

Des idées en santé pour le Québec

Marie-Hélène Jobin, Ph. D.

Professeure titulaire, Directrice programme M.Sc. et Directrice associée Pôle santé HEC Montréal

Avec la collaboration de :

Caroline Parent, M. Sc.

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Nadia Benomar, M. Sc.,

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Hélène Vallières-Goulet, candidate à la M.Sc.

Assistante de recherche

Avril 2017



Créé en 2010, le Pôle santé HEC Montréal et un centre universitaire qui génère et diffuse de la connaissance autour des meilleures pratiques en gestion de la santé.

Pour en savoir davantage sur le Pôle santé HEC Montréal, visitez le <http://polesante.hec.ca/>.

Des idées en santé pour le Québec

Cette démarche a été réalisée grâce à la participation financière des organisations suivantes : *Association Médicale du Québec, Conseil des entreprises privées en santé et mieux-être, TELUS Inc., Fédération des chambres de commerce du Québec, La Capitale, MEDEC, Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux, Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec.*

Le comité d'éthique à la recherche de HEC Montréal a certifié que la démarche est conforme à la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal.

Auteurs

Marie-Hélène Jobin, Ph. D., Professeure titulaire, Directrice programme M.Sc. et Directrice associée Pôle santé HEC Montréal

Caroline Parent, M. Sc., Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc., Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Nadia Benomar, M. Sc., Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Hélène Vallières-Goulet, candidate à la M.Sc., Assistante de recherche, HEC Montréal

Pôle santé HEC Montréal
3000 chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) Canada H3T 2A7
Téléphone : 514 340-3175

Les auteurs remercient sincèrement l'ensemble des personnes ayant participé à la démarche par la réalisation du sondage, la participation à un groupe de discussion ou la réalisation d'une entrevue individuelle. Ils remercient aussi tous les partenaires financiers qui ont rendu ce projet possible. Nous reconnaissons aussi la contribution et l'expertise de la firme CROP qui a soutenu la consultation populaire. Finalement, nos remerciements vont à l'équipe éditoriale et aux journalistes du magazine L'actualité pour leur contribution dans la diffusion et le rayonnement de ce projet.

© 2017 Pôle santé HEC Montréal

Table des matières

Liste des illustrations	5
Sommaire exécutif	7
Introduction	9
Un besoin de réforme	9
Les actions du MSSS en cours d'implantation	12
Comment réparer le système?	14
Le système de santé canadien : notre fierté, notre défi.....	15
Les fonctions clés dans le fonctionnement du système de santé et de services sociaux québécois	17
Le financement du système	18
L'assurance.....	19
Prestation des services dans le système	19
Gouvernance du système	21
Un système, quatre fonctions à géométrie variable.....	21
Méthodologie.....	25
Revue de littérature	25
Sondage auprès des Québécois	26
Profil des répondants.....	26
Groupes de discussion	31
Entrevues individuelles avec des acteurs stratégiques	32
Présentation des résultats	34
Domaines jugés prioritaires dans les actions du gouvernement.....	34
L'avenir du financement du système.....	35
Satisfaction générale des Québécois	37
Sentiment d'en avoir assez pour son argent	37
Satisfaction à l'égard des soins et services, l'innovation, l'accès et la transparence	39
Satisfaction à l'égard de l'écoute, de la performance, de la transparence et de la coordination des soins	43
Satisfaction à l'égard de l'équité.....	46
Le système de santé du Québec : fait pour les patients?	48

Problèmes à résoudre en priorité.....	56
À propos de la centralisation	57
À propos de la bureaucratie.....	62
À propos du corporatisme	63
À propos du manque de financement	64
Synthèse des problématiques perçues du système de santé et de services sociaux	66
Appréciation rétrospective des cinq dernières années	68
Réformer ou non le système?.....	69
Pistes d'actions pour améliorer notre système	76
Livraison plurielle des services de santé	76
Rémunération des médecins	100
Au-delà de la rémunération : Le médecin comme principal inducteur de coûts	105
Rôle accru des professionnels, des infirmières et des pharmaciens	107
Accès : piste de solutions avancées	114
Technologies de l'information : Levier stratégique d'un réseau performant.....	119
Prévention et promotion de la santé.....	129
La santé publique : une vision systémique s'impose.....	132
Conclusion.....	136
Références	139
Remerciements.....	145

Liste des illustrations

Figure 1 : Évolution des pratiques et des coûts (Hébert;2016)	10
Figure 2 : Classement des systèmes de santé (2014)	11
Figure 3 : Synthèse des lois régulant les sources de financement des médecins canadiens selon leur statut.....	16
Figure 4: Mix public-Privé dans 5 pays de l'OCDE (2011)	18
Figure 5 : Profil des répondants au sondage	27
Figure 6 : Proportion de Québécois ayant un médecin de famille	29
Figure 7 : Proportion de Québécois souffrant d'une maladie chronique.....	30
Figure 8 : Domaines prioritaires dans les actions du gouvernement	34
Figure 9 : Avenir du système de santé et de services sociaux	36
Figure 10 : Sentiment d'en avoir pour son argent grâce aux taxes, impôts et frais payés.....	37
Figure 11 : Satisfaction à l'égard du système de santé et de services sociaux.....	39
Figure 12 : Accès aux soins de santé.....	40
Figure 13 : Évaluation du système de santé et de services sociaux.....	43
Figure 14 : Pourcentage des répondants qui sont en accord avec les énoncés concernant l'équité.....	46
Figure 15 Perception à l'égard du service reçu dans le système de santé et de services sociaux	49
Figure 16 : Sentiment vécu lors de soins reçus au sein du système de santé et de services sociaux	52
Figure 17 : Problèmes potentiels du système de santé et de services sociaux à résoudre en priorité.....	56
Figure 18 : Évolution du système de santé et de services sociaux au cours des 5 dernières années	68
Figure 19 : Opinion à l'égard du fonctionnement actuel du système de santé et de services sociaux.....	70
Figure 20 : Fréquentation des établissements de santé publics.....	78
Figure 21 : Fréquentation d'établissement privé	79
Figure 22 : Opinion à l'égard du système de santé et de services sociaux.....	80
Figure 23 : Opinion à l'égard des prestataires de services	80
Figure 24 : Opinion à l'égard de l'organisation du système de santé et de services sociaux.....	84
Figure 25 : Opinion à l'égard de la contraction d'une assurance privée pour des soins et services assurés par le gouvernement	87
Figure 26 : Opinion à l'égard de la possibilité de contracter une assurance permettant de réduire les délais d'attente	88
Figure 27 : Opinion à l'égard de la couverture de divers services par la RAMQ	90
Figure 28 : Opinion à l'égard de la pratique des médecins dans le régime public et le régime privé.....	95
Figure 29 : Opinion à l'égard de la possibilité de comparer et choisir le type d'organisation offrant les services de santé.....	99
Figure 30 : Montant moyen de rémunération des médecins (\$ courant), Québec, 2004-2014	102
Figure 31 : Option privilégiée quant à la rémunération des médecins	104
Figure 32 : Opinion à l'égard de la fréquentation d'une clinique dirigée par une équipe infirmière.....	108
Figure 33 : Opinion à l'égard de l'augmentation des responsabilités des pharmaciens	110
Figure 34 : Utilisation du DME	119
Figure 35 : Pourcentage des médecins utilisent au moins 2 des fonctions du DME (2015).....	120
Figure 36 : Accès électronique pour les patients.....	121

Figure 37 : Intérêt à l'égard d'un dossier de santé électronique.....	123
Figure 38 : Intérêt à l'égard du remplacement de la visite médicale traditionnelle par un suivi médical par vidéoconférence	124
Figure 39 : Opinion à l'égard de l'implantation d'une surtaxe à l'achat de divers produits de consommation	130
Figure 40 : Opinion à l'égard de l'implantation de mesures d'encouragement aux pratiques favorisant la santé.....	132

Sommaire exécutif

La santé a toujours été une préoccupation pour les québécois. Année après année, elle se classe comme l'une des principales priorités des citoyens de la province et il n'est alors pas étonnant de la voir fréquemment faire la une des médias. En effet, si les québécois sont indubitablement fiers et très attachés à leur système de santé et de services sociaux universel, il n'en demeure pas moins qu'ils ressentent une certaine insatisfaction quant aux services qui leur est fourni.

Dans un tel contexte, les débats sont légions et les solutions avancées sont parfois simplistes, et pour cause : le sujet est vaste et complexe. En effet, si les valeurs et principes fondateurs sont connus et font consensus, il convient de reconnaître que le sujet reste pour la grande majorité méconnu : comment accéder à un service, Qu'est ce qui est couvert? Comment sont rémunérés les médecins? Quelle est la part du privé? Combien le système coûte-t-il? Rares sont ceux qui maîtrisent toutes les nuances du système, d'autant plus qu'il est en constant changement avec des réformes qui se succèdent à un rythme effréné, ébranlant sur leur passage plus d'un acteur.

Ce projet singulier a émergé de la volonté de lancer des échanges constructifs au sujet de l'avenir du système de santé et de services sociaux au Québec.

Le point de départ de ce projet de recherche est somme toute novateur, dans la mesure où au lieu de lancer une étude en consultant les experts et les gens du terrain, nous sommes partis des protagonistes : la population québécoise! En effet, ce projet repose sur une consultation à l'échelle de la province sur les perceptions des citoyens québécois sur la performance de leur système de santé, ses enjeux, son avenir. Ces perceptions mettent, d'une certaine manière, en lumière les écueils du système et les valeurs profondes des québécois.

Les résultats issus de la consultation ont dans un deuxième temps étaient soumis à la lecture des différents acteurs du système de santé et de services sociaux à travers des discussions en groupe. Ces groupes de discussions qui ont souligné tantôt la perspicacité tantôt le paradoxe de certaines réponses, ont permis d'apporter une couche de sens supplémentaire à la compréhension des subtilités du système. Tour à tour, médecins, gestionnaires du réseau, chercheurs, fournisseurs de services, syndicats etc. ont apporté une pierre à l'édifice à travers leurs interventions.

Dans un troisième temps, il a été demandé à des experts et leaders d'opinion de porter un éclairage additionnel sur les grands constats ayant émergés dans les phases antérieures afin de faire jaillir des points de consensus sur lesquels il serait possible de construire un système de santé et de services sociaux.

