

AMQ

Médecins
EN ACTION

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC



RÉSUMÉ

Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé québécois

DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN MUTATION

Les systèmes de santé, au Québec comme ailleurs dans le monde occidental, sont l'objet de transformations majeures. Ces transformations visent à permettre à la société de relever les défis de plus en plus complexes d'accessibilité, de qualité, de pertinence et de coûts des soins et services de santé.

L'environnement dans lequel se pratique la médecine a beaucoup changé au cours des 30 dernières années. La très grande partie de ces changements survient hors du contrôle direct de la profession médicale. Ils sont démographiques, épidémiologiques, scientifiques, technologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels. Ils ont des effets sur l'ensemble du système de santé, sur la profession médicale et sur la santé de la population.

A. CROISSANCE ET CHANGEMENT DE NATURE DE LA DEMANDE

Sur le plan démographique, la population du Québec augmente et sa composition change. Le Québec comptera 9 millions d'habitants en 2026. Il est une des provinces canadiennes dont le vieillissement de la population est le plus rapide.

Sur le plan épidémiologique, l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont entraîné une amélioration considérable de l'espérance de vie, mais avec des conséquences inévitables : l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité. Ce double phénomène, associé au vieillissement, se traduit par une demande accrue en matière de santé et de services sociaux et, par le fait même, par une pression grandissante sur le système de soins appelé à répondre à ces besoins croissants.

Un autre facteur de croissance de la demande de soins est le pouvoir grandissant des patients. De plus en plus conscients de leurs droits, ils réclament la pleine accessibilité aux dernières innovations diagnostiques et thérapeutiques, que l'efficacité de celles-ci soit démontrée ou non. Le regroupement des patients en groupes de pression et l'utilisation systématique des médias traditionnels ou sociaux constituent le moteur des initiatives qui visent à influencer les décideurs.

En somme, la croissance de la demande et la plus grande complexité de cette demande auront un impact grandissant sur l'utilisation des soins et des services, tant en quantité qu'en qualité. Elle continuera de se développer dans un contexte démographique, épidémiologique, socio-économique et politique qui se transforme. Elle exigera un changement majeur tant des pratiques cliniques que de l'organisation des soins et des services.

B. CROISSANCE ET CHANGEMENT DE LA NATURE DE L'OFFRE

Le développement de nouvelles connaissances scientifiques et de nouvelles technologies est la principale variable de la croissance de l'offre de soins. La médecine est de plus en plus tributaire des technologies. On les utilise tant pour la prévention que pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou le maintien à domicile. Le domaine des technologies en santé inclut tous les médicaments, les équipements, les dispositifs médicaux, les implants ainsi que les systèmes de soutien nécessaires pour offrir des soins comme les processus de stérilisation, les systèmes d'information et les systèmes de télécommunication.

De nouvelles disciplines/technologies ont émergé, entraînant la transition vers une médecine dite « personnalisée », « prédictive » ou « de précision ». Il serait éventuellement possible de traiter chaque patient de façon individualisée, en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa maladie. La médecine dite « régénérative », permettant d'envisager le remplacement de cellules, de tissus ou d'organes endommagés, est également en marche.

Une autre variable qui influe sur l'offre de soins et de services est l'augmentation des ressources humaines et leur spécialisation.

Tant en médecine qu'en soins infirmiers, la spécialisation et la surspécialisation se sont accrues. La plupart des spécialités médicales ont développé des surspécialités. Même la médecine générale et la médecine de famille ont développé des créneaux spécifiques de pratique.

En corollaire, la complexité des besoins des patients et la spécialisation du personnel soignant requièrent de plus en plus d'interdisciplinarité.

Les nouvelles connaissances, les développements technologiques continus et la spécialisation plus poussée des professionnels de la santé continueront d'avoir un effet majeur sur l'offre de soins, notamment sur le volume et la complexité des activités cliniques offertes aux patients.

