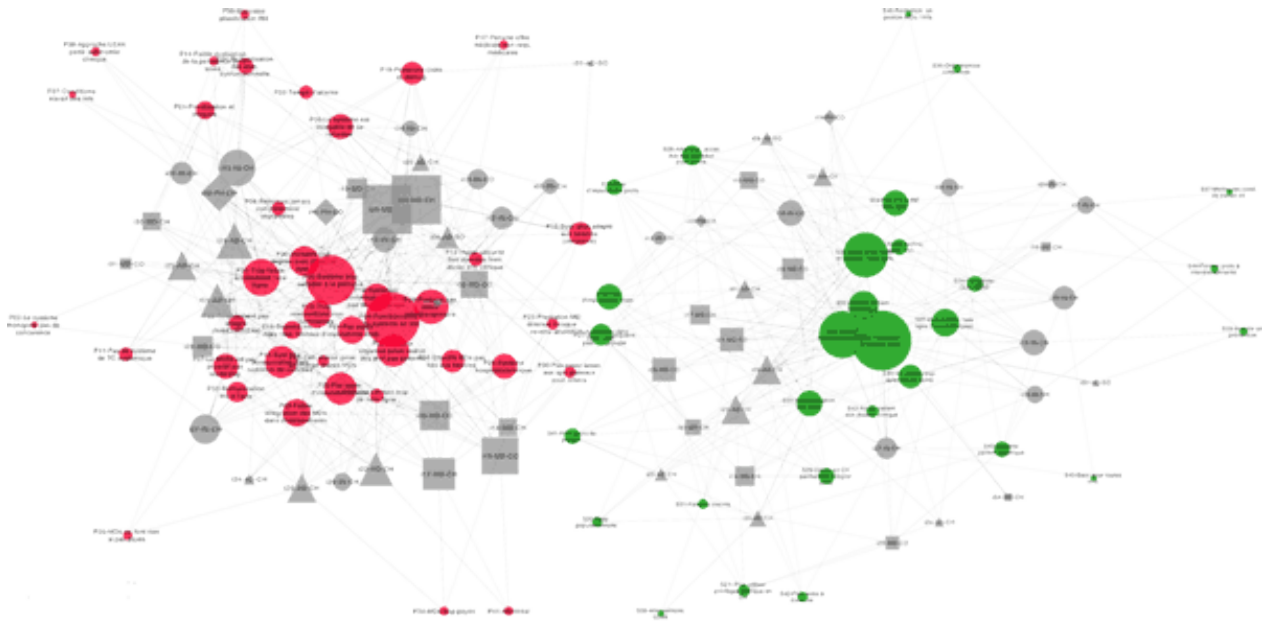


Comment réformer le système de santé ?



Rapport de recherche

Perceptions des acteurs-clés des forces du système de santé au Québec,
des problèmes et des solutions pour améliorer la performance et garantir sa
pérennité

Introduction

L'analyse des différentes réformes mises en place au Québec ces 20 dernières années suggère que plusieurs éléments centraux pour l'atteinte des objectifs mis de l'avant ont été systématiquement mis de côté malgré des changements structurels importants (Contandriopoulos & Brousselle, 2010). Ceci explique en partie que les résultats attendus, en termes de performance et d'organisation des services, n'ont pas été atteints (Contandriopoulos & Brousselle, 2010). On observe par ailleurs une convergence importante entre les données scientifiques disponibles et les recommandations des commissions publiques (Castonguay-Nepveu Commission, 1967-1970; Clair Commission 2000; Contandriopoulos & Brousselle, 2010; Rochon Commission, 1988; Romanow, 2002). L'obstacle principal à la mise en œuvre des réformes n'est donc pas attribuable au manque de connaissances ou de données (Lewis, 2007), mais semble plutôt relever de questions politiques.

L'objectif de ce projet est d'analyser la position des acteurs-clés du système de santé concernant les forces, les problèmes et les solutions afin d'améliorer la performance et la pérennité du système. Il s'agit de trouver des pistes consensuelles qui permettraient d'implanter les changements nécessaires à l'amélioration de notre système de santé. Ce projet comprend deux étapes : une série d'entrevues avec des acteurs-clés et un sondage auprès des médecins, infirmières et administrateurs du réseau de la santé. Nous présentons ici les résultats des analyses des entrevues.

