

APRÈS L'AMPUTATION : SURMONTER LA DOULEUR FANTÔME

La Loi 10⁽¹⁾ est maintenant pleinement opérationnelle,
du moins dans ses aspects les plus structurants.

Quelque 18 mois après son adoption, il convient de jeter un œil critique sur les effets de cette gigantesque réforme. Nous tenterons dans un premier temps de situer cette réforme dans le continuum de l'évolution du réseau de la santé depuis l'existence de notre réseau public en analysant quelques-unes de ses caractéristiques. Nous verrons ensuite comment les profonds changements structurels apportés par la Loi 10 ont perturbé les relations déjà fragiles entre les univers administratif et clinique qui cohabitent dans nos établissements. Enfin, nous exposerons les conditions de succès qui permettront l'émergence d'une gouvernance clinique optimale susceptible de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

UN REGARD VERS LE PASSÉ

De nombreuses commissions et de multiples comités et groupes de travail ont été mis sur pied au cours du dernier demi-siècle pour suggérer des correctifs au fonctionnement de notre système de santé. Pour les fins du présent article, nous avons choisi de retenir les trois qui nous apparaissent les plus porteurs et qui ont entraîné une réforme majeure.

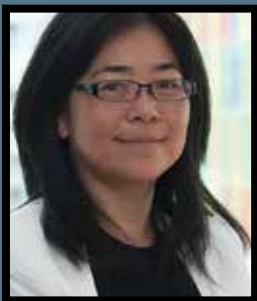
La Commission Castonguay-Nepveu

En 1961, le gouvernement fédéral crée la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Empiétant résolument sur les domaines de juridiction provinciale, la commission propose un régime d'assurance maladie national.

En 1966, le gouvernement du Québec, alors dirigé par Daniel Johnson, réplique en mettant sur pied la Commission Castonguay-Nepveu. Après quatre ans de travaux, la commission accouche d'un volumineux rapport. Le fait marquant du rapport est sans conteste la recommandation de mettre en place un régime universel d'assurance maladie⁽²⁾. En 1970, le gouvernement adopte la *Loi sur l'assurance maladie*, devenant ainsi la dernière province au Canada à adopter une telle mesure⁽³⁾.

L'État se substitue donc aux communautés religieuses et prend les commandes d'un système public et universel de soins de santé.

L'élimination des
contrepouvoirs
constitue un
virage majeur
dans la culture
de notre réseau.



YUN JEN, M.D. FRCPC

Présidente, Association médicale du Québec
Crédit photo : www.emiliepelletier.ca

La Commission Rochon

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, présidée par le Dr Jean Rochon, rend son rapport public en février 1988. La commission propose notamment de maintenir l'universalité et la gratuité des soins de santé, de régionaliser les ressources et les centres de décision, ainsi que d'abolir les Conseils régionaux (CRSSS) pour les remplacer par des régies régionales⁽⁴⁾.

L'une des pièces maîtresses du rapport est reliée à la régionalisation. En confiant aux régions des pouvoirs accrus, la commission veut faire échec aux groupes de pouvoir nationaux qui, selon elle, paralysent les centres de décision et exercent une pression indue sur le niveau central. Il est facile de penser aux syndicats, aux corporations professionnelles, aux fédérations médicales et aux associations d'établissements, à l'époque fort nombreuses. La commission va jusqu'à proposer un pouvoir de taxation régional, une avenue que ne retient pas le gouvernement.

La Commission Clair

Mise sur pied en 1999, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Michel Clair, concentre surtout ses travaux sur l'amélioration de la première ligne, en particulier pour recommander des pouvoirs accrus sur le plan local. C'est à elle qu'on doit la recommandation de créer des groupes de médecine de famille (GMF) axés sur la prise en charge des populations dans une optique de multidisciplinarité⁽⁵⁾. D'ailleurs, le rapport Castonguay sur le financement de système de santé, rendu public en 2008, recommandait également le développement de la première ligne et proposait aussi une forme de décentralisation de la gouvernance.

Qu'ont en commun ces commissions ?

Elles ont d'abord été formées d'experts issus de milieux cliniques ou universitaires variés. Elles se sont toutes appuyées sur des travaux de recherche exhaustifs, réalisés par des experts reconnus et indépendants sur le plan politique. Enfin, elles ont toutes adopté des mécanismes de consultation permettant d'entendre des groupes représentatifs de la population et des organisations parties prenantes.