Enfin parce qu'il nous semblait essentiel que ce projet qui a débuté par le point de vue de la société civile s'achève par des échanges au sein de la société civile, un dossier de L'actualité ainsi qu'un colloque ont été développés, faisant ainsi état des principaux constats et pistes d'actions pour le futur de notre système de santé et de services sociaux.

Ainsi, face à l'insatisfaction récurrente des québécois eu égard à leur système et à la performance mitigée du système comparativement aux autres juridictions, les discussions ont progressivement fait émerger plusieurs pistes d'actions. En effet, de ce nœud gordien - financement, centralisation, corporatisme,

manque d'information voire désinformation des citoyens - six tendances qui font plus ou moins consensus se sont dessinées :

- Une livraison plurielle des services de santé sous certaines conditions
- Une gouvernance clinique fondée sur les données probantes
- Un rôle accru des professionnels, infirmières et pharmaciens
- Une meilleure coordination intra et inter-établissements
- Une plus grande utilisation des technologies de l'information
- Un plus grand support aux programmes de prévention et de promotion de la santé

Il ressort aussi très clairement de cette vaste consultation menée en trois temps que, tant les citoyens que les acteurs du réseau, souhaitent renverser la dynamique et remettre les citoyens et les acteurs locaux aux commandes de leurs choix de santé. Pour ce faire, le citoyen doit pouvoir exercer une décision éclairée et avoir des choix dans sa consommation et le financement de ses soins et services de santé. Nous devons aussi décentraliser des lieux de décision, de coordination et de prestation des services.

Ces pistes d'action ne sont pas nouvelles et leur efficacité a été démontrée ailleurs dans le monde. Pourquoi le Québec n'est-il pas en mesure de les intégrer adéquatement ? Un travail de sensibilisation, appuyé sur les données probantes, doit nécessairement être mené auprès des principaux acteurs de notre système. Par ailleurs, il importe de délaissier nos œillères corporatistes et de replacer le patient et le citoyen au cœur de nos préoccupations et de nos prises de décision si l'on souhaite réellement améliorer le système.

En définitive, il appert également essentiel de prendre un temps d'arrêt afin de réfléchir de façon globale à la conceptualisation de notre système de santé et de services sociaux. En effet, de nombreux efforts sont investis depuis déjà plusieurs années à améliorer la performance de notre système, mais certains éléments fondateurs qui devraient être au cœur de ces réflexions sont toujours absents de l'équation.

Introduction

Un besoin de réforme

Quel est l'enjeu qui préoccupe le plus les Québécois actuellement? La santé, sans contredit.

De tous les défis actuels auxquels notre société doit faire face, la santé vient en tête de liste des préoccupations de nos concitoyens. Les sondages année après année en attestent : avant la sécurité publique, l'environnement, le terrorisme, l'économie, la survie du français et même de l'éducation, les Québécois sont mobilisés par les questions de santé (CIRANO - Nathalie De Marcellis-Warin et Ingrid Peignier, 2017). Ils sont préoccupés par la performance actuelle du réseau et par leur capacité à s'offrir les services requis dans le futur.

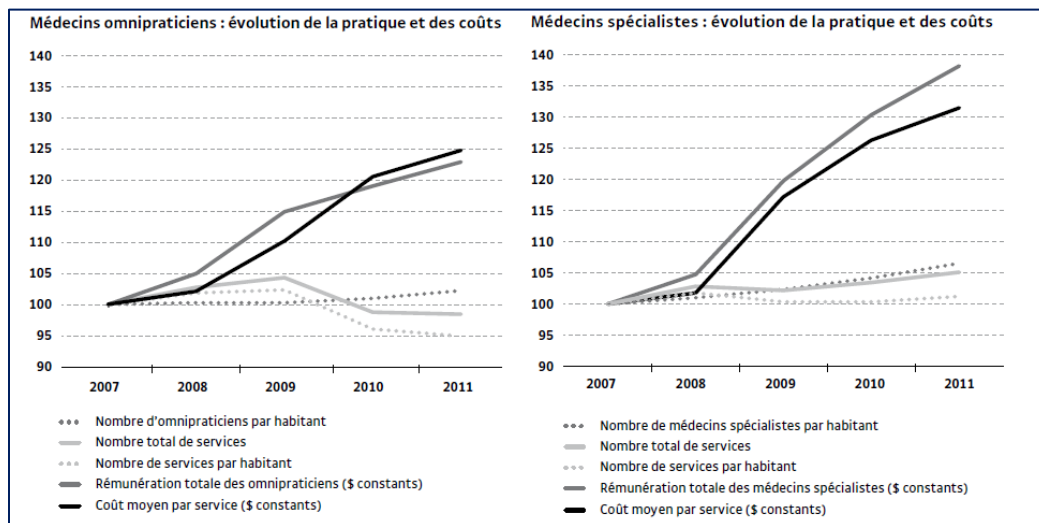
Sans porter un jugement sur la pertinence de cette priorité, il est cependant facile de convenir que cette préoccupation est justifiée. En effet, le système québécois offre actuellement une performance mitigée, comparativement à d'autres systèmes dans le monde, et les perspectives d'évolution sont sombres en cas de maintien du statu quo.

Le financement des services de santé au Québec occupait en 2016 près de 50 % du budget de l'État laissant une faible part aux autres responsabilités du gouvernement – 25,5 % pour l'éducation et 25,1 % pour le reste des portefeuilles (Ministère des Finances du Québec, 2016).

Le système de santé fait face à une situation où la croissance des dépenses de santé du secteur public excède la croissance économique de l'État (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cette croissance : l'augmentation du volume de médicaments consommés, l'inflation des prix des biens et services, les tendances démographiques (vieillessement de la population et prévalence des maladies chroniques), mais aussi les changements technologiques (que cela soit de nouveaux médicaments, de nouvelles techniques ou de nouvelles pratiques) (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Paradoxalement, comme on peut le constater dans la Figure 1, alors

que l'augmentation de la rémunération des médecins a été particulièrement importante cette dernière décennie, leur productivité ne s'est pas beaucoup améliorée (Hébert, 2016) :

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET DES COÛTS (HÉBERT;2016)














Le vieillissement de la population n'a pas joué un rôle aussi prépondérant dans la hausse des dépenses de santé par le passé, comparativement à d'autres facteurs. Cependant, de nombreuses études s'accordent à dire que, dans les années à venir, la modification de notre courbe démographique aura un impact important sur les dépenses de santé, les personnes très âgées requérant des dépenses de santé plus élevées (Institut canadien d'information sur la santé, 2011)

Par ailleurs, la corrélation entre maladie chronique et utilisation plus importante des services de santé étant étroite, la prévalence des maladies chroniques dans la population jouera un rôle crucial dans l'accroissement des dépenses de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) : la situation actuelle n'est donc pas en voie de se résorber par elle-même. Ainsi, selon certaines estimations, on évalue que si rien n'est fait, les dépenses de santé pourraient aisément atteindre jusqu'à 69 % des revenus totaux du Québec d'ici 2030 (Clavet, Duclos, & Fortin, 2013).

Outre la performance financière déficiente du système et les sombres perspectives d'évolution de notre capacité à payer, le système de santé québécois ne peut pas non plus s'enorgueillir d'être actuellement parmi les systèmes les plus performants. En comparaison avec les systèmes des principales juridictions des pays de l'OCDE, nous faisons piètre figure. En effet en comparaison aux pays de l'OCDE, le Canada figure en bas de la liste sur une bonne partie des indicateurs. En particulier, en matière d'accès et de qualité des soins, notre performance comparée ne nous permet pas de nous conforter dans nos pratiques actuelles. Ainsi, une étude comparative du Commonwealth Fund datant de 2014 (Davis, Stremikis, Squires, & Schoen, 2014) plaçait le Canada parmi les derniers parmi 11 pays de l'OCDE généralement utilisés dans les comparaisons internationales (Figure 2).

FIGURE 2 : CLASSEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ (2014)

COUNTRY RANKINGS											
	Top 2*		Middle		Bottom 2*						
											
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Notes: * Includes ties. ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.
Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2013 (Paris: OECD, Nov. 2013).

Source : tirée de (Davis, Stremikis, Squires, & Schoen, 2014)

La récente mise à jour de ce rapport datant de novembre 2016 souligne encore les difficultés des Canadiens d'une manière générale à accéder aisément aux soins ou à bénéficier des soins non couverts, comme la dentisterie (Osborn, Squires, Doty, Sarnak, & Schneider, 2016). Une étude similaire publiée en 2016 par le Fraser Institute, établie à partir de la comparaison de 28 pays de l'OCDE ayant un système de santé universel, identifie les mêmes enjeux (Barua, Timmermans, Nason, & Esmail, 2016).

Pour corriger la situation, il faut assurément agir. Il serait toutefois judicieux de consulter et de mobiliser les parties prenantes dans la création d'une vision et d'un plan d'action. La pérennité des résultats et la force d'action seront d'autant plus grandes si tous les acteurs agissent en concertation. Le Québec a certainement intérêt à s'inspirer des pratiques en place dans les autres juridictions. Il faut cependant jauger si ces initiatives sont adéquates pour notre système et en accord avec nos valeurs.

C'est dans cette perspective que le projet « Des idées pour un Québec en santé » a vu le jour. Nous avons d'abord assis notre réflexion sur une consultation citoyenne par le biais d'un sondage mené auprès des Québécois. Ce sondage porte sur la satisfaction de nos concitoyens à propos de la performance du système, du diagnostic qu'ils portent sur les maux qui l'affectent et de leurs orientations face aux principaux axes de changement observés dans les autres juridictions.

Dans un deuxième temps, nous avons présenté ces résultats à un ensemble d'acteurs et de parties prenantes du réseau de la santé : des gestionnaires du réseau public, des médecins et des professionnels, des officiers des ordres professionnels, des innovateurs et des entrepreneurs, des membres des syndicats et des représentants des patients et des usagers ont été rencontrés dans une série de groupes de

discussion pour présenter les résultats de la consultation populaire. L'objectif n'était pas simplement de recueillir leurs observations face à ces résultats, mais bien de voir comment, dans leur sphère d'action, ils entendaient relever les défis observés et leurs recommandations pour faire évoluer le système. Finalement, nous avons complété cette consultation par des entrevues individuelles auprès d'acteurs clés.