Méthodes

En 2013, des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de 32 informateurs clés, choisis parce qu'ils occupent ou ont occupé des positions structurantes dans des organisations susceptibles d'influencer l'évolution du système de santé dont, notamment, des présidents d'associations professionnelles, des directeurs d'ordres et collèges professionnels, des doyens des facultés de médecine et des sciences infirmières, des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires, d'Agences de santé et des services sociaux et des CSSS, de même que des cadres supérieurs au MSSS. Toutes les personnes contactées ont accepté de nous rencontrer en entrevue, sauf deux acteurs. Lors des entrevues, nous avons cherché à documenter les perceptions des acteurs concernant les forces du système de santé actuel, les principaux problèmes, les solutions qu'ils envisageaient et leur position concernant un ensemble de propositions concernant l'organisation des services de santé, identifiées à partir des connaissances scientifiques actuelles. Nous cherchions également à connaître leurs perceptions sur les groupes les plus influents au niveau des politiques publiques de santé. Les entrevues ont duré entre 45 minutes et plus de deux heures. Toutes les entrevues ont été retranscrites. Deux entrevues ont été écartées du corpus. Nous avons choisi de ne pas contraster les points de vue de chaque membre influent lors des analyses des entrevues afin d'assurer la confidentialité des participants. Nous avons plutôt analysé les entrevues selon des regroupements de fonctions, soit administrateur, infirmière, pharmacien ou médecin. Ce rôle était déterminé selon leur fonction actuelle et non selon leur formation initiale. Par exemple, il se peut qu'un médecin occupe des fonctions de direction d'établissement. Dans ce cas, il était identifié comme administrateur et non comme médecin. Bien que cette catégorisation soit imparfaite, elle permet malgré tout une analyse positionnelle des opinions.

Dans un premier temps, chaque entrevue a été attribuée à deux chercheurs qui devaient écrire, chacun de leur côté, un texte faisant la synthèse des propos de la personne interviewée. Les synthèses ont ensuite été combinées en une seule et les éventuelles divergences résolues. Dans un second temps, les synthèses ont ensuite été utilisées pour élaborer, de façon inductive, une liste de forces, de problèmes, de solutions et de groupes influents constituant une liste de codes. Un contre-codage a été effectué par une deuxième personne. Le taux de divergence dans le codage variait de 3 % à 26 % selon les

informateurs, avec une moyenne de 15 %. Les divergences ont été de nouveau analysées à la lumière des entrevues jusqu'à consensus. Au total, 125 codes ont été créés soit 11 forces, 48 problèmes, 50 solutions et 16 groupes influents.

Les codes avec une seule occurrence ont été supprimés et certains codes redondants fusionnés. Le nombre de codes est ainsi passé à 106 (9 forces, 41 problèmes, 46 solutions et 10 groupes influents). Comme la liste a été établie de façon inductive, les personnes interviewées n'ont pas toutes avancé une opinion sur chacun des éléments. Ainsi, les codes ont été mis de l'avant par 6 % à 90 % des répondants.

La liste de codes qui inclut les caractéristiques et les réponses des personnes interviewées a ensuite été importée dans Cytoscape 3.2, un logiciel de Social Network Analysis (SNA). Le SNA est une approche d'analyse quantitative des données relationnelles. Contrairement à l'analyse de variables qui porte sur une liste d'attributs mesurés sur un ensemble d'éléments, l'analyse relationnelle se centre exclusivement sur les liens entre un ensemble d'éléments. De manière schématique, le SNA porte sur la structure des liens (*edges*) qui existent entre un ensemble d'éléments (*nodes*). Dans le cas présent, chacun des 31 informateurs (i), des 9 forces (F), des 41 problèmes (P), des 46 solutions (S) et des 10 groupes influents (X) constitue un node. Par exemple, chaque fois qu'un des informateurs a mentionné une des forces, problèmes, solutions ou groupe d'influence, ceci constitue un lien entre cette personne (i) et un des autres nodes (F, P, S ou X). En tout, 861 liens ont ainsi été identifiés à partir de nos données.

L'objectif de cette approche est de permettre de représenter graphiquement les données sous la forme de sociogrammes. Un sociogramme représente chaque node comme un point et chaque relation comme un lien entre deux points. L'intérêt d'avoir recours à ce mode de visualisation, c'est qu'il existe de nombreux algorithmes qui permettent d'optimiser la représentation graphique des sociogrammes. L'algorithme utilisé ici (*yFiles organic*) appartient à une approche appelée « *force-directed* » ou « *spring-loaded* » qui regroupe différents algorithmes dont la caractéristique est de considérer que chaque node est doté d'une force de répulsion face aux autres nodes tandis que chaque lien entre deux nodes constitue une force attractive. Ces algorithmes vont optimiser la représentation de

manière à ce que les forces d'attraction et de répulsion s'équilibrent. Ceci permet de visuellement placer au centre du graphique les nodes les plus consensuels ou interreliés.

Les sociogrammes produits utilisent aussi un code de couleur pour distinguer les types de nodes (les informateurs (i) en gris, les forces (F) en mauve, les problèmes (P) en rouge, les solutions (S) en vert et les groupes influents (X) en jaune). De même, les informateurs sont représentés sous la forme d'un rond pour les infirmières, d'un carré pour les médecins, d'un triangle pour les administrateurs et d'un losange pour les pharmaciens. Finalement, la taille relative de chaque node est fonction du nombre de liens (*degree*) qui est connecté à ce node.