UNE AUTRE RÉFORME

À la lumière de ces quelques repères historiques, il est intéressant d'analyser les principales caractéristiques de la réforme mise en œuvre par le gouvernement actuel. On peut d'abord se poser une question fondamentale : s'agit-il d'une réforme ou plutôt d'une stratégie de gestion radicalement différente ? Quelle que soit la réponse, on peut caractériser la réforme de la façon suivante :

Contrairement aux réformes qui ont suivi les rapports des commissions Castonguay-Nepveu, Rochon et Clair, celle du gouvernement actuel ne s'appuie sur aucune évaluation scientifique des problèmes qui minent notre système de santé et des solutions envisagées. Le diagnostic est celui d'un seul homme.

L'élimination des contre-pouvoirs constitue un virage majeur dans la culture de notre réseau. En écartant une association d'établissements presque centenaire (et plusieurs autres, celles-là sectorielles), celle de cadres supérieurs expérimentés, et en diluant les recours des comités d'usagers, le gouvernement envoie le message très clair qu'il est le seul maître à bord et qu'il ne tolérera aucune critique. Le dernier clou dans le cercueil des contre-pouvoirs est l'abolition du poste de Commissaire à la santé et au bien-être⁽⁶⁾, une décision unanimement décriée, ou presque, si on tient compte du mutisme stratégique des fédérations médicales.

La réforme confirme le choix gouvernemental de consacrer l'environnement hospitalocentrique comme étant le cœur de notre système. Les compressions massives en santé publique sont un indicateur qui ne trompe guère à cet égard.

La réforme constitue une centralisation sans précédent des pouvoirs, qui excède même la centralisation du début des années 1970, à l'époque de l'attribution, à chacun des établissements, des budgets « ligne par ligne » par le ministère des Affaires sociales. Les pouvoirs conférés au ministre par la Loi n'ont pas d'équivalent dans les systèmes de soins des pays occidentaux.

En somme, lorsqu'on analyse la récente réforme, on a l'impression plutôt paradoxale que le gouvernement tente de faire le contraire de tout ce qui a été fait dans le cadre des réformes précédentes, pour chercher à atteindre exactement les mêmes objectifs.

LE CHOC DE L'AMPUTATION

Il faudra sans doute plusieurs années pour évaluer l'atteinte des résultats escomptés par le gouvernement. Rappelons que dans les notes explicatives accompagnant le projet de loi, il est mentionné que ce dernier vise à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à accroître l'efficacité et l'efficacé de ce réseau.

Objectif ambitieux, s'il en est un

La réforme pilotée par le ministre Barrette a été qualifiée de brutale par de nombreuses organisations. Dans la littérature sur la gestion du changement, plusieurs auteurs estiment que les projets de réforme qui visent à implanter des changements importants de façon très rapide dans les systèmes de santé non seulement entraînent des bouleversements importants, mais ne contribuent guère à modifier en profondeur les pratiques et les façons de faire^(7, 8, 9).

La vitesse d'exécution qu'a choisie le gouvernement répondait sans doute à des impératifs politiques murement réfléchis. Elle a cependant eu un coût, tant sur les plans humain qu'organisationnel.

La gouvernance clinique n'appartient ni à l'État, ni aux seuls médecins. C'est clairement une responsabilité partagée.

Médecins, infirmières, autres professionnels, cadres, employés de soutien dans les secteurs administratif ou technique, toutes les personnes qui œuvrent quotidiennement dans le réseau de la santé ont, à des degrés divers, encaissé les contrecoups de la réforme. On pourrait parler de drames humains, surtout quand on regarde le sort des quelque 1 300 cadres qui se sont vu signifier que, du jour au lendemain, après avoir consacré leur vie professionnelle au service des usagers du système de santé, leurs services n'étaient plus requis.

Pour sa part, l'Association médicale du Québec (AMQ) s'est surtout intéressé à l'effet de la réforme sur la gouvernance clinique. En effet, la restructuration du réseau pose des défis particulièrement aigus pour les médecins qui occupent (ou qui souhaitent occuper dans l'avenir) des fonctions médico-administratives au sein des nouveaux mégaétablissements. Dans le mémoire qu'elle a déposé et défendu lors de la commission parlementaire sur le projet de loi 10, l'AMQ avait mis le législateur en garde contre la création de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de très grande taille dans certaines régions⁽¹⁰⁾.

L'AMQ avait alors fait valoir notamment qu'il était extrêmement difficile de concevoir qu'un seul Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) puisse exercer de façon efficace l'ensemble des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi. Par définition, ces responsabilités s'exercent sur le plan local. Un mégaCMDP relevant d'un mégaétablissement ne peut, selon nous, remplir adéquatement sa mission. Un aperçu des tâches à faire montre l'ampleur du travail à accomplir : refaire et unifier des règlements de régie interne, redéfinir la composition du comité exécutif et la représentation de ses membres, participer à la fusion et à la redéfinition des plans d'organisation clinique, unifier les recommandations sur les règles de soins médicaux incluant les règles d'utilisation des médicaments ainsi que les ordonnances collectives, uniformiser et coordonner la participation de ses membres aux activités de l'établissement sur un vaste territoire, poursuivre son mandat de recommandation d'organisation technique et

scientifique du centre et la distribution appropriée des soins médicaux, etc.