Les actions du MSSS en cours d'implantation

En parallèle, le réseau de la santé est en mouvement et plusieurs initiatives sont en cours au Québec. Le réseau vit une transformation profonde qui centralise les lieux de décision et appelle une plus grande coordination des acteurs sur de vastes territoires. La loi 10, modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en abolissant notamment les agences régionales est venue jeter un premier jalon dans cette réforme pensée par Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux.

La réorganisation du système de santé confie aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) la majorité des services de santé et des services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) (MSSS, 2015). La Loi adoptée en avril 2015 a confirmé la création de 13 CISSS et de 9 CIUSSS. De plus, 6 centres hospitaliers viennent compléter le réseau public. Les grands traits de cette réforme sont les suivants :

- Réduction du nombre de niveaux hiérarchiques de gestion de 3 à 2 paliers au sein du réseau.
- Réduction du nombre d'établissements publics de 182 à 34.
- Réduction du nombre de conseils d'administration (CA) d'établissement de 182 à 33.
- Abolition des CA des agences.

Les intentions derrière cette réforme sont multiples. D'une part, le ministre vise la réduction des coûts et l'assurance de l'équité en matière d'accès et de qualité sur les territoires régionaux :

« Plus précisément, ces changements permettraient de réduire de façon significative le personnel d'encadrement et celui affecté à des tâches purement administratives. Le projet de loi ferait aussi passer le nombre d'établissements du réseau de 182 à 28 et ne prévoit pas la fermeture de points de services. Finalement, les 18 régions socio sanitaires actuelles seraient conservées de façon intégrale. La réforme du réseau proposée s'inscrit donc en continuité avec celle initiée en 2004-2005, qui visait notamment à diminuer, par fusion, le nombre d'établissements, et à confier à ces derniers la responsabilité populationnelle sur leur territoire respectif. Il s'agit là de deux des fondements qui ont guidé l'entière préparation du projet de loi. » (MSSS, 2014)

D'autre part, il mise assurément sur cette centralisation et la diminution des pouvoirs locaux et régionaux pour agir plus efficacement sur le réseau pour la mise en place des autres volets de la réforme :

« La loi accorde de nouveaux pouvoirs au ministre à l'égard des centres intégrés de santé et de services sociaux et des établissements non fusionnés, notamment le pouvoir de prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de leur direction et celui d'intervenir

auprès de la direction générale si des gestes incompatibles avec les règles de saine gestion sont posés. » (MSSS, 2015)

L'élimination des autorités régionales, la nomination directe par le ministre des hors cadres du réseau et la réduction des pouvoirs des conseils d'administration sont des manifestations notables de cette volonté de contrôle.

La loi 20, adoptée en novembre 2015, moins visible pour les citoyens, vise principalement à favoriser l'accès aux services de médecine familiale et de médecine spécialisée. Contraignant les médecins à une pratique plus intensive, particulièrement en première ligne, divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont cependant dénoncé les effets pervers éventuels de cette loi sur la formation des médecins, l'attractivité de la profession et l'éventuel exode des médecins (Portail Québec, 2015). Ceci étant dit, Bien que la démarche actuelle du ministre soulève l'ire des ordres professionnels, l'encadrement de la pratique médicale est certainement à la clé de toutes réformes du système de santé¹.

Le prochain jalon à être posé porte sur le financement du réseau. L'État est sur le point d'instaurer un système qui permettra d'apprécier la performance financière des établissements dans la prestation des soins, selon une approche par épisode de soins. (MSSS, 2016)

Dans la foulée de ces changements, l'intention du ministre de permettre des expériences de soins privés, assurés par le public, prend forme. *Ainsi, depuis le 29 décembre 2016 le Ministère de la Santé et des Services sociaux a autorisé la couverture des prestations d'échographies effectuées par des radiologies en clinique privée, bien que la situation au moment d'écrire ces lignes ne soit pas complètement fonctionnelle et stabilisée* (MSSS, 2016). Le récent épisode concernant l'interdiction des frais accessoires en clinique privée (MSSS, 2017) amène les cliniques privées à reconsidérer leur capacité de survie sans cet apport² et à craindre de ce fait une éventuelle fermeture.

Clairement, l'incertitude et parfois même la confusion dans les changements rapides et superposés en cours présentement entraînent beaucoup de préoccupations, de malaises et même de colère de la part des acteurs du réseau. Ces sentiments sont aussi partagés par la population dans son ensemble.

Il nous a donc semblé légitime de faire le point sur l'état des lieux de notre système de santé et de documenter la posture que ses artisans et les citoyens dans l'ensemble pensent de leur réseau de santé et services sociaux. Ce portrait des valeurs, de la satisfaction face à la performance du système ne doit cependant pas demeurer stérile. Il faut amener les acteurs à agir dans leur milieu et identifier ensemble les pistes les plus porteuses.

¹ Collège des médecins, Mémoire déposé en commission parlementaire sur le projet de loi 20, février 2015. Accessible au lien suivant : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-2-2015-02-01-fr-projet-de-loi-no-20-access-services-medecine-de-famille-medecine-specialisee-procreation-assistee.pdf>

² <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1007356/fin-frais-accessoires-cliniques-menacent-fermeture-reglement-cout-barrette> (accédé le 12 février)

Comment réparer le système?

Nous allons dans ce rapport faire état des résultats de notre enquête où, entre autres, les questions des embuches du parcours patient, de la place d'une livraison plurielle des services, des enjeux de gouvernance et d'une décision éclairée et l'innovation pour penser la santé autrement ont été abordées avec les répondants au sondage, les participants aux groupes de discussion et les personnes rencontrées dans le cadre des entrevues individuelles.

Cette consultation à trois niveaux ouvre des perspectives d'intérêt pour l'évolution de notre système. Nous sommes actuellement à la croisée des chemins pour assurer la viabilité du système et créer plus de valeur avec les ressources dont nous disposons.

Le rapport est structuré de la façon suivante. Dans un premier temps, nous allons récapituler les points saillants de notre système de santé canadien. Nous allons deuxièmement brosser un tableau des fonctions clés du système de santé. Cette clarification est importante pour aborder notamment avec lucidité les enjeux d'une livraison plurielle des services et aussi pour bien comprendre les notions d'équité et d'universalité qui seront centrales aux débats. Dans un troisième temps, nous allons présenter la méthodologie du sondage, le profil des répondants et le processus de consultation.

Le cœur du rapport sera organisé par section, en fonction des sujets que nous avons couverts avec les répondants. Ainsi, nous allons d'abord parler du profil de consommation des soins de santé des Québécois et de leur satisfaction face à ces soins et services au privé et au public. Par la suite, nous ferons état dans l'ordre des problématiques perçues par les répondants, des valeurs et des préférences des répondants, pour finalement aborder les solutions ou les idées d'améliorations soulevées par les répondants. Tout au long de cette présentation, nous maillerons les résultats du sondage, les commentaires, opinions et réactions des participants aux groupes de discussion et les réflexions des personnes rencontrées dans les entrevues individuelles.

Nous concluons par la suite pour dresser les lignes d'action pour amender le système et le faire évoluer en accord avec les opinions des Québécois, mais aussi en fonction des degrés de liberté que nos répondants des groupes de discussion et des entrevues individuelles ont dégagés.

Le système de santé canadien : notre fierté, notre défi

Le système de santé universel constitue une source de fierté pour un grand nombre de Canadiens. En fait, peu de choses fédèrent autant l'ensemble des Canadiens d'un océan à l'autre.

« Les valeurs fondamentales de justice et d'équité démontrées par la volonté des Canadiens de partager les ressources et les responsabilités caractérisent le système de soins de santé du Canada et ont été reflétées dans les modifications et les réformes importantes du système depuis sa création. (Traduction libre). » (Taylor, 1978)

En effet, ces multiples changements au système de santé canadien ont contribué à augmenter l'accès et à améliorer les soins offerts à la population, tout en tendant de plus en plus vers l'universalité.

Avant la Seconde Guerre mondiale, les soins de santé au Canada étaient en grande partie financés et offerts par des organismes privés. C'est en 1957 que le gouvernement fédéral s'est engagé à financer la moitié des coûts des services diagnostiques et d'hospitalisation. Cette loi prévoyait la couverture universelle et publique d'un ensemble de services définis, selon des modalités uniformes, à travers tout le Canada. Dans les quatre années qui ont suivi, tous les provinces et territoires ont emboîté le pas pour assurer le complément de couverture sur ces services offerts dans les établissements publics. Progressivement, la couverture a été étendue aux services des médecins offerts en cabinet.

« En 1966, le gouvernement fédéral a adopté la Loi sur les soins médicaux, qui prévoyait le remboursement ou le partage de la moitié des coûts assumés par les provinces et les territoires pour les services médicaux offerts par un médecin à l'extérieur des hôpitaux. Au cours des six années suivantes, toutes les provinces et tous les territoires se sont dotés d'un régime d'assurance universel qui s'appliquait aux services offerts par les médecins (Traduction libre). » (Taylor, 1978)

Des modifications seront apportées au système au fil des ans pour moduler le financement global en offrant une combinaison de cession de points d'impôt et de versements en espèces aux provinces. C'est en 1984 que le gouvernement fédéral a adopté l'actuelle Loi canadienne sur la santé. La loi a consolidé les principes fondateurs de notre système en établissant des critères concernant la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique du système.

Il est cependant important de nuancer le principe d'intégralité de notre système. Si les services spécialisés et surspécialisés sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin et sont couverts en quasi-intégralité par le gouvernement, plusieurs éléments ne sont pas inclus dans le panier de services couverts par les différents régimes de santé au pays. Par exemple, au Québec, les services de soins dentaires et d'optométrie ne sont pas couverts par le régime public. Le système de santé canadien est ainsi particulier dans sa déclinaison de l'intégralité : souvent décrit comme « étroit, mais profond », il ne couvre pas l'entièreté des services, mais ceux qui sont couverts le sont en profondeur (Blomqvist & Busby, 2015).