En termes d'interprétation, plus un node F, P, S ou X est gros, plus cela signifie que l'opinion à laquelle il correspond est prévalente (*salience*) dans les données analysées. De même, plus un node est positionné au centre du graphique, plus cela signifie qu'il est interconnecté de manière équilibrée avec l'ensemble des autres nodes, ce que nous décrivons ici par le terme consensuel. À l'inverse, un ensemble de nodes qui sont plus fortement interconnectés entre eux qu'avec la moyenne des autres nodes va créer un groupe (*cluster*) plus périphérique. De même, des nodes faiblement interconnectés vont être positionnés isolément vers l'extérieur du graphique. Finalement, et c'est probablement la caractéristique la plus intéressante ici, des nodes qui partagent de nombreux liens vont se positionner ensemble, loin des nodes avec lesquels ils partagent peu de liens.

Légende :

F = forces (en lilas)

P= problèmes (en rouge)

X= groupes influents (en jaune)

I = informateur; (CH : travaillant en centre hospitalier, CO : travaillant en communautaire)

IN= infirmière; n=9

PH = pharmacien; n=2

MD= médecin; n=11

AD= administrateur; n=8

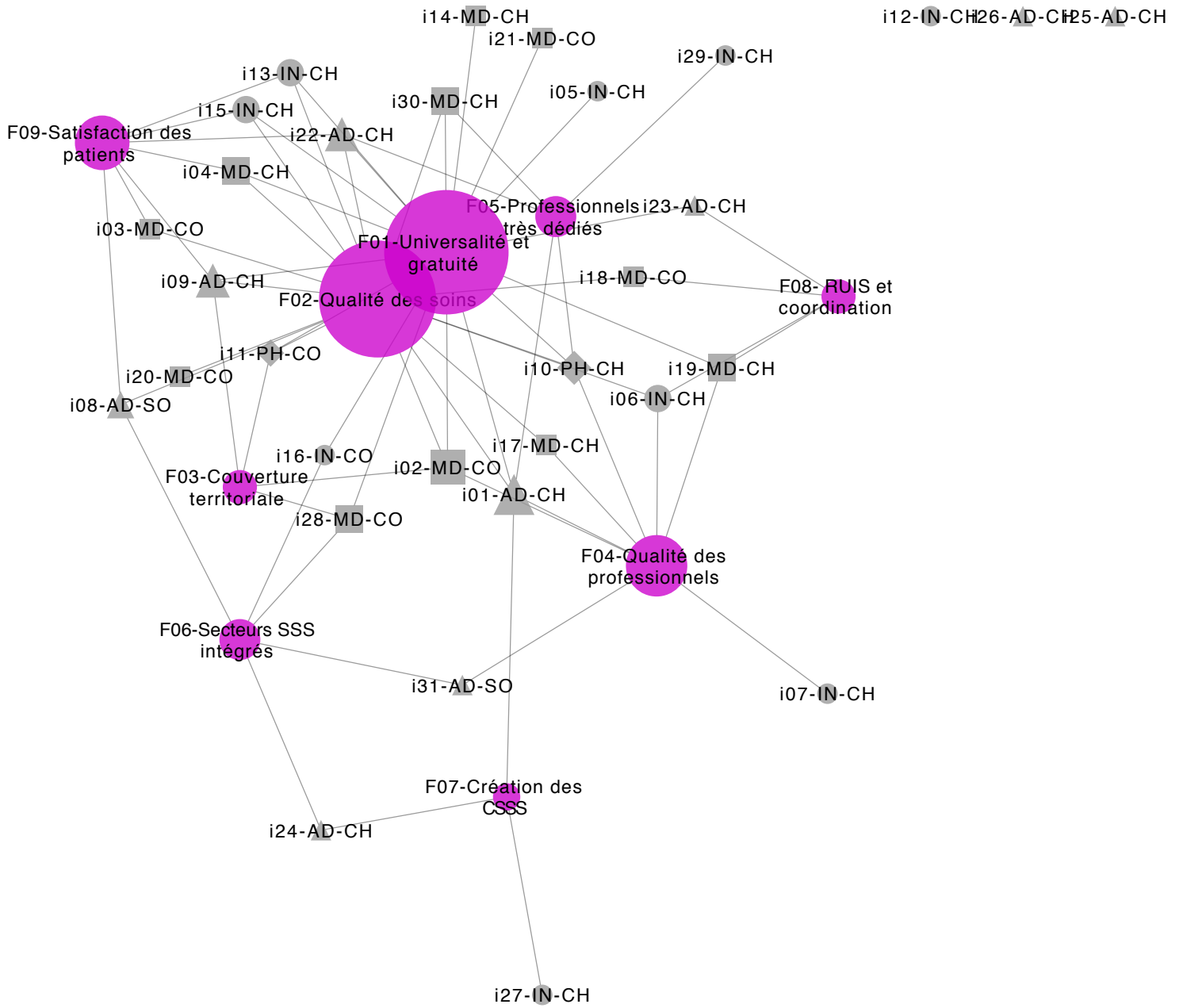
Résultats

Nous présentons une synthèse des perceptions des acteurs concernant les principales forces du système de santé, les principaux problèmes, les solutions qu'ils identifient pour améliorer la performance du système de santé et les acteurs qu'ils perçoivent comme ayant le plus d'influence au niveau des politiques de santé.