Devant un tel ordre du jour, il ne faut pas se surprendre que plusieurs médecins aient eu le réflexe de baisser les bras. Mais pas tous.

À l'occasion du tout premier colloque à l'intention des médecins gestionnaires qu'elle organisait en novembre 2015, l'AMQ a été à même de constater que de nombreux médecins ont choisi d'approuver la réforme, de la mater en quelque sorte. Ils et elles ont choisi de profiter de ce « nouvel espace de leadership à occuper » pour reprendre l'expression du Dr Denis A. Roy⁽¹¹⁾.

Certes, plusieurs de ces médecins ont avoué être quelque peu désemparés devant l'ampleur de la tâche. « J'ai perdu mes repères » est une remarque entendue fréquemment lors de cet événement. Les médecins ont clairement exprimé leur malaise envers un changement de paradigme majeur qui, de toute évidence, va bouleverser les relations déjà complexes entre les univers clinique et administratif de nos établissements.

En même temps, on a senti chez plusieurs médecins cette volonté d'aller de l'avant, de mettre l'épaule à la roue et de s'investir à fond afin de contribuer à créer cette synergie indispensable à l'atteinte des objectifs d'accessibilité et de qualité des services.

En somme, il n'est certes pas exagéré de constater que la réforme majeure du gouvernement s'apparente à une amputation. Reste maintenant à surmonter la douleur fantôme.

SURMONTER LA DOULEUR FANTÔME

Le gouvernement a beaucoup insisté sur le fait que l'intégration de l'ensemble des services à la population est au cœur de la réforme. Cette intégration pose des défis de taille. Examinons-en trois.

Il faut, dans un premier temps, assurer une transition harmonieuse de la médecine de famille, qui sera appelée à composer avec la diminution de l'importance des activités médicales particulières en établissement pour faciliter la prise en charge des patients en première ligne, en groupe de médecine de famille (GMF) ou en clinique.

Il faut aussi s'assurer que les services sociaux ne deviennent pas les parents pauvres des nouvelles organisations. Il faut à tout prix éviter que l'hospitalocentrisme n'étouffe ces fonctions vitales qui, souvent, par un travail essentiel en amont, préviennent le recours à des ressources institutionnelles lourdes et coûteuses.

Enfin, la santé publique est appelée à jouer un rôle clé dans les nouvelles organisations unifiées. L'intégration de la fonction santé publique au sein des CISSS et des CIUSSS change la donne complètement. Certains pourraient y voir là une situation

périlleuse pour cette fonction. L'AMQ croit au contraire que ce changement pourrait constituer un levier permettant de rapprocher la fonction santé publique des milieux professionnels cliniques et intégrer ainsi la prévention au continuum de services de santé.

Il est impossible d'envisager de relever ces trois défis (et la liste est loin d'être exhaustive) en se privant de la contribution des médecins. Et c'est là qu'entre en jeu la gouvernance clinique. Le Dr Denis A. Roy a fort bien résumé cet enjeu :

« La gouvernance clinique repose sur une responsabilité clinique et administrative partagée : aux cliniciens d'adapter leur pratique en fonction des ressources limitées, aux gestionnaires d'intégrer l'objectif des soins dans leurs décisions. Cet idéal de cogestion mise à la fois sur les connaissances des professions cliniques et sur les savoirs propres à la gestion et à la gouvernance. Il est plus que jamais temps de conjuguer ces expertises complémentaires, essentielles à un système performant »⁽¹¹⁾.

La gouvernance clinique n'appartient ni à l'État, ni aux seuls médecins. C'est clairement une responsabilité partagée. Si l'État devait commettre l'erreur de s'approprier les rênes de la gouvernance clinique et, actuellement, la lecture de l'environnement nous laisse entrevoir un risque significatif que cela se produise, la médecine ne serait plus une profession.

LES PRINCIPES DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Dans un document de réflexion portant sur le rôle de la profession médicale dans la gouvernance clinique, rendu public au début de l'année 2016, l'AMQ prend clairement position sur les principes qui devraient guider les médecins dans la gouvernance clinique⁽¹²⁾.

Ces principes, au nombre de neuf, ont été classés en trois catégories.

1. LES PRINCIPES RELIÉS AUX RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS

Ces principes relèvent principalement, quoique pas exclusivement, des médecins. Chose certaine, ils ne peuvent pas se traduire en résultats concrets sans la participation engagée et active de la profession médicale.

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.

logic-contrôle inc.