Dans les situations où le régime public ne couvre pas les soins, les particuliers peuvent contracter des assurances pour couvrir leurs services de santé. Cependant, il est interdit par la loi de contracter des assurances duplicatives pour avoir accès au privé, plus rapidement ou dans des modalités différentes, à

des services de santé couverts par le public. Cette disposition de la loi constitue, pour plusieurs, un frein à la liberté de choix de la population. Elle limite du même coup la capacité des entreprises privées, à but lucratif ou non, d'offrir une alternative au réseau public.

Incidemment, la loi fédérale n'interdit pas les services privés de santé ; elle limite en revanche, les conditions dans lesquelles les services achetés dans le privé peuvent être subventionnés par le biais du régime public provincial. De la même manière, la loi fédérale n'impose pas aux médecins de se désaffilier du régime fédéral pour travailler en dehors du régime public, mais limite certains procédés de facturation (Blomqvist & Busby, 2015; Boychuk, 2008). Les provinces ont, par conséquent, un vaste éventail de lois permettant ou non aux médecins d'exercer dans le secteur public ou privé (Figure 3). Ainsi, au Québec, il est toujours possible pour un médecin ou une organisation d'offrir des services de santé, mais les professionnels doivent le faire en se désaffiliant entièrement du réseau public, alors que cette pratique est interdite en Ontario (Boychuk, 2008). Au Manitoba et en Nouvelle-Écosse en revanche, si la désaffiliation au régime public est théoriquement permise, elle est cependant mitigée par le fait que les médecins ne peuvent facturer plus que ce qu'ils recevraient s'ils travaillaient dans le cadre du régime public (Flood & Archibald, 2001).

FIGURE 3 : SYNTHÈSE DES LOIS RÉGULANT LES SOURCES DE FINANCEMENT DES MÉDECINS CANADIENS SELON LEUR STATUT

Statut des médecins	Régulation	BC	AB	SK	MB	ON	QB	NB	NE	IPE	TN
Non affilié	Défense de se retirer	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
	Limite les honoraires	N	N	N	Y	n/a	N	N	Y	N	N
	Interdit les assurances privées	Y	Y	N	Y	n/a	Y	N	N	Y	N
	Pas de couverture publique	Y	Y	Y	N*	n/a	Y	Y	N*	N*	N
Affilié	Interdiction de charger directement aux patients	N*	N	Y*	Y	Y	Y	N	Y	N	Y
	Limite les honoraires	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y
	Interdit les assurances privées	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	N	Y	N
	Pas de couverture publique***							Y		Y	

Préalablement au passage de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* en juin 2004, l'Ontario a permis aux médecins de se retirer malgré que cela ne limite leurs honoraires établies en fonction du plan public et a banni la couverture de l'assurance privée pour ces services même si les patients pouvaient encore appliquer pour une compensation directe du plan. Sous la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* de 2004, les médecins ne peuvent plus se retirer et charger les patients directement.

Source : (Boychuk, 2008) – traduction libre

Quelques exceptions s'appliquent cependant à la règle générale mise en place au Québec. Nous y reviendrons plus tard dans ce rapport afin d'amener des nuances sur les différentes notions des soins

couverts, d'assurances duplicatives, d'engagement et de désaffiliation du système public, en plus de présenter des cas d'exception et de zones grises dans la mise en œuvre du système de santé québécois.

Comme il est possible de le constater, les systèmes de santé provinciaux ont évolué de façons différentes au pays ce qui a fait en sorte d'augmenter la complexité des services de santé canadiens. De par la Loi constitutionnelle de 1867, la santé est une responsabilité provinciale. Nous parlons donc « des » systèmes de santé canadiens plutôt que « du » système de santé canadien : chacun a évolué pour répondre aux besoins spécifiques de sa population et adhère à une vision différente de ce que devrait être un système de santé provincial. En particulier, au Québec, le désir d'intégrer les services de santé et les services sociaux dans un même réseau module la gamme des services offerts et la façon de les rendre à la population.

Toutefois, partout au pays, le défi de défendre les valeurs fondamentales de notre système de santé nous unit toujours. L'augmentation vertigineuse des coûts de la santé, l'évolution de l'équation démographique et les contraintes budgétaires au Québec et ailleurs au pays sont à l'origine de bien des débats sur la viabilité de notre système de santé. Nous nous débattons aujourd'hui avec un système santé moins performant, les délais d'accès aux services sont particulièrement longs au Canada lorsqu'on les compare avec d'autres pays industrialisés (Davis, Stremikis, Squires, & Schoen, 2014; Osborn, Squires, Doty, Sarnak, & Schneider, 2016). Pourtant, d'autres juridictions ont réussi à assurer qualité et accès des soins, tout en arrimant le contrôle des dépenses.

Tirillés entre des principes nobles d'universalité et leur intérêt personnel en matière d'accès, de qualité et de services personnalisés à leurs besoins, les Québécois sont en particulier perplexes devant les débats à propos du privé en santé qui enflamment l'opinion publique. La question du mix public-privé est pour le moins épineuse. Certains encensent les décisions d'autres juridictions de faire appel davantage au privé et par conséquent de favoriser la pluralité des fournisseurs de soins et de services, d'autres soulignent le risque de dérive possible. Les premiers croient que l'ouverture à la pluralité pourra améliorer la performance du système de santé en utilisant les leviers que sont la performance, la concurrence et le libre choix des acteurs (Blomqvist & Busby, 2015). Les deuxièmes allèguent que la santé n'est pas un produit comme les autres et il conviendrait d'investir toute notre énergie et nos ressources dans l'amélioration du réseau public avant même de considérer l'implication du privé. Pour les tenants de cette position, en plus de présenter une brèche dans le principe d'universalité des soins, la présence du privé constitue même une menace à la qualité des soins et affaiblit du même coup le réseau public (Conseil de la santé et du bien être, 2002).

Les fonctions clés dans le fonctionnement du système de santé et de services sociaux québécois

Avant de plonger dans le débat de la réorganisation du système de santé, il importe cependant de clarifier les rôles et les responsabilités assumés dans la dynamique des systèmes de santé. Les fonctions de financement, d'assurance, de prestation et de gouvernance sont souvent confondues, ce qui contribue à obscurcir le débat sur l'évolution de notre système de santé. Nous allons donc clarifier les rôles actuels du privé et du public dans ces quatre fonctions de base dans la dynamique du réseau.

Le financement du système

Actuellement, au Canada, l'état contribue à raison de 70 % aux dépenses en matière de santé par la redistribution des impôts provinciaux et par les transferts obtenus du fédéral (Blomqvist & Busby, 2015, p. 7). Ainsi, le gouvernement soutient les établissements publics, rembourse les médecins pour des consultations ou des services facturés au régime public et paie aussi des tiers pour offrir des services en son nom. Au Québec, le gouvernement contribue aussi à défrayer une partie des médicaments pour les gens qui ne sont pas assurés par leur employeur ou une assurance privée.

Une contribution directe, ou indirecte par le biais d'une assurance des citoyens et des entreprises, vient compléter le financement des coûts de la santé pour les services non couverts par le régime public (Colombo & Tapay, 2004, p. 9). La part du privé au Canada provient en grande partie des dépenses en médicaments, mais aussi transport ambulancier, hébergement et soins prolongés, soins à domicile, physiothérapie, tests diagnostiques, etc.

Comme l'illustre la Figure 4, on constate que parmi une sélection des pays qui sont parmi les meilleures en matière de performance en santé, on ne peut pas vraiment dire que le Canada fait bande à part. Nous nous situons tantôt avec un pourcentage plus élevé que nos comparables de consommation au privé, tantôt avec un plus faible pourcentage. Cependant, il est très clair que si on exclut les médicaments, la proportion du privé est parmi les plus faibles face aux comparables.

FIGURE 4: MIX PUBLIC-PRIVÉ DANS 5 PAYS DE L'OCDE (2011)

Pays	Activité	Source de financement	
		Publique	Privée
Pourcentage des dépenses totales en santé			
Canada	Total	70	30
	Hôpitaux	92	8
	Médecins	99	1
	Matériel médical (médicaments et autres coûts liés aux patients)	35	65
	Type d'assurance privée	• supplémentaire	
Royaume Uni	Total	83	17
	Hôpitaux	N/A	N/A
	Médecins	N/A	N/A
	Matériel médical (médicaments et autres coûts liés aux patients)	N/A	N/A
	Type d'assurance privée	• parallèle et complémentaire	
Suisse	Total	65	35
	Hôpitaux	79	21
	Médecins	60	40
	Matériel médical (médicaments et autres coûts liés aux patients)	67	33
	Type d'assurance privée	• Primaire, mais mandaté publiquement Supplémentaire/parallèle	
Australie	Total	68	32
	Hôpitaux	79	21
	Médecins	74	26

	Matériel médical (médicaments et autres coûts liés aux patients)	45	55
	Type d'assurance privée	<ul style="list-style-type: none"> Parallèle et supplémentaire 	
Pays-Bas	Total	85	15
	Hôpitaux	90	10
	Médecins	90	10
	Matériel médical (médicaments et autres coûts liés aux patients)	69	31
	Type d'assurance privée	<ul style="list-style-type: none"> Primaire, mais mandaté publiquement supplémentaire 	
Source statistiques sur la santé et calculs de l'auteurs OCDE			

Source : (Blomqvist & Busby, 2015) – traduction libre

L'assurance

L'État assure tous les Québécois de façon universelle, pour l'ensemble du panier de services couverts. Ainsi, en cas de besoin, les Québécois peuvent accéder aux services requis dans le réseau. Comme mentionné plus haut, le citoyen ne peut contracter une assurance duplicative pour couvrir sa consommation de services privés de santé, si ces services font partie du panier de services offerts au public. Il existe cependant des exceptions.

Ainsi, dans certains cas particuliers, des ententes de services ont aussi été conclues pour désengorger le système et référer au privé des patients qui ne pouvaient être traités dans les temps. C'est le cas de la chirurgie de la hanche et du genou ainsi que de l'opération de la cataracte qui peuvent être pris en charge par le privé si l'on juge que les délais au public sont déraisonnables (Assemblée Nationale, 2006).

Pour tout ce qui est à l'extérieur du panier de services assurés, les citoyens du Québec sont de plus invités à adhérer à un régime d'assurance collective ou privée pour couvrir leurs frais de médicaments, de même que certains frais non couverts par le régime. L'État assure cependant une couverture à ceux qui ne peuvent pas être couverts par leur employeur ou contracter une assurance privée pour ces services. Par exemple, les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide sociale sont automatiquement couverts par le régime d'assurance médicaments. Cependant, qu'il adhère à un régime privé ou public, le citoyen débourse une faible partie du coût des médicaments ou des services complémentaires directement de sa poche (coassurance) (Régime d'Assurance Maladie du Québec, 2017).