Les principales forces du système de santé au Québec

L'universalité et la gratuité des soins (F01), la qualité des soins dispensée (F02), la qualité et le dévouement des professionnels (F04) sont perçus, de façon unanime, comme des forces importantes du système de santé québécois. Les fondements du système ne sont pas remis en question, au contraire, et il semble que les leaders du système de santé trouvent que les principes fondamentaux sur lesquels notre système a été fondé sont appropriés. De même les informateurs ont généralement mis de l'avant le fait que les soins sont de bonne qualité, une fois que le patient y a accès. La satisfaction des patients (F07) est identifiée, par 7 personnes, comme une force importante.

Figure 1 : Principales forces du système de santé



Les principaux problèmes du système de santé au Québec

Les deux problèmes les plus cités sont que le système de santé fonctionne en silos (P04) et que le système de santé est trop sensible à la politique (P05). Par ailleurs, les problèmes identifiés qui rallient les acteurs peuvent être regroupés en 3 thèmes cohérents :

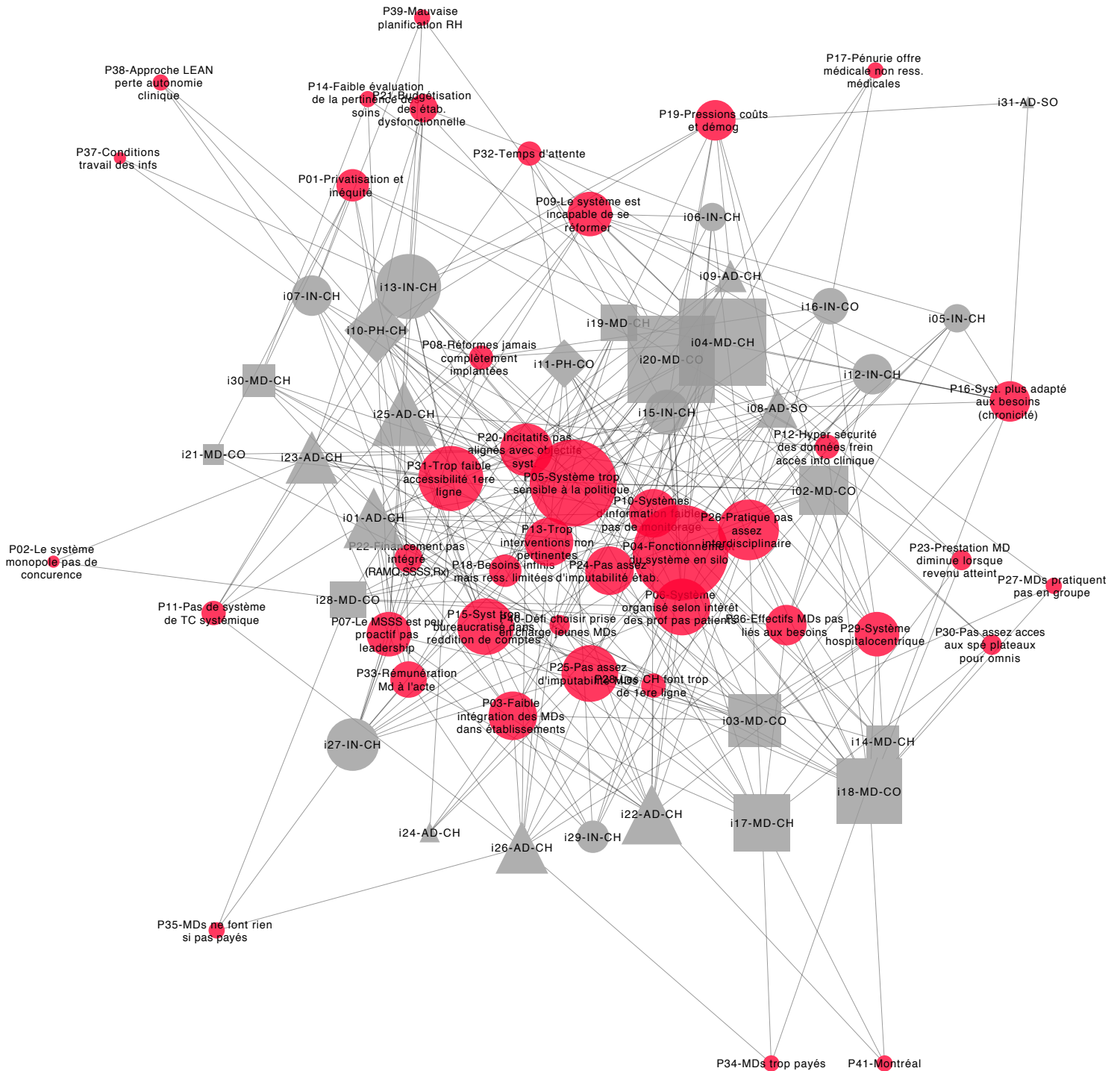
- La question de l'accessibilité en première ligne. Plusieurs personnes critiquent la faible accessibilité aux services de première ligne (P31) et 5 personnes soulignent la difficulté d'accès aux spécialistes et aux plateaux techniques pour les omnipraticiens (P30). Elle s'accompagne d'une critique du caractère hospitalo-centré du système de soin, du fait que le système n'est pas organisé selon les besoins des patients, mais beaucoup plus en fonction des besoins des professionnels. De même, quelques personnes affirment que les CH réalisent trop d'activités de première ligne au sein de leur établissement. D'après le graphique 7, cette question de l'accessibilité en première ligne semble particulièrement importante pour les médecins.