C. CROISSANCE DES DÉPENSES ET PRESSIONS POUR MAÎTRISER CETTE CROISSANCE

L'augmentation continue de la demande et de l'offre de soins et de services se traduit par une utilisation accrue des ressources et, conséquemment, par une augmentation des dépenses.

L'enjeu du financement des systèmes de santé par rapport à la croissance des dépenses est un enjeu critique dans tout le monde occidental. Les payeurs, qu'ils soient publics, comme les gouvernements, ou privés, comme les compagnies d'assurance, font face au même défi : trouver un équilibre entre l'accès, la qualité et les coûts.

Afin de relever ce défi, les payeurs ont adopté, au fil du temps, un certain nombre de stratégies, dont voici les principales :

- La première stratégie, la plus simple à appliquer, consiste à comprimer de façon paramétrique les budgets des établissements de santé, ce qui mène invariablement au rationnement des services.
- La deuxième stratégie est le regroupement/la fusion d'établissements avec l'intention d'améliorer la coordination et l'intégration des services, de réduire les fonctions administratives et la bureaucratie afin de réaliser des économies d'échelle. Au Québec et au Canada, cette stratégie a été populaire au cours des 15 dernières années et l'est encore, mais elle n'a pas apporté les résultats escomptés en matière d'amélioration des services et de maîtrise de la croissance des dépenses.
- La troisième stratégie, inspirée des entreprises manufacturières, est apparue dans le secteur de la santé, vers la fin des années 1990, aux États-Unis. Il s'agit de l'optimisation des processus, popularisée sous le nom de *Lean Management*. Au Québec, au gré des changements de gouvernement, cette approche a connu une certaine popularité, mais sans mécanisme formel et systématique de suivi.

- La quatrième stratégie est un peu le corollaire de la troisième. Oui, il est important qu'on fasse bien les choses mais est-ce qu'on fait les bonnes choses? Cette quatrième stratégie met l'accent sur la pertinence des activités cliniques et de gestion.
- Une dernière stratégie, le *Value-Based Health Care Delivery*, préconise la « valeur pour le patient » comme unité de mesure de base de la qualité. Sommairement, il s'agit du rapport entre 1) les résultats cliniques, définis par le patient et mesurés en fonction de l'état du patient sur la durée totale de l'épisode de soins et 2) les coûts de production des résultats sur la durée totale de l'épisode de soins.

Ces deux dernières stratégies ont particulièrement inspiré plusieurs pays, notamment les États-Unis (*Obamacare*), les pays scandinaves et l'Allemagne.

Quels que soient les choix du Québec, si rien ne change, la croissance continue des dépenses de santé risque de compromettre la viabilité de notre système public de santé. Des coupes paramétriques ne font qu'amplifier le risque et des réformes de structure seules donnent peu de résultats. Par ailleurs, il est de plus en plus reconnu qu'il y a assez d'argent dans nos systèmes de santé, tant au Québec qu'au Canada, et que la marge de manœuvre réelle, à court et à moyen termes, réside dans la transformation des pratiques cliniques et des pratiques de gestion clinique. Cette transformation passera par un travail d'équipe interdisciplinaire. Elle passera aussi par l'instauration de modes de budgétisation et de rémunération qui favorisent les résultats des interventions sur l'état de santé, la pertinence et la qualité des activités cliniques ainsi que l'efficacité des processus. Elle passera finalement par un processus d'évaluation des services et une demande accrue d'imputabilité en matière de résultats atteints et d'utilisation des services. À plus long terme, une meilleure responsabilisation des patients quant à leur maladie et à leur état de santé ainsi que des interventions individuelles et populationnelles sur les déterminants de la santé ont un grand potentiel de transformation des systèmes de santé. Cependant, pour y arriver, il faudra un *leadership* médical fort qui acceptera d'agir comme codécideur.

C'est ce genre de transformation que des pays comme le Danemark et la Suède et des organisations américaines comme Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Geisinger Health System sont en voie de réaliser.