Prestation des services dans le système

Les soins de santé et les soins à domicile sont en grande partie offerts dans des installations publiques (hôpitaux, CLSC, CHSLD) et dispensés par des employés de l'État. Toutefois, tous les médecins qui pratiquent en cabinet sont des entrepreneurs privés, bien qu'ils soient affiliés au réseau public. Par exemple les omnipraticiens qui pratiquent en cabinet et qui participent au Régime public sont rémunérés pour leurs actes par le MSSS, mais ne demeurent pas moins propriétaires de leurs cliniques.

Bien que leur nombre ait augmenté depuis le début des années 2000, les médecins non participants ne comptaient que pour 1,38 % de l'ensemble des médecins au Québec, soit 263 sur un total de 18 990 (Guénette & Frappier, 2013). De ce nombre, 186 était des généralistes et 77 des spécialistes. Selon la même source, 243 des médecins non participants sont affiliés à 185 cliniques médicales (20 des 263 médecins non participants sont affiliés à des établissements publics de santé où certains louent des installations).

Les grosses cliniques médicales entièrement privées représentent la minorité visible plus souvent mentionnée dans les médias, mais elles ne sont pas représentatives de l'écosystème de la médecine privée. En effet, 58 % des médecins non participants travaillent seuls ou sont les seuls médecins non participants dans des cliniques comptant aussi des médecins participants. Les regroupements de 2 à 4 médecins non participants représentent 29 % du total, alors que les regroupements les plus importants, de 5 à 6 médecins non participants, concernent seulement 13 % de ces médecins (Guénette & Frappier, 2013). Ces cliniques privées offrent le plus souvent des soins généralistes, des chirurgies d'un jour et des services diagnostics ou d'imagerie. Quelques hôpitaux de réadaptation complètent la nomenclature des soins médicaux offerts en installation par des médecins désaffiliés. À cela s'ajoutent des établissements privés ou privés conventionnés dans la prestation des soins d'hébergement et de longue durée. Plusieurs services à domicile sont aussi offerts en privés pour compléter le portrait qu'il soit à but lucratif ou non (Conseil Médical du Québec, 1999).

Notons que des ententes de services font souvent en sorte que du personnel infirmier ou des médecins peuvent être attachés à un établissement public, tandis que la gestion de l'établissement est privée. Tout ce spectre de possibilités rend le départage de la contribution du privé et du public très difficile à faire.

Pour beaucoup de services consommés, la présence du privé est transparente; la carte d'assurance maladie ouvre la porte de différents services offerts tantôt par le public et tantôt par le privé. Ainsi, il importe de dissocier la prestation de service en privé du fait de devoir payer directement de sa poche ou par son assurance.

Bien qu'il existe une contribution des prestataires privés aux soins prodigués à la population, peu semblent conscients de cette contribution et restent suspicieux de ce secteur. Pourtant, les services offerts par les différentes composantes privés du réseau sont de manière générale fort appréciés des citoyens (Labrie, 2015) :

« Dans une vaste étude publiée en 2014, un groupe de chercheurs affiliés à l'Université de Sherbrooke et à l'ÉNAP se sont penchés sur la qualité des soins et des services dans les résidences privées et les CHSLD publics en mesurant 54 indicateurs répartis dans six domaines clés [...] Les résultats de leur recherche ont montré que, contrairement à certaines croyances, la qualité des soins dans les résidences privées pour personnes âgées est relativement élevée au Québec [...] En fait, la qualité des soins s'est avérée significativement supérieure dans les résidences privées pour chacune des six dimensions à l'étude. » (Labrie, 2015)

Ainsi, la méfiance envers le privé du point de vue de la qualité notamment est souvent injustifiée. Les faits ne démontrent pas une qualité de service moindre au privé, comparativement au public. Cependant, les craintes demeurent dans certaines franges de l'opinion publique indiquant que l'entreprise privée en

santé favoriserait d'abord son intérêt avant celle de ses usagers. Nous reviendrons sur cette question au cours du rapport, mais pour l'heure il importe de considérer la quatrième fonction du système de santé, c'est-à-dire la gouvernance comme une force fondamentale et nécessaire pour éviter toute dérive des prestataires du système, qu'ils soient privés ou publics.

Gouvernance du système

L'État a la responsabilité de s'assurer que les principes fondateurs de notre système sont respectés et que les prestataires engagés dans la dispensation des services agissent dans le bénéfice des patients et des usagers, en tout respect de la loi. La dimension de gouvernance constitue la quatrième fonction du système. Des balises sont indispensables pour garantir la qualité, la sécurité et la performance du système, peu importe en fait que les services soient offerts par une entité privée ou par le public. Ainsi, des mécanismes de surveillance et d'audit doivent être soutenus par le gouvernement.

L'État est aussi responsable de la législation et de la réglementation en amont. Il doit aussi veiller à l'allocation judicieuse des ressources. La délivrance des permis et des autorisations diverses font aussi partie de ses responsabilités. Il ne pourrait exister un système fonctionnel, peu importe la présence du privé, si cette fonction de gouvernance n'était pas adéquatement exercée. L'actuelle crise des frais accessoires est un exemple criant de la nécessité d'assurer une gouvernance sérieuse du fonctionnement du réseau.

Il importe de constater que la fonction de gouvernance vient contrebalancer l'exercice des prestataires. Elle offre ainsi la vision, clarifie la mission et met en place les incitatifs et les moyens coercitifs pour baliser et encadrer l'action des acteurs. L'État, qui assume cette fonction dans notre juridiction, a donc toujours le dernier mot et peut policer le comportement des prestataires.

Un système, quatre fonctions à géométrie variable

Les systèmes de santé de par le monde peuvent se classer en fonction des acteurs qui assument ces quatre fonctions. Notons d'abord que la fonction de surveillance est typiquement maintenue dans le giron de l'État dans la majorité des juridictions étudiées, mais rien n'empêcherait par exemple d'impartir un rôle de surveillance à une agence accréditée. L'existence du NHS en Grande-Bretagne ou plus proche de nous de *l'Alberta Health services* en Alberta permet de donner une saine distance entre le politique et l'administratif. D'ailleurs, l'exercice d'une gouvernance clinique à travers des structures « neutres, dépolitisées [et] crédibles » est une idée qui fait consensus au Québec (AQESSS, 2014). Il est de mise, de préciser qu'une prestation d'un acteur public ou privé doit demeurer balisée et règlementée par l'État où l'entité qui est responsable d'assurer la gouvernance du réseau.

Typiquement, la fonction de financement peut être assumée par l'État, les citoyens (de leur poche ou par le biais de leur assurance) ou encore des entreprises au bénéfice de leurs employés. Dans les différentes juridictions du monde occidental, la proportion assumée par ces acteurs varie et plusieurs cas de figure sont possibles, spécialement si on considère les portions respectives assumées pour les soins médicaux, les autres soins de santé, les médicaments ou les services connexes.

La fonction d'assurance, quant à elle, est assumée par l'État ou par des compagnies d'assurances qui assurent les particuliers ou les employés des entreprises, moyennant une prime versée. Encore une fois, on constate de grandes variations entre les juridictions dans la répartition de la fonction assurance.

La question la plus délicate cependant pour les Québécois est le rôle du privé dans la prestation des soins. Techniquement, la prestation des services peut être assurée par l'État ou par des entreprises privées à but lucratif ou non. Comme nous l'avons exprimé, le rôle du privé varie d'une juridiction à l'autre. Au Québec, et c'est aussi le cas dans les autres juridictions canadiennes, les services médicaux sont essentiellement prodigués par l'État, en installation ou par le biais des médecins affiliés pratiquant en cabinet. Dans les autres juridictions de l'OCDE, la répartition des services prodigués par les entreprises privées et les organisations publiques varie beaucoup. Comme nous l'avons vu plus tôt, parmi les pays reconnus pour leur performance en santé, la contribution du privé dans la prestation est significative. Sur la base de ce fait, l'exploration de modèles différents s'impose pour mesurer les pour et les contres et prendre une décision éclairée.

Dans la cohabitation du privé et du public dans la prestation des soins et services, nous dénombrons plusieurs cas de figure possibles. Par exemple, une entreprise privée peut offrir des services assurés par l'État et recevoir une rétribution de l'État payeur en fonction des services rendus. Concrètement, cela veut dire que le prestataire privé accepte la carte d'assurance maladie du patient ou de l'utilisateur et réclame à l'État les taux conventionnés pour les services rendus à la population. Ainsi, la prestation réalisée en privé peut être transparente aux yeux de l'utilisateur ou du patient.

S'il n'y a pas de convention entre l'établissement et l'État ou encore si le médecin est désaffilié, les citoyens doivent alors déboursier de leur poche. En conséquence, bien qu'il soit permis à tous d'acheter des services de santé au privé, ce qui retient le consommateur est certainement les coûts afférents, ce qui fait dire à certains que la présence du privé offre un système à « deux vitesses » : un système pour les mieux nantis et un autre pour le citoyen ordinaire.

Or dans plusieurs juridictions, le principe d'universalité est pourtant maintenu en permettant aux citoyens de présenter leur preuve d'assurance (par exemple la carte d'assurance maladie, comme nous l'avons expliqué plus haut) au moment de la visite ou d'être remboursés par un mécanisme rétroactif pour les soins et services reçus dans une organisation privée. C'est le cas en France où les visites chez le médecin non conventionné ou les chirurgies effectuées en clinique privée sont remboursées par l'assurance maladie à hauteur du tarif pratiqué au public, le reste est pris en charge soit par l'assurance complémentaire du patient soit par le patient directement (FHF, 2015). Au Danemark, où le système public est gratuit et universel, se faire soigner au privé n'est pas remboursé par l'État. Toutefois, le Danemark a instauré en 2002 « la règle du libre choix de l'hôpital » pour réduire les temps d'attente : ainsi, tout patient qui n'est pas en mesure d'être traité par le système public dans les 2 mois (la limite est fixée à 30 jours actuellement) suivant la date de référence par le médecin peut choisir de se faire soigner dans un hôpital privé au Danemark ou dans un hôpital à l'étranger (Health Policy Monitor, 2007). L'État rembourse le prestataire privé selon un forfait, comme elle le fait actuellement pour tous les médecins qui officient en cabinet. Dans cette éventualité, la rapidité d'accès, la qualité des soins, la proximité et le service pèseront dans la balance dans le choix d'un prestataire de services, qu'il soit privé ou public. Ce

n'est pas le cas au Québec et, pour les Québécois, se faire traiter au privé demande un débours très important et freine le développement et les initiatives des entrepreneurs privés.

