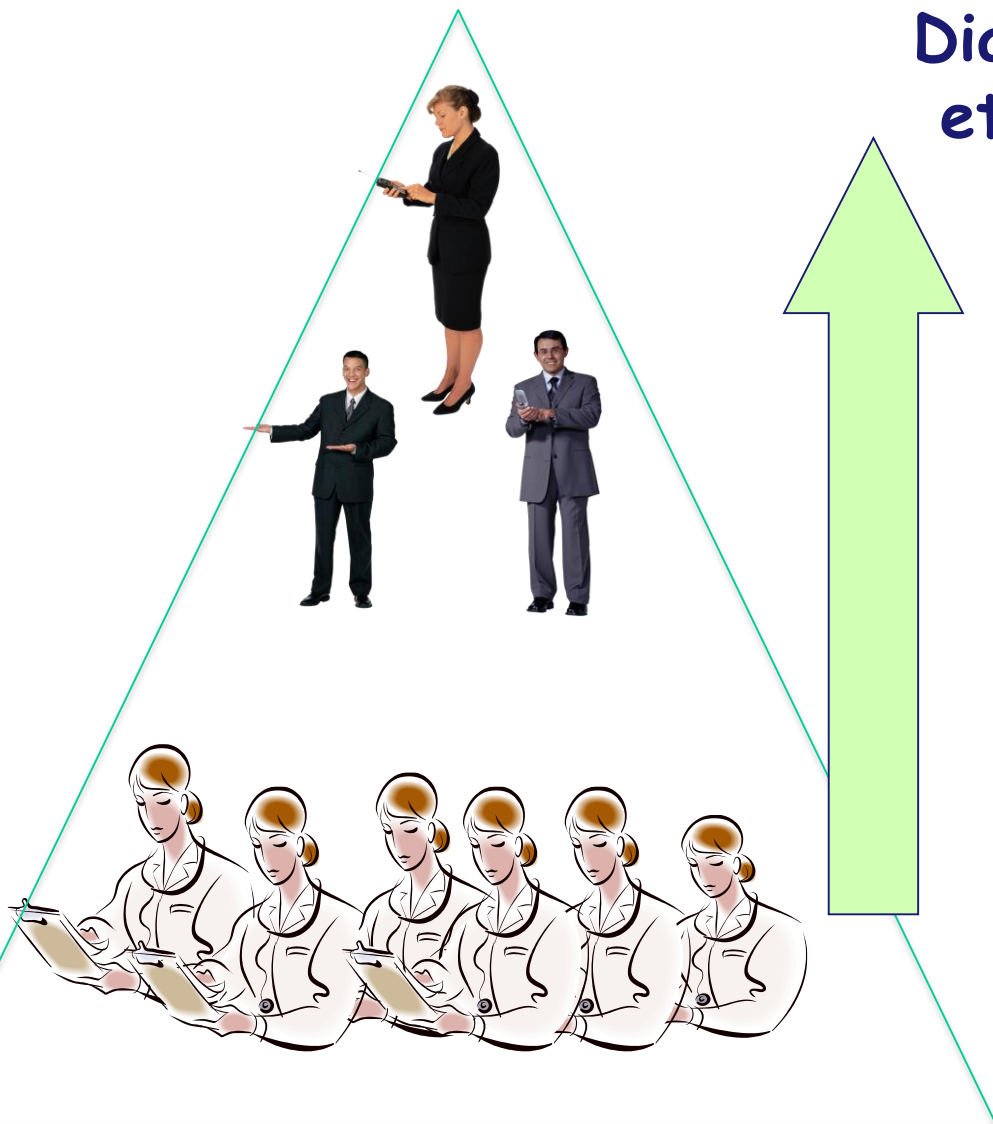
DOWN-DOWN

Réformes qui sont conçues par la base, souvent par des professionnels, pour le corriger une situation problématique, mais qui n'arrivent pas à s'intégrer dans de nouvelles structures. Projets pilotes qui ne se généralisent pas.



Les changements réussis

Dialectique entre **rationalité** et **émergence**



Pour réussir, un changement doit être simultanément une démarche délibérée, rationnelle, planifiée, décidée et mise en œuvre par les responsables administratifs et politiques du système de soins (**top-down**) et en même temps il faut qu'il soit un phénomène émergent qui se construit, acquière du sens et prend forme au cours de sa réalisation en fonction des initiatives des agents locaux (**bottom-up**)

4 - Paradoxe de la gouverne politique du changement

Les gouvernants dans les sociétés démocratiques sont élus par la population et doivent la gérer. La population sur laquelle s'exerce leur autorité et exactement la même que celle qui leur confère cette autorité. Plus leurs décisions de gestion sont dérangeantes, plus ils prennent le risque de perdre leur légitimité politique et donc leur capacité à mettre en œuvre des changements !!!!
D'autant plus que les qualités requises pour être élus ne sont pas nécessairement les mêmes que celles requises pour exercer les fonctions de gouvernance....

Source : M. Rocard (p38-39) In : Crépu, M ; Ferry, L ; Rocard, M ; Valadier, P. *Gouverner métier impossible* , Paris : Elema 2007

5 – Paradoxe des coalitions d'acteurs

Pour qu'un changement puisse se réaliser, il faut qu'une large coalition d'acteurs crédibles et influents à tous les niveaux du système appuie le projet de réforme. Or une réforme majeure, en provoquant des changements dans les structures et les pratiques, modifiera forcément les champs de pouvoir des acteurs. Et ce sont ceux qui ont le plus à perdre qui devraient appuyer la réforme pour qu'elle puisse réussir !

5 – Paradoxe des coalitions d'acteurs (suite)

Pour Martin Luther King « *L'histoire est la longue et tragique illustration du fait que les groupes privilégiés cèdent rarement leurs privilèges sans y être contraints. Il arrive que des individus soient touchés par la lumière de la morale et renoncent d'eux-mêmes à leurs attitudes injustes, mais les groupes ont rarement autant de moralité que les individus* ».

Martin Luter King (1963) dans : « lettre de la geôle de Birmingham »

Un rêve

Le processus de changement à mettre en œuvre pour réussir à réformer le système de santé en implantant des réseaux intégrés de soins de proximité centrés sur les besoins de la personne pourrait devenir le grand chantier de la réforme de la démocratie en montrant qu'il est possible de transformer les grandes institutions de l'État pour répondre de façon raisonnée aux attentes de tous les groupes de la société.

Le symposium d'aujourd'hui permet d'espérer qu'il ne s'agit pas seulement d'un rêve !