LA PROFESSION MÉDICALE DANS UN SYSTÈME EN TENSION

Les systèmes de santé et la profession médicale font partout dans le monde occidental l'objet de tentatives de régulation de plus en plus importantes. Cette régulation est la conséquence de la tension qui existe entre quatre logiques de régulation :

- La logique du marché : la population;
- La logique professionnelle : les professionnels et les organisations pour lesquelles elles travaillent;
- La logique technocratique : les organismes payeurs et l'appareil gouvernemental;
- La logique politique : l'État.

Depuis l'implantation des programmes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, l'évolution de ces logiques de régulation a été influencée par les intérêts souvent divergents qui correspondent à la rationalité des quatre groupes d'acteurs.

Cette évolution a engendré un environnement complexe où les logiques dites professionnelle, technocratique et politique se confrontent et s'annulent, et où aucun groupe d'acteurs ne peut prétendre avoir le monopole de la régulation des systèmes de santé. Cette confrontation a été exacerbée par l'adoption du projet de loi 10, qui a consacré le contrôle direct de l'État sur la gouvernance et la gestion du système de soins.

Quant au public, les résultats du sondage commandé par l'AMQ en avril 2015 indiquent que, même si la population fait globalement encore confiance à la profession médicale, des points de tension sont palpables. Ces tensions sont principalement liées aux problèmes d'accessibilité et à la perception que les privilèges des médecins sont trop importants par rapport à leurs obligations.

Dans ce contexte, le principal défi de la profession médicale consiste à garder la confiance de la population. Cette confiance est le socle du contrat implicite entre la profession médicale et la société québécoise.

LE PROFESSIONNALISME MÉDICAL ET LA GOUVERNANCE CLINIQUE AILLEURS DANS LE MONDE

On peut observer l'évolution du rôle et de l'influence de la profession médicale au sein de la société et au sein des systèmes de santé en regardant l'évolution du professionnalisme médical et celle de la gouvernance clinique. Les transformations de l'environnement médical ont modifié les dynamiques professionnelles modernes.

Les termes du contrat social ont évolué. Ce contrat, qualifié de contrat implicite, suppose une entente entre la communauté médicale et la société.

En vertu de ce contrat implicite, les attentes de la profession médicale sont principalement :

- Autonomie professionnelle;
- Confiance;
- Monopole;
- Statut social et récompense appropriée;
- Autorégulation;
- Influence sur le fonctionnement du système de santé.

Quant aux attentes de la société, elles peuvent se résumer de la façon suivante :

- Disponibilité du soignant;
- Compétence clinique;
- Altruisme;
- Moralité et intégrité;
- Promotion de l'intérêt public;
- Transparence;
- Imputabilité.

Les discussions sur ce contrat social ont eu des échos dans d'autres pays et les réponses aux problématiques observées n'ont pas toujours été identiques.

Aux États-Unis, la discussion sur l'évolution du contrat social et le professionnalisme médical a été le fer de lance de l'American Board of Internal Medicine (ABIM), qui propose un changement majeur de paradigme en misant sur l'imputabilité, le travail d'équipe et la responsabilité partagée.

Au Royaume-Uni, c'est une série de scandales impliquant des médecins qui a relancé le débat sur le professionnalisme médical. Les pressions de la population et des médias ont entraîné la rupture du contrat social implicite entre la profession médicale et la société du Royaume-Uni, contrat qui était en cours depuis plus de 150 ans. Un des impacts majeurs de cette rupture fut la fin du modèle d'autorégulation de la profession médicale.

En France, la médecine libérale est encore très présente. Elle se caractérise par son opposition au contrôle de l'État sur la profession médicale. Pour les médecins libéraux, le libre choix du médecin et de son patient, la liberté d'installation, la liberté du dépassement d'honoraires et le refus du tiers payant sont des éléments constitutifs de l'identité libérale de la médecine française.

À l'opposé, dans les pays scandinaves, comme la Suède et le Danemark, les médecins collaborent avec les décideurs gestionnaires depuis plus longtemps. Les médecins occupent des postes de gestion dans les organisations locales, régionales, nationales. Ils ont intégré le rôle de gestionnaire dans leur définition du professionnalisme médical.