Qui plus est, l'État québécois, de même que les gouvernements des autres provinces du Canada, ne permettent pas aux citoyens de contracter une assurance duplicative afin d'accéder aux services offerts par des entreprises privées, si ces mêmes services sont disponibles dans le réseau public. Par exemple, à l'inverse du Danemark, il n'est pas possible de se prémunir contre de longs délais pour avoir accès rapidement à un professionnel de la santé via une assurance. Cette disposition de la loi cherche encore une fois à éviter le « système à deux vitesses » où les mieux nantis pourront accéder à des services plus rapidement ou à des services complémentaires plus luxueux. Pourtant, le système à « multiples vitesses » existe déjà. Les employés d'entreprise, les prestataires de la CSST, les anciens combattants ou les détenus ont déjà accès à ce privilège par les dispositions de la loi (Jacinthe, 2008).

On craint aussi qu'en élargissant l'accès du privé à l'ensemble de la population, un glissement de la capacité actuelle dans le réseau public s'en aille au privé. Ainsi, des professionnels se désaffilieraient pour ouvrir leurs propres cliniques ou hôpitaux. Ce faisant, les listes d'attentes déjà longues au public s'allongeraient, augmentant autant l'attrait du privé pour les patients : un cercle vicieux qui viderait de ses ressources le secteur public.

Pourtant, si le privé n'est pas la panacée, il n'en demeure pas moins un partenaire de choix dans la modernisation du système, pour peu que le rôle de chacun se précise et qu'une dynamique saine s'établisse entre les parties. La fonction de gouvernance est très importante pour orchestrer cette contribution cependant.

Ainsi, les forfaits payés pour les services offerts en privé et les balises de performance imposées par l'État régulent l'appétit des entrepreneurs et des professionnels à choisir leur façon de servir la population. Par exemple, des tarifs trop bas pour des interventions faites en privé vont décourager des professionnels à ouvrir des cliniques, des tarifs trop élevés avantageraient les entrepreneurs avides d'un profit. D'un point de vue systémique, l'État a donc intérêt à trouver un juste prix pour des remboursements qui vont à la fois stimuler l'entrepreneuriat, mais en même temps qui représentent une économie par rapport au coût d'effectuer ces interventions dans des installations hospitalières publiques où les coûts sont structurellement plus élevés.

En ce sens, les avancées actuelles sur la tarification basée sur le parcours du patient qui est en évaluation actuellement sont un jalon important dans la détermination de ces justes prix. Il importe cependant que cet outil en processus d'appel d'offres au moment d'écrire ce rapport ne devienne pas un instrument de torture des établissements publics. Il ne faudrait pas que des coupes paramétriques deviennent la norme pour réduire le budget de tous les établissements qui se situent « en haut de la moyenne » provinciale, pour un épisode de soins ou une trajectoire de services. La question doit être regardée dans sa globalité, en tenant compte de la qualité, de l'accès et de toutes les autres dimensions de performance d'un établissement.

Il faut aussi considérer qu'un établissement public est à vocation généraliste. Il doit accueillir des cas complexes et composer avec une grande mixité dans les services à prodiguer. Généralement, les

entreprises privées vont se spécialiser dans un service précis et miser sur l'optimisation. Elles sont donc programmées structurellement pour avoir des coûts de revient plus faibles par cas.

De plus, la mission universitaire et la fonction d'enseignement plombent largement la productivité des établissements publics. Ce sont cependant des fonctions essentielles au développement de notre réseau. Ce n'est que très rarement la responsabilité des entreprises privées d'assumer ces fonctions.

Cette discussion sur la place du privé en santé est vaste et émotive. La présente section a cherché à détailler quelques éléments pour permettre de comprendre les positions des uns et des autres. Nous avons aussi exploré les possibilités mise en actions et illustré avec quelques exemples tirés d'autres juridictions. Nous reviendrons dans l'analyse des résultats sur ce sujet, mais cette section d'introduction a permis de mettre la table pour une saine discussion.

Méthodologie

Le projet « Des idées en santé », démarré à l'automne 2016, a pour objectif de déclencher une discussion au sein de la société civile et d'engager un dialogue avec les leaders d'opinion portant sur la consommation de soins de santé des Québécois et l'amélioration possible de notre système de santé à financement public.

Notre souci constant dans la conduite de cette recherche fut d'offrir un portrait impartial et non partisan de la réalité. Nous souhaitions avoir une représentation de l'ensemble de la population, mais aussi une représentation de tous les acteurs de la santé et services sociaux. Finalement, nous voulions aussi bénéficier du soutien d'une large coalition dans le financement de cette recherche. Le discours en santé est émaillé d'idéologies et d'idées reçues; nous voulions d'abord en témoigner, mais aussi pouvoir ouvrir un dialogue entre les tenants de ses positions souvent opposées.

Dans le rendu des opinions, nous avons ainsi cherché à rapporter le plus fidèlement possible, dans l'expression de leur diversité, les éléments représentatifs recueillis, en opposant, au besoin des arguments avancés. Nous souhaitions dans cette recherche rapprocher les joueurs et faire jaillir des discussions de nouvelles idées.

Notre intention a cependant été de mettre de l'avant davantage les consensus que les différences. C'est à partir d'une identité commune et des valeurs partagées que le Québec s'est construit, que le réseau de la santé a émergé. Nous croyons que c'est aussi à travers les valeurs communes et les consensus que nous pourrions passer à l'action dans la transformation du réseau. À notre grand bonheur, les convergences sont beaucoup plus nombreuses que les différences et sur plusieurs points, des consensus se dégagent.

Cette recherche a été menée de façon originale en engageant d'abord un dialogue avec la revue l'Actualité pour connaître leur intérêt à diffuser un tel projet. Nous avons aussi en parallèle consulté plusieurs acteurs du réseau pour savoir leur intérêt à voir émerger un tel projet. Nous avons alors jeté les bases du projet et rassemblé une coalition d'organisations qui seraient prêtes à soutenir l'aventure³. Par la suite, nous avons abordé un protocole de recherche ambitieux.

Revue de littérature

Tout d'abord, une revue de littérature a été réalisée autour des grands thèmes choisis du projet, c'est-à-dire la consommation des services de santé et services sociaux de même que les valeurs et la satisfaction envers le système de santé des Québécois. Nous avons surtout exploré les pratiques et les innovations au Québec, mais aussi dans d'autres pays comparables. La revue de littérature nous a permis de structurer

³ La liste des organisations qui soutiennent financièrement cette recherche est listée dans la section sur les remerciements au début de ce rapport.

la démarche de collecte qui allait suivre et de proposer des données comparatives, de même que des pratiques ou des modèles possibles pour approfondir la réflexion dans ce rapport.

Sondage auprès des Québécois

La démarche de collecte s'est déroulée en trois temps. En premier lieu, un sondage populaire a été réalisé par la firme CROP auprès de 1000 Québécois afin de récolter leurs opinions sur un certain nombre de questions relatives à leur satisfaction à l'égard du système de santé, à leurs valeurs et attachement à différents éléments du système actuel, aux problèmes perçus et aux priorités à aborder ainsi qu'à leur ouverture à certaines idées fréquemment discutées dans les médias. Le sondage comportant une quarantaine de questions a été préparé par la firme de sondage CROP et l'équipe du Pôle santé HEC Montréal.

La collecte de données en ligne s'est déroulée du 6 au 13 octobre 2016 par le biais d'un panel web. Au total, 1000 questionnaires ont été remplis. Les résultats ont été pondérés par la firme afin de refléter la distribution de la population à l'étude selon le sexe, l'âge, la langue maternelle et le niveau de scolarité des répondants. Notons que compte tenu du caractère non probabiliste de l'échantillon, le calcul de la marge d'erreur ne s'applique pas.

Comment lire les données du sondage

Il est possible que la somme des résultats présentés n'égalent pas toujours 100 % puisqu'il s'agit de pourcentages arrondis.

Les différences significativement plus...

... élevées sont indiquées **EN BLEU**

... basses sont indiquées **EN ROUGE**.

Profil des répondants

Afin de mieux interpréter les résultats obtenus auprès de la population sondée, il a été intéressant de dresser le profil des répondants. Pour ce faire, nous avons dressé le profil sociodémographique des répondants à notre sondage, en plus de s'intéresser à leur ``consommation`` du système de santé et de services sociaux. Nous avons également jugé pertinent de savoir si la population sondée représentait des malades chroniques ou des individus qui utilisent notre système de santé de façon ponctuelle. La prochaine section décrit le profil de ces répondants.

Profil sociodémographique

La Figure 5 : Profil des répondants au sondage Figure 5 présente la répartition des répondants selon le sexe, le revenu du ménage, l'occupation, la région de résidence, l'âge, de scolarité et de langue maternelle. Notez que les données du profil ont été croisées avec les résultats aux questions « avez-vous un médecin de famille » et « souffrez-vous d'une maladie chronique » (dont les résultats sont présentés dans la section suivante).

FIGURE 5 : PROFIL DES RÉPONDANTS AU SONDAGE

	TOTAL	A un médecin de famille ⁴	Souffre d'une maladie chronique ⁵
SEXE	1000	785	291
Hommes	49	46	46
Femmes	51	54	54
REVENU-MÉNAGE			
Moins de 40 000 \$	24	25	26
40 000 \$ à 59 999 \$	16	16	18
60 000 \$ à 79 999 \$	14	13	15
80 000 \$ à 100 000 \$	13	14	15
100 000 \$ et plus	16	16	13
Je préfère ne pas répondre	16	16	13
OCCUPATION			
Temps plein	45	40	33
Temps partiel	8	6	5
Travailleur autonome	4	4	3
Chômeur (se)	2	3	2
À la maison	6	6	12
Retraité(e)	29	34	42
Étudiant(e)	6	7	3
RÉGION			
Île de Montréal	24	21	20
Rive-sud de Montréal	12	10	12
Rive-nord de Montréal	12	14	12
Québec RMR	10	11	11

⁴ Question posée : Avez-vous un médecin de famille?