- La question de l'organisation de la pratique médicale. Les acteurs soulignent que la faible intégration des médecins au fonctionnement des établissements est un problème pour l'organisation du système de santé. Ils soulignent aussi que les modes de rémunération des médecins et les incitatifs ne sont pas bien alignés avec les objectifs du système. Parallèlement, plusieurs mentionnent que les pratiques professionnelles ne sont pas assez interdisciplinaires. La question de l'interdisciplinarité, sans surprise, semble au centre des préoccupations des infirmières et des médecins (Cf graphiques 7 et 8).

- La question de l'imputabilité. Les acteurs relèvent que les professionnels et les établissements ne sont pas assez imputables, qu'il n'y a pas de monitoring et que les systèmes d'information sont insuffisants. Ces questions semblent plus souvent soulignées par les administrateurs (voir graphique 9). Parallèlement, les acteurs trouvent que le système est trop bureaucratisé et critiquent la complexité de l'exercice de redditions de compte. Plusieurs ont rapporté que les incitatifs de financement et de rémunération n'étaient pas en ligne avec des objectifs de système. La question de la pertinence des soins apparaît aussi comme centrale.

Bien que certaines problématiques semblent plus être au centre des préoccupations de certains groupes (graphiques 7-8-9), il ne semble pas y avoir de divergences flagrantes entre les administrateurs, les infirmières et les médecins concernant les problèmes ciblés d'après le graphique 3. Il semble y avoir une relative unanimité sur les diagnostics portés.

Figure 2 : Principaux problèmes du système de santé



Les principales solutions pour améliorer la performance du système de santé au Québec

Renforcer la première ligne est de loin l'avenue d'intervention qui fait le plus consensus et qui rallie la majorité des acteurs. Il est intéressant de voir aussi que les nombreux thèmes cités comme des solutions, pris dans leur ensemble, constituent un modèle cohérent d'organisation des soins.

En effet, parmi les éléments de solutions cités, on relève le besoin de revoir la rémunération des médecins, de redéfinir les rôles des professionnels de façon à ce que chacun travaille à la hauteur de son expertise, que les professionnels aient facilement accès au dossier clinique du patient, qu'il y ait des intervenants pivots responsables de la coordination des épisodes de soins, que les soins soient davantage hiérarchisés (par exemple, la deuxième ligne doit être une vraie deuxième ligne et la première ligne devrait être responsable de tous les soins de première ligne). On suggère aussi que les services de première ligne devraient être plus accessibles (heures élargies). Parallèlement, certains acteurs suggèrent de revoir les rôles des différents acteurs : d'implanter plus d'IPS et d'infirmières cliniciennes en première ligne, de rendre les établissements et les professionnels imputables de leur pratique et de la santé de leur population et que les patients jouent un rôle accru dans leur cheminement thérapeutique. Plusieurs acteurs soulignent aussi le besoin d'améliorer l'accès aux plateaux techniques pour les omnipraticiens.