équipement de stationnement
et sécurité de bâtiment

RBQ : 2313-8282-57

division de globatech

Depuis 1985, **logic-contrôle** conseille sa clientèle dans le choix de l'équipement lui permettant de gérer et de rentabiliser ses stationnements, ainsi que de contrôler et de sécuriser les accès aux bâtiments.

logic-contrôle est le leader incontesté dans la fourniture et l'installation d'équipements de stationnement. Il travaille en partenariat avec plus de 90 % des gestionnaires de stationnements des hôpitaux du Québec et la majorité des édifices à bureaux de la province.

logic-contrôle offre et installe un vaste choix d'équipement et de produits pour :

- ✓ le contrôle des accès et la perception des revenus de stationnement
- ✓ le contrôle des accès à un bâtiment
- ✓ l'identification du personnel
- ✓ les systèmes de caméras et de vidéosurveillance
- ✓ la détection de gaz nuisibles et combustibles
- ✓ les tours de garde automatisés
- ✓ les appels de garde

logic-contrôle maîtrise et utilise la technologie TCP / IP et offre des solutions intégrées efficaces.

CONTACTS

Région de l'Ouest: SYLVAIN BRISEBOIS, directeur des ventes → tel: 514-493-1162 x 5250 / fax: 514-493-8788 / sbrisebois@globatech.ca

Région de l'Est: GERMAIN LABRECQUE, directeur des ventes → tel: 418-686-2300 x 2226 / fax: 418-682-5421 / glabrecque@globatech.ca

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

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

On ne peut certes pas faire porter le fardeau du succès de la nouvelle gouvernance clinique sur les seules épaules des médecins. Le temps est révolu où la profession médicale devait porter seule la responsabilité des failles de notre système, tant aux yeux du gouvernement que de la population en général. Le respect des deux principes suivants commande maintenant l'engagement de toutes les parties prenantes.

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 plus que jamais un travail interdisciplinaire.

3. LES PRINCIPES « STRUCTURANTS » OU SYSTÉMIQUES

Ces principes, en raison de leur caractère très structurant, commandent nécessairement l'intervention vigoureuse du gouvernement et autres parties prenantes. Ils nécessitent des investissements à long terme en temps et en énergie, mais surtout une volonté très affirmée d'aller de l'avant dans une perspective de reddition de comptes publique et de transparence, le tout en surmontant les obstacles bureaucratiques et professionnels.

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.

À l'occasion de son congrès annuel, en avril 2016, l'AMQ a rendu publics les résultats d'un sondage administré auprès des médecins québécois. Ce sondage a démontré que les médecins québécois appuyaient massivement la grande majorité de ces principes de gouvernance.

L'AMQ est fermement convaincue que les médecins du Québec sont prêts à relever le défi de la nouvelle gouvernance clinique. Si les conditions environnementales sont au rendez-vous, les médecins le seront également. ///

Références bibliographiques

1. ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, R.L.R.Q., c. O-7.2, Québec, Éditeur officiel du Québec.
2. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL - QUÉBEC, Claude Castonguay et Gérard Nepveu [Commissaires] (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 7 volumes.
3. ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (1970). *Loi sur l'assurance maladie*, R.L.R.Q., c. A-29, Québec, Éditeur officiel du Québec.
4. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX - QUÉBEC, Jean Rochon [Commissaire] (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec.
5. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX - QUÉBEC, Michel Clair [Commissaire] (2000). *Rapport et recommandations - Les solutions émergentes*, Québec, Publications du Québec.
6. DAOUST-BOISVERT, Amélie (2016). « L'indépendance dans le réseau de la santé mise à mal ». *Le Devoir* (22 mars 2016). En ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/466058/jacques-nadeau-le-devoir-robert-salois-inquiet-pour-l-independance-dans-le-reseau-de-la-sante>
7. CONTANDRIPOULOS, Damien et coll. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. En ligne : <http://www.csssante.com/sites/www.csssante.com/files/memoirecontandriopoulosetal.pdf>
8. DENIS, Jean-Louis (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*, Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : La Commission Romanow, étude n° 36.
9. BAREIL, Céline (2015). « Leviers d'accompagnement d'une transformation réussie : gouvernance, structure, méthodologie et rôles », *Le point en santé et services sociaux*, 11 (n° 1).
10. ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2014). *Mémoire sur le projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. En ligne : <http://www.amq.ca/documents/PL10-memoire-AMQ.pdf>
11. ROY, Denis A. (2015). « La gouvernance clinique à l'heure du PL10 : un nouvel espace à occuper », *Le Point en santé et services sociaux*, 11 (n° 1), 75-78.
12. ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2015). *Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé québécois*. En ligne : http://www.amq.ca/images/Prises_de_position/Rapport_Gouvernance_m%C3%A9dicale_FINAL2.pdf