Oui, Non, Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre

⁵ Question posée : Selon l'Organisation mondiale de la santé, la maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. Par exemple : l'insuffisance cardiaque, le diabète, le cancer, l'hypertension, l'asthme, les maladies pulmonaires et les allergies sévères. Est-ce que vous souffrez d'une maladie chronique?

Oui, Non, Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre

Reste du Québec	42	43	45
ÂGE			
18-34 ans	27	22	12
35-54 ans	36	35	37
55 ans et plus	37	43	51
SCOLARITÉ			
Secondaire ou moins	35	38	38
Collège	44	41	46
Université	22	21	16
LANGUE MATERNELLE			
Français	80	84	84
Anglais ou autre langue	20	16	16

L'ensemble des variables de contrôle (la langue, la scolarité, l'âge, le revenu, le lieu de résidence, l'occupation ou le sexe) a été croisé avec l'essentiel des questions du sondage par la suite pour identifier des comportements, des opinions ou des valeurs particuliers à des sous-groupes. Dans le rapport, nous avons fait état, lorsque pertinent, de ces différences. Si les mentions de telles différences ne sont pas soulignées, c'est qu'elles ne s'avéraient pas significatives ou ne permettaient pas d'avancer une hypothèse particulière.

Outre les questions démographiques, deux autres questions ont été posées aux répondants du sondage afin de les caractériser davantage et de déterminer si ces derniers étaient représentatifs de la population québécoise.

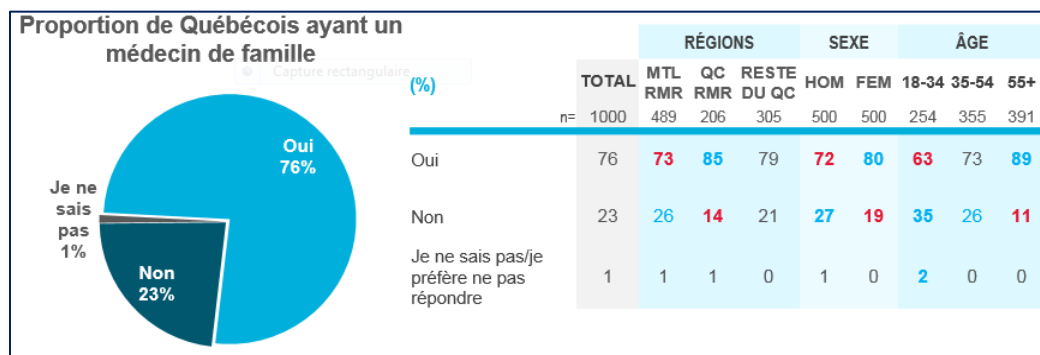
Accès à un médecin de famille

L'accès à un médecin de famille est un excellent indicateur de la performance du système de santé dans la mesure où l'existence de services de première ligne efficaces est directement liée à l'amélioration, tant de la santé des individus qu'à la performance du système (Starfield, Shi, & Macinko, 2005; Dubé-Linteau, Pineault, Levesque, Lecours, & Tremblay, 2013). De nombreux efforts doivent et sont ainsi fournis pour améliorer l'accessibilité à un médecin de famille au Québec (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015; Commissaire à la santé et au bien-être, 2016).

Dans le cadre du sondage, les répondants ont affirmé avoir accès à un médecin de famille à hauteur de 76 % ce qui rejoint les études faites par le passé. En effet, l'enquête sur l'expérience de soin des Québécois dénombrait que près de huit Québécois sur dix avaient un médecin de famille (79 %) (Dubé-Linteau, Pineault, Levesque, Lecours, & Tremblay, 2013), tandis que le MSSS fixait cette proportion à 70 % au 1^{er} janvier 2016 – 76 % pour les femmes, 65 % pour les hommes – (MSSS, 2016).

Comme nous l’anticipions, les résidents de la grande région de Montréal ont moins de médecins de famille que ceux de Québec, réputé pour son excellente couverture régionale. Il est aussi à noter que les femmes ont, dans une proportion plus grande que les hommes, un médecin de famille. Notons aussi que les personnes de plus de 55 ans ont accès à un médecin de famille dans une proportion de 89 % (Figure 6).

FIGURE 6 : PROPORTION DE QUÉBÉCOIS AYANT UN MÉDECIN DE FAMILLE



Maladies chroniques

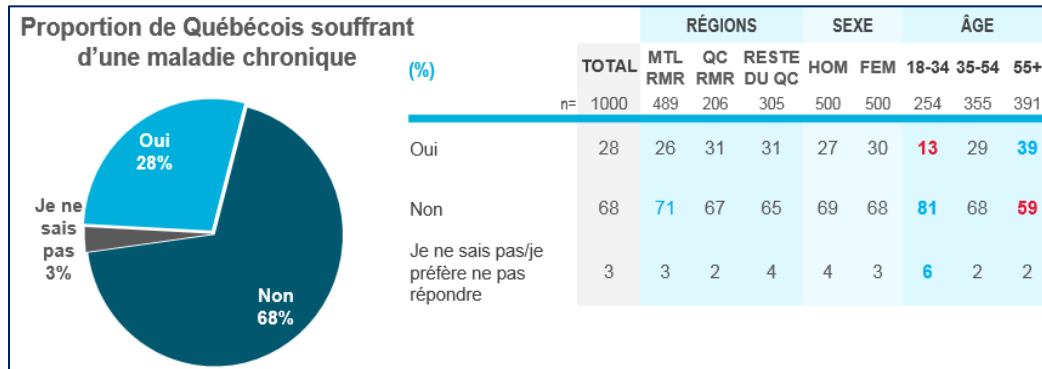
Les maladies chroniques sont en augmentation à travers le monde et elles constituent un poids non négligeable dans les dépenses de santé des pays. Certaines études soulignent les améliorations nécessaires dans la qualité des soins offerts à cette population vulnérable fortement consommatrice de service de santé et qui demande une plus grande coordination des services (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007).

Le Canada en général et le Québec en particulier, à l’instar des autres juridictions, ne sont pas en reste. Au Canada, l’Agence de santé publique estime que 38,4 % de la population âgée de 20 ans et plus est atteinte d’au moins l’une des 10 principales maladies chroniques et que 21,4 % des individus âgés de 20 ans et plus est atteinte d’au moins une maladie chronique majeure (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques) (Agence de la santé publique du Canada, 2013). De la même manière, au Québec, plusieurs études indiquent que près de la moitié des Québécois de plus de 15 ans souffrent d’une maladie chronique (Fournier & Murphy, 2016; MSSS, 2015) et près du quart en cumule plusieurs (Fournier & Murphy, 2016). Cette proportion tombe à 44 % pour la population âgée de 20 et plus (MSSS, 2012)

28 % des répondants au sondage ont déclaré souffrir d’une maladie chronique (Figure 7). Bien entendu, les personnes âgées présentent une prévalence plus élevée (39 %). Ce pourcentage semble cependant plus faible que dans les statistiques rapportées ci-dessus (MSSS, 2015; MSSS, 2012). Il faut cependant noter que la question a été limitée à quelques maladies (l’insuffisance cardiaque, le diabète, le cancer,

l'hypertension, l'asthme, les maladies pulmonaires et les allergies sévères) parmi les dix listées dans le cadre de référence du MSSS (MSSS, 2012)⁶, ce qui pourrait expliquer la disparité.

FIGURE 7 : PROPORTION DE QUÉBÉCOIS SOUFFRANT D'UNE MALADIE CHRONIQUE



Dans l'ensemble, en combinant les éléments du portrait démographique présenté dans la section méthodologie avec les données sur l'accès à un médecin de famille et la prévalence de maladies chroniques, il est possible d'affirmer que l'échantillon est représentatif de la population québécoise.

⁶ Les maladies chroniques ciblées sont : Diabète, arthrite rhumatoïde, arthrose, MPOC, asthme, hypertension, maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, fractures ostéoporotiques (majeure, mineure, probable)

Groupes de discussion

En deuxième lieu, les résultats du sondage analysés par la firme CROP ont servi de matériel de discussion pour une série de cinq groupes de discussion incluant des représentants de différentes parties prenantes du système de santé et de services sociaux. Dans chacun des groupes de discussion, d'une durée de deux heures, les participants ont été exposés aux résultats du sondage CROP et invités à y réagir. Deux grandes questions leur ont été posées :

- (1) Quelles sont vos réactions aux données présentées? (Y a-t-il des données qui vous surprennent plus que d'autres? Que retenez-vous?)
- (2) Connaissant ces résultats, quelles sont vos intentions/idées d'actions/orientations proposées pour l'avenir du système de santé et de services sociaux?

Plus de 200 personnes ont été contactées pour participer à ces groupes de discussion et les cinq groupes ont permis de rencontrer soixante personnes, dont :

- des directeurs, gestionnaires et cadres du réseau public ;
- des représentants des professionnels de la santé (médecins omnipraticiens et spécialistes, infirmières, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.) ;
- des représentants des patients et des comités citoyens impliqués en santé ;
- des représentants des syndicats de la santé ;
- des représentants des fédérations, ordres, associations et regroupements (médicaux et autres professionnels de la santé) ;
- des représentants du secteur de l'innovation et des nouvelles technologies ;
- des représentants des assureurs et des mutuelles d'assurances ;
- des représentants d'organisations prestataires de soins et services (OBNL, privées et coopératives) ;
- des experts et des universitaires.