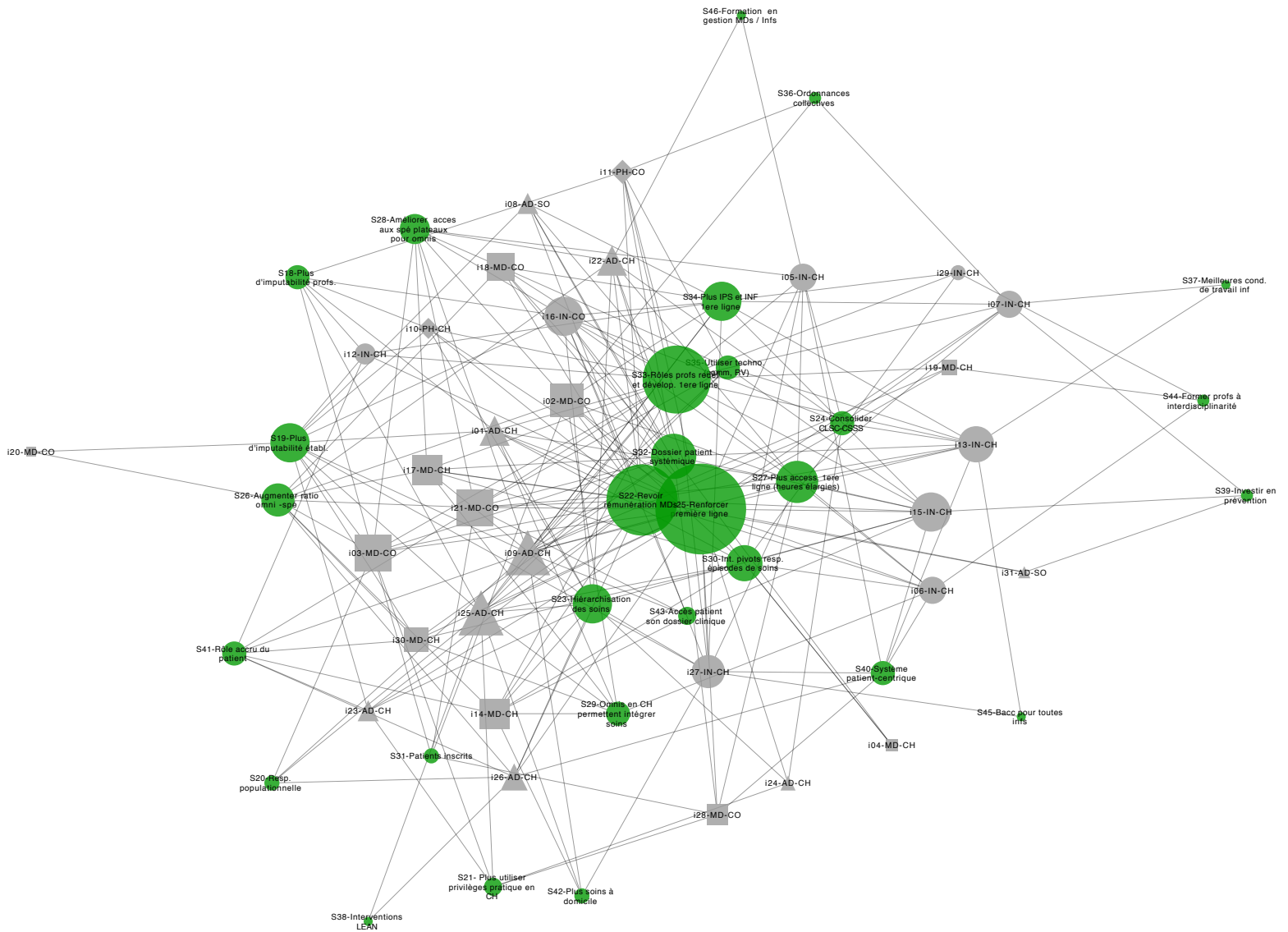
Encore une fois, il semble exister un assez grand consensus autour des solutions macro avec toutefois quelques différences associées au rôle professionnel du participant dans le système de santé. Ainsi, les infirmières soulèvent le besoin de former les professionnels au travail en interdisciplinarité, de donner un rôle accru à la pratique infirmière en première ligne, d'organiser le système de santé autour des besoins des patients. Les médecins et administrateurs soulignent le besoin d'augmenter l'imputabilité des établissements et des professionnels, d'améliorer l'accès aux plateaux techniques et diagnostiques, de revoir la proportion de médecins spécialistes et omnipraticiens. Ils sont aussi en faveur d'un rôle accru du patient

dans le système de soins. Si on analyse les solutions par rôle professionnel (graphiques 7, 8 et 9), on obtient la lecture suivante :

Les administrateurs semblent accorder plus d'importance à la question de l'imputabilité des médecins et des établissements, du monitoring de la performance et de la vision claire à long terme (graphique 9). On observe chez les médecins le désir de voir des relations plus rationnelles, moins politiques, plus de monitoring de la performance, le désir d'avoir une rétroaction sur la pratique médicale (graphique 7). Les médecins proposent des solutions autour de la première ligne et de l'interdisciplinarité. Le mode de rémunération des médecins est abordé, mais pas forcément le paiement à l'acte tel quel. Les solutions avancées par les infirmières (graphique 8) s'organisent plus autour du renforcement des organisations et pratiques professionnelles en première ligne ainsi que les conditions de travail des infirmières.

Ces différents points de vue ne sont pas forcément incompatibles, mais il semble que les différents groupes n'attachent pas la même importance aux différents éléments de solutions énoncés. Lors des entrevues, nous cherchions à connaître de façon ouverte la position des différents acteurs. Il est donc normal que les éléments n'aient pas la même importance chez les différents acteurs et il se peut tout à fait que certains éléments énoncés par certains groupes soient appuyés par d'autres, même si ces éléments n'apparaissent pas centraux dans leur discours. C'est un élément qui pourra être testé dans l'étape 2 du projet de recherche.