On voit donc que, dans plusieurs pays, les termes du contrat social implicite entre la profession médicale et la société sont remis en question par l'évolution de l'environnement et celle des attentes des deux partenaires au contrat. Les manifestations de cette remise en question varient selon les pays, mais l'enjeu demeure le même : le lien de confiance entre la société et la profession médicale.

| Évolution de la gouvernance clinique

Les mutations dans les systèmes de santé et dans l'environnement de la pratique médicale ont engendré un niveau élevé de complexité organisationnelle et d'interdépendance entre les acteurs. Les organisations de santé et les médecins ne peuvent plus travailler chacun de leur côté sans collaborer.

Depuis le début des années 1970, le leadership médical s'exerce de différentes façons au Québec, au gré des changements législatifs et des réformes. Cependant, peu d'efforts ont été consacrés au développement d'une vision intégrée, à la rémunération des médecins pour ces fonctions et à leur formation en *leadership* et en gestion.

Aux États-Unis, l'American Medical Association et l'American Hospital Association se sont positionnés conjointement en mettant de l'avant six principes de succès pour assurer une intégration médico-administrative efficace :

- Des leaders médicaux et d'organisations de santé ayant une vision, des valeurs et des attentes communes.
- Une structure interdisciplinaire qui soutient la collaboration entre médecins et gestionnaires.
- Un *leadership* clinique intégré des médecins et des gestionnaires.
- Un partenariat de collaboration et de participation basé sur la confiance mutuelle.
- Un partage ouvert et transparent de l'information clinique et de gestion.
- Une infrastructure de systèmes d'information permettant la mesure d'indicateurs de performance.

Au Canada, des initiatives intéressantes ont été mises en place, mais de façon isolée. Par ailleurs, les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation canadienne sur l'amélioration des services de santé ont financé un projet de recherche sur la participation des médecins et sur le *leadership* médical pour l'amélioration du système de santé canadien. Parmi les principaux constats de l'étude, soulignons que le *leadership* et la participation du médecin constituent des éléments essentiels des systèmes de santé performants. Toutefois, cette participation ne se fait pas de façon automatique et les organisations doivent adopter une série de stratégies et de processus pour faciliter la participation des médecins.

En somme, les changements majeurs dans la société et dans l'environnement des services de santé ont provoqué une remise en question du rôle des médecins, à la fois comme soignants et comme professionnels. Le concept de professionnalisme médical s'est élargi pour inclure des responsabilités en matière de relations avec la société. On parle d'un nouveau contrat social, non plus uniquement entre un médecin et son patient, mais aussi entre les médecins et la société. Par ailleurs, de la même façon dont le professionnalisme médical s'est élargi, la relation entre les médecins et les administrateurs des organisations de santé se transforme. Historiquement, ces deux acteurs clés pouvaient fonctionner en parallèle, sans avoir à travailler en étroite collaboration. Aujourd'hui, ils doivent reconnaître leur interdépendance face à la mission d'offrir les meilleurs soins aux meilleurs coûts. Ces deux acteurs clés développent de nouveaux moyens de collaborer. On parle dorénavant de gouvernance clinique, de *leadership* médical, de *leadership* intégré. Le Québec, encore plus que le reste du Canada, commence à peine à reconnaître ces enjeux et à relever les défis qu'ils comportent.

LA POSITION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

L'Association médicale du Québec affirme les principes suivants concernant le rôle des médecins dans la gouvernance clinique :

A. LES PRINCIPES RELIÉS AUX RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS

| La responsabilité populationnelle

Le professionnalisme médical n'englobe pas seulement l'engagement personnel des médecins envers le bien-être de leurs patients, mais également les efforts collectifs visant à améliorer le système des soins de santé pour le bien-être de la société. En ce sens, les médecins ont, individuellement et collectivement, une responsabilité populationnelle qu'ils sont prêts à assumer.

| L'engagement de la profession médicale

L'engagement actif de la profession médicale dans la gouvernance et dans la gestion du système de santé et de ses institutions est essentiel pour assurer le meilleur équilibre entre l'accessibilité, la pertinence, la qualité des soins et l'utilisation optimale des ressources limitées.

| Les ententes contractuelles avec les groupes de médecins

Des ententes contractuelles devraient être instaurées pour préciser les rôles, les responsabilités et l'imputabilité des médecins. Ces ententes devraient prévoir l'atteinte de résultats (*outcomes*), ce qui aurait pour effet de déplacer l'incitatif de la rémunération du « volume » vers la « valeur ».

B. LES PRINCIPES RELIÉS AUX RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS ET DE LEURS PARTENAIRES

| L'imputabilité et la responsabilité conjointes des médecins et des gestionnaires

Il est indispensable d'introduire des mécanismes qui assureront l'imputabilité et la responsabilité conjointes des médecins et des gestionnaires.

| L'interdisciplinarité

Les nouvelles connaissances, les développements technologiques continus, la spécialisation de plus en plus poussée des professionnels de la santé et la complexité des besoins des patients commandent de plus en plus un travail interdisciplinaire.

C. LES PRINCIPES « STRUCTURANTS » OU SYSTÉMIQUES

| Le partage de l'information clinique

Un partage ouvert et transparent de l'information clinique et de gestion, sur tout le continuum de soins et par tous les intervenants, est indispensable à l'amélioration des soins.

| La mesure d'indicateurs clés de performance

Une infrastructure de systèmes d'information clinique est primordiale pour permettre de colliger et de mesurer les indicateurs clés de performance en matière de qualité clinique et d'efficience.

| Les incitatifs reliés aux modes de rémunération

Il faut revoir l'équilibre entre les différents modes de rémunération des médecins. Il faut résolument réduire l'importance du paiement à l'acte et privilégier un mode de rémunération mixte où la capitation et le salariat sont davantage valorisés.

| La formation en gestion et en *leadership*

La formation en gestion et en *leadership* doit être accessible aux médecins afin de mieux assumer leur rôle et leurs responsabilités.

| Les sources d'inspiration

Les principes explicités plus haut sont inspirés de l'analyse des facteurs environnementaux qui ont permis le succès, en matière de *leadership* médical et de gouvernance clinique, de plusieurs organisations et systèmes de soins : Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Geisinger Health System, Virginia Mason Medical Center, Intermountain Healthcare, Taber Integrated Primary Healthcare Project et de systèmes de santé comme les systèmes danois et suédois.

L'AMQ s'est aussi inspirée de la stratégie proactive et alerte de l'Association médicale danoise qui s'est positionnée, de façon positive, comme partenaire essentiel du gouvernement dans la gestion du système de santé. L'AMQ se définit comme une organisation médicale légitime et crédible, non conflictuelle, préoccupée par l'avenir de notre système de santé et qui souhaite ardemment contribuer à le rendre plus efficace, plus efficient et plus équitable pour le bien de notre population et de notre société.

L'AMQ a également tenu compte de nombreux avis académiques et professionnels qui militent en faveur d'un *leadership* intégré médecins – administrateurs pour faire face aux défis de l'avenir des systèmes de santé.

Enfin, et c'est peut-être là le cœur de notre réflexion, l'AMQ veut miser sur l'intelligence de la population du Québec qui est sans doute prête à entendre des propositions de la profession médicale sur des sujets autres que la rémunération et le volume d'actes.

ÉDITION

Rédaction

Léonard Aucoin, M. Ps., MPH
Consultant, InfoVeille Santé

Direction

Normand Laberge

Conception graphique

ebad.ca / Isabelle Lemay

Révision

Rédaction Frédéric Desjardins inc.

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

380, rue Saint-Antoine Ouest

Bureau 3200

Montréal (Québec) H2Y 3X7

Téléphone : 514 866-0660

Site Internet : www.amq.ca

© Association médicale du Québec, 2015

Ce document est disponible gratuitement sur le site Internet de l'AMQ. La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.