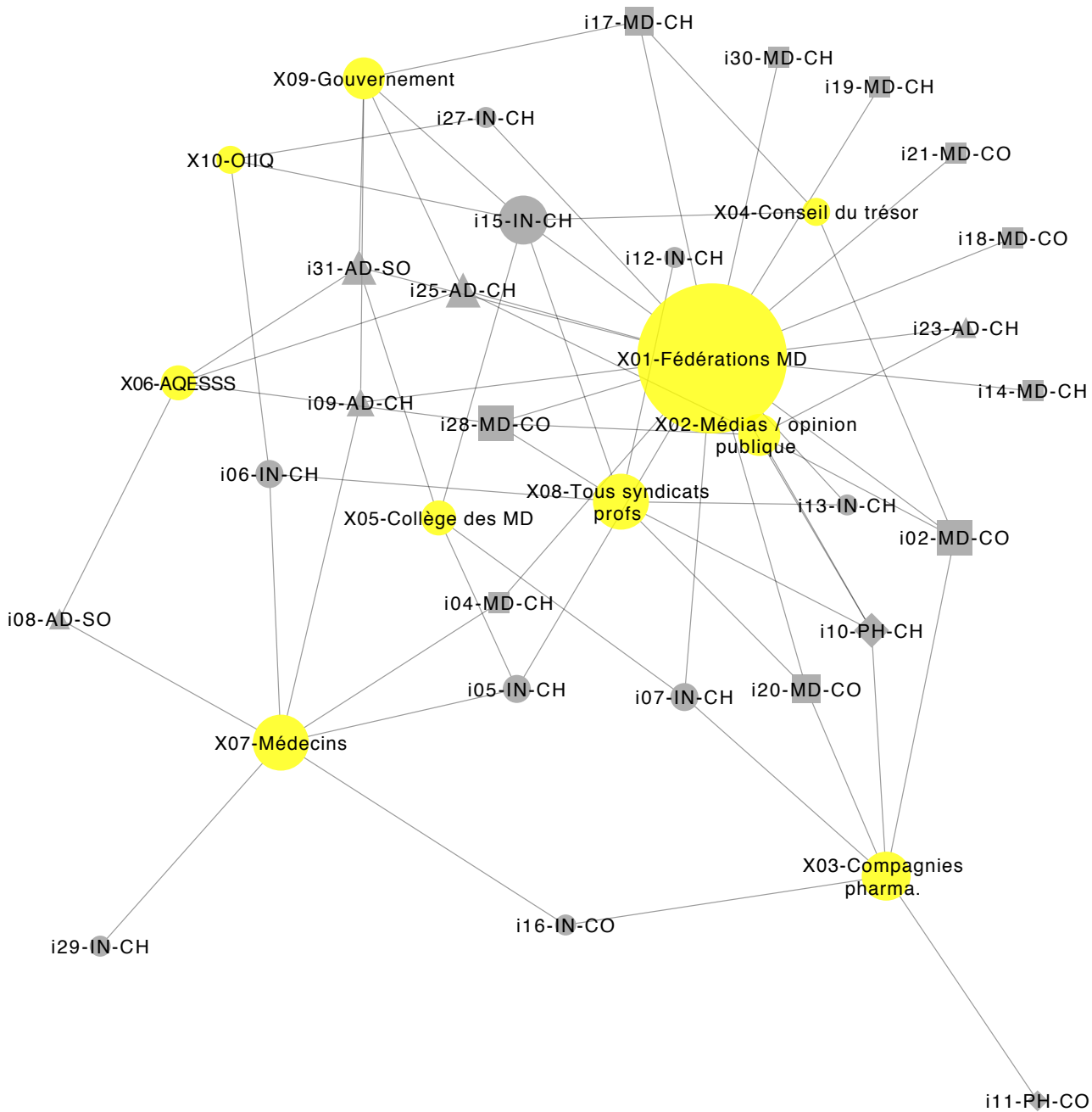
Figure 3 : Principales solutions pour améliorer la performance du système de santé au Québec



Les groupes les plus influents au niveau des politiques de santé

Il y a une remarquable unanimité sur l'influence déterminante des médecins sur les politiques de santé. Ils apparaissent comme des acteurs incontournables. Il semble accepté par tous que les solutions identifiées ne pourraient être implantées sans l'appui des Fédérations médicales au projet de transformation. D'autres groupes sont également perçus comme étant influents, sans soulever la même unanimité : les compagnies pharmaceutiques, le Conseil du trésor, l'AQESSS et l'OIIQ.

Figure 4 : Groupes influents au niveau des politiques de santé au Québec



Discussion

À propos des méthodes

La méthode utilisée est nouvelle et originale. L'utilisation d'une stratégie de type « Social Network Analysis » a permis une analyse des discours qui protège efficacement la confidentialité et simultanément est particulièrement neutre et objective dans la présentation des résultats.

Deux acteurs sur 34 personnes ont refusé de nous rencontrer. Nous ne connaissons donc pas leur position. Toutefois, étant donné les consensus qui émergent des analyses, il est peu vraisemblable que les positions de ces acteurs aient réellement modifié les éléments centraux identifiés dans notre analyse. Nous tenterons, lors de l'étape 2 de ce projet, de rejoindre les personnes que ce groupe représente et de tester auprès d'eux la recevabilité des solutions identifiées lors de notre analyse des perceptions des différents acteurs.

À propos des résultats

Nos résultats montrent une remarquable unanimité de sur le fait que l'universalité et la gratuité ainsi que la qualité des soins qui y sont dispensés sont les forces principales du système de santé québécois. Ces résultats sont en contraste avec les discours médiatisés qui s'interrogent sur l'éventualité de permettre une plus grande place au secteur privé. Dans nos données, seulement un informateur sur 32 a mentionné un rôle accru du privé comme une solution. Les grands principes qui définissent notre système ne sont pas remis en cause par les acteurs, bien au contraire, ils sont présentés comme la principale force de notre système.

Au niveau de l'identification des problèmes, on observe de nouveau une grande unanimité sur le diagnostic posé. En particulier, les acteurs déplorent le fait que le système soit trop politique, qu'il n'y ait pas de vision à long terme et que le système soit trop organisé en silos. De même dans les solutions, les acteurs indiquent souhaiter avoir une vision claire macro, à long terme, dépolitisée et orientée selon les besoins des patients et la pertinence des soins.

De nombreux éléments de solution pour améliorer la performance du système de santé ont été proposés. Ce qui est intéressant dans les résultats obtenus, c'est que, même si les solutions proposées sont très nombreuses, elles constituent les pièces d'un modèle cohérent d'organisation qui est aussi un modèle soutenu par les connaissances scientifiques. Il semble qu'un système de services de santé de première ligne fort, accessible, bien coordonné, fondé sur un travail interdisciplinaire, à la hauteur des expertises pour tous les professionnels soit un modèle qui rallie la grande majorité des acteurs. Ce modèle doit s'appuyer sur une réelle hiérarchisation des soins et suppose que les médecins de famille ont un accès rapide et coordonné aux spécialistes et aux plateaux techniques et diagnostiques. Ce modèle implique une redéfinition des rôles des professionnels en première ligne, mais aussi de revoir les modes de financement et de rémunération de façon à ce qu'ils soient cohérents avec les objectifs du système. Ce modèle suppose aussi l'implantation d'un système de monitoring et d'information permettant aux différents acteurs, les professionnels, comme les établissements, d'être imputables de leur pratique.

Il ressort de notre analyse que la centralité des fédérations médicales est telle qu'un projet de réforme du système de santé qui serait aligné avec les solutions proposées ne pourrait voir le jour sans que les représentants des médecins n'adhèrent complètement au projet. Ce qui nous ramène aux aspects politiques du système de santé et à leur prévalence au niveau de l'énoncé des problèmes par les acteurs.

Nos analyses indiquent, qu'au niveau programmatique, il est imaginable de trouver des façons d'organiser le système de santé qui permettent d'améliorer sa performance tout en ralliant les acteurs autour de ce projet. Toutefois, au niveau politique, un tel projet ne sera possible que si les fédérations médicales se rallient, ce qui ne va pas forcément de soi étant donné que les solutions avancées par les acteurs impliquent des modifications importantes concernant les médecins tant au niveau de la pratique médicale (imputabilité, interdisciplinarité, hiérarchisation des soins), qu'au niveau des modes de rémunération. La deuxième étape de ce projet de recherche permettra justement de tester la recevabilité de certaines solutions identifiées en étape 1 et d'analyser si les différents groupes se rallient de façon homogène selon leur appartenance professionnelle (médecins, administrateurs,

infirmières et pharmaciens) aux solutions qui ont été identifiées par les acteurs et par la littérature scientifique ou si des alliances interprofessionnelles sont envisageables.

Références

- Castonguay-Nepveu Commission. (1967-1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Clair Commission (2000). *Rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health Policy*, 95(2-3), 144-152.
- Lewis, Steven. (2007). Can a Learning-Disabled Nation Learn Healthcare Lessons from Abroad? *Healthcare Policy*, 3(2), 19-28.
- Rochon Commission. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec.
- Romanow, Roy J. . (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Équipe de recherche

Astrid Brousselle, chercheure principale désignée Centre de recherche - HCLM, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Damien Contandriopoulos, co-chercheur principal, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Mylaine Breton, co-chercheure, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke.

Michèle Rivard, co-chercheure, département d'administration de la santé, Université de Montréal

Jeannie Haggerty, co-chercheure, département de médecine familiale, Université McGill

Marie-Dominique Beaulieu, collaboratrice, département de médecine familiale, Université de Montréal

Mélanie Perroux, agente de recherche, Université de Montréal

Contact : Astrid Brousselle

Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Campus de Longueuil – Université de Sherbrooke

150 Place Charles-Le Moyne Bureau 200

Longueuil (Qc) J4K-0A8

Tél : 450 466-5000 poste 3682

Courriel : astrid.brousselle@usherbrooke.ca

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement chaque personne qui a accepté de nous rencontrer et de partager avec nous sa vision du système de santé. Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez généreusement accordé et votre confiance. Ce travail n'aurait pas été possible sans votre collaboration.

Nous remercions les Instituts de Recherche en Santé du Canada pour le financement de ce projet de recherche, et le Fonds de Recherche du Québec - Santé pour le soutien salarial des chercheurs.



Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