Les participants provenant des représentants des patients et des comités citoyens impliqués en santé ont été répartis dans les cinq différentes rencontres de groupes que nous avons tenues, question de fertiliser les débats avec cette préoccupation constante. Nous avons tout de même donné une couleur particulière à chacun des groupes afin de pouvoir discuter plus en profondeur certains thèmes ou aspects du sondage. Ainsi, voici les cinq groupements que nous avons faits :

- **Réseau** (hors cadres, directeurs, gestionnaires et cadres du réseau public, représentants des patients);
- **Professionnels de la santé** (médecins, professionnels de plusieurs ordres, représentant des patients);
- **Groupes d'intérêts** (Représentants de fédération/ordres/associations professionnelles, représentants de syndicats, représentants des patients);

- **Innovation – Experts** : (experts et universitaires, représentants des grappes des sciences de la vie, des médicaments, des TIC ou de l’innovation en santé, représentants des patients);
- **Fournisseurs variés** : (Gestionnaires d’établissements privés, privés conventionnés, d’OBNL, de coopératives, entreprises d’économie sociale, mutuelles et assureurs de personne, représentants des patients);

Dans la présentation de nos résultats, nous avons d’ailleurs utilisé cette appellation entre parenthèses, à la fin des citations, afin d’identifier dans quel groupe le commentaire a été entendu. Il est aussi à noter que les résultats du sondage n’ont pas été discutés de façon égale dans tous les groupes. Nous avons préféré utiliser le temps de discussion limité pour approfondir certains thèmes avec des intervenants plus interpellés par des questions spécifiques.

Entrevues individuelles avec des acteurs stratégiques

En troisième lieu, une série d’entrevues individuelles avec quelques leaders d’opinion ont permis de bonifier les réflexions issues du groupe de discussion et d’approfondir des sujets pour lesquels ils sont reconnus comme experts. Ces personnes se sont vues présenter une partie des résultats du sondage CROP et des échanges du groupe de discussion afin de les amener à réagir et partager leurs perceptions et connaissances à ces sujets. Les experts rencontrés sont les suivants :

- André-Pierre Contandriopoulos, professeur émérite en administration de la santé
- Robert Ouellet, radiologue et ancien président de l’Association Médicale du Québec et du Canada
- Jacques Nantel, professeur émérite au département de Marketing à HEC Montréal
- Benoit Morin, président directeur général (PDG) du CIUSSS de l’Ouest-de-l’ Île-de-Montréal
- Pierre Lavoie, cofondateur du défi Pierre Lavoie
- Denis Roy, vice-président science et gouvernance clinique à l’INESSS
- Dre Diane Francoeur, présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Dr Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Dr Philippe Karazivan, Directeur et Alexandre Berkesse, conseiller sénior de la Direction collaboration partenariat patient
- Un expert anonyme

Les personnes rencontrées ont été généreuses et leurs propos nous ont éclairés énormément. Nous tenons à les remercier sincèrement. Chacune des citations retranscrites dans le texte a été dûment autorisée par les auteurs. En ce climat d’incertitude où plusieurs n’osent pas parler des besoins de redressement majeurs que nous avons en matière d’innovation, de pertinence des soins offerts, de libre choix des clients, de gouvernance éclairée, nous sommes très reconnaissants de leur contribution.

Notons à cet effet que des entrevues additionnelles nous ont été accordées, mais n’ont pas pu être incorporées à ce rapport, car dans le climat actuel, ces acteurs interviewés nous ont demandé de retirer leurs citations et de taire leur participation à l’étude. Nous les remercions tout de même sincèrement

pour leur contribution à l'avancement de notre réflexion. Nous déplorons du même souffle, que certains acteurs sentent une pression assez forte pour sentir le besoin de retirer leurs propos. Dans un état démocratique, cette situation devrait préoccuper tout le monde.

Présentation des résultats

Dans le cadre de cette démarche de recherche, l'équipe du Pôle santé HEC Montréal a sondé les Québécois sur l'importance du système de santé et services sociaux et l'avenir de son financement, sur leur niveau de satisfaction à son égard, sur les problématiques perçues ainsi que sur différentes pistes d'action pour l'améliorer. La prochaine section du rapport présente ces résultats en les enrichissant des données recueillies auprès des groupes de discussion, des entrevues avec les leaders en santé et services sociaux et de l'analyse de la documentation pertinente.

Domaines jugés prioritaires dans les actions du gouvernement

D'abord, comme en témoigne la Figure 8, il est intéressant de noter que les Québécois identifient l'amélioration des services de santé comme domaine prioritaire dans les actions du gouvernement.

FIGURE 8 : DOMAINES PRIORITAIRES DANS LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT

(% Total 3 priorités)	TOTAL	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
	n= 1000	254	355	391
Améliorer les services de santé	80	75	78	86
Améliorer l'économie et la création d'emplois au Québec	53	51	57	50
Améliorer les services d'éducation	47	51	44	46
Améliorer les finances publiques et la dette	34	29	39	33
Améliorer les programmes sociaux	23	21	20	27
S'occuper des enjeux d'environnement	20	32	17	15
Assurer la défense du français	14	11	10	19
Diminuer la criminalité	11	12	12	10
S'occuper de l'immigration	9	6	12	8
Défendre et protéger les droits et libertés	9	11	11	6

La santé est le domaine qui a été identifié de façon prioritaire par les répondants au sondage, et ce, avec grande clarté. Spécifiquement, 80 % des Québécois classent les enjeux de la santé dans leurs trois principales priorités. Viennent au second rang l'économie et la création d'emploi et en troisième rang l'éducation avec respectivement 53 % et 47 %.

Les participants aux groupes de discussion ont été nombreux à souligner la reconnaissance massive des enjeux de la santé au sommet des priorités des Québécois et ont tenu à mettre l'accent sur la nécessité

d'agir avec vigueur pour améliorer le système. Ils se sont, par ailleurs, étonnés de la piètre troisième place de l'éducation.

Selon Pierre Lavoie, Cofondateur du défi Pierre Lavoie, la principale priorité dans les actions du gouvernement devrait sans aucun doute être l'éducation : « *Misons sur l'éducation au Québec, c'est beaucoup plus important que la santé. L'éducation, c'est la colonne vertébrale de ta société* ». Selon M. Lavoie, des pays qui font meilleure mine que celle du Québec à divers points de vue tels le Danemark et la Finlande investissent une plus grande partie de leur revenu dans l'éducation et non pas en santé : « *Lorsqu'on a un problème dans notre société, on doit miser sur l'éducation pour le régler* ».

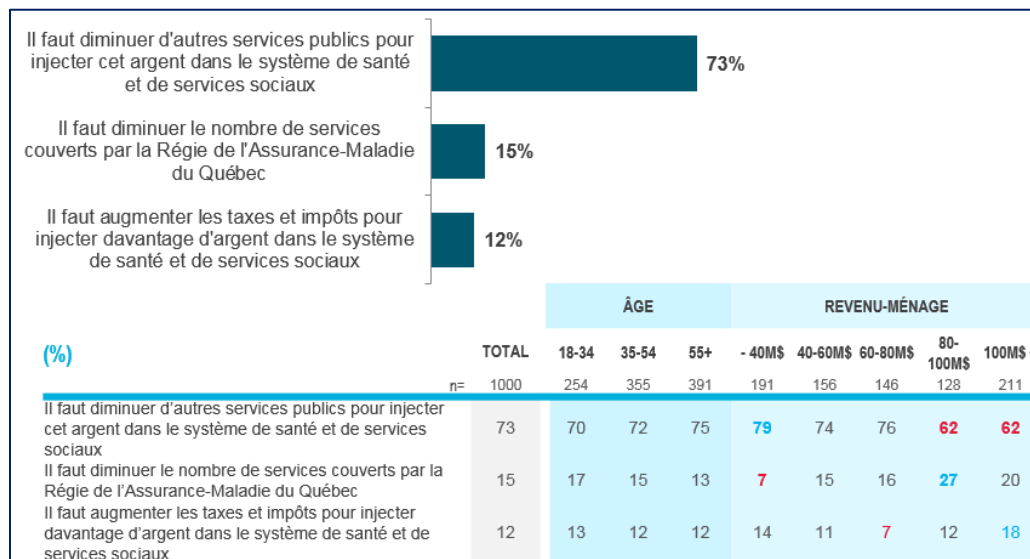
Pierre Lavoie cite l'exemple de David Suzuki, reconnu entre autres pour son militantisme écologiste. M. Suzuki a fait les manchettes l'année dernière en disant qu'il avait échoué sa mission à l'égard de l'environnement. En effet, ce dernier a cru à tort qu'il serait en mesure de convaincre les entreprises et les gouvernements de mettre en place des mesures contraignantes pour changer les habitudes des gens et protéger l'environnement. Cet expert en est venu à la conclusion que sa stratégie n'était pas la bonne et qu'il aurait dû plutôt aller dans les écoles pour éduquer. À ce sujet, Pierre Lavoie ajoute :

« *Le message est là, pour changer des comportements, il faut éduquer la population!* » Pierre Lavoie

L'avenir du financement du système

Concernant l'avenir du financement de notre système, 73 % des répondants préféreraient diminuer d'autres dépenses publiques pour injecter cet argent dans la santé, dans la mesure où la facture de la santé devait encore grimper. Bien que le résultat soit saisissant, il n'est pas surprenant, considérant l'importance que les Québécois accordent à la santé. Ils sont 15 % à plutôt prôner une diminution des services alors de 12 % opteraient davantage pour une augmentation des impôts (Figure 9).

FIGURE 9 : AVENIR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX



Ces résultats ont surpris les participants des groupes de discussion. Considérant que les dépenses en santé ponctionnent actuellement près de 50 % du budget de l'État et que l'on estime que, si rien n'est fait, cette proportion pourrait atteindre 69 % d'ici 2030 (Clavet, Duclos, & Fortin, 2013), il semblerait qu'il y ait encore de la marge dans l'opinion publique pour laisser croître cette portion des dépenses de l'État sans que la crise n'éclate.

Selon Pierre Lavoie, l'avenir de notre système de santé ne passera certainement par une augmentation des fonds injectés dans le volet curatif. L'évolution des types de maladies qui touchent et qui toucheront notre population (maladies chroniques, Alzheimer, Parkinson, etc.) exigera de plus en plus de ressources. Tel qu'il est conçu présentement, notre système n'aura pas la capacité de répondre à tous ces besoins : « *Le système doit évoluer. Pour l'instant, notre système est juste basé sur la guérison, le curatif. La voie de sortie, c'est la prévention* », souligne M. Lavoie. En ce moment, moins de 2 % du budget de la santé est investi en prévention :

« *Aucune entreprise ne survivrait dans un modèle comme celui-là!* », ajoute Pierre Lavoie.

Les résultats du sondage CROP révèlent que les Québécois sont prêts à d'énormes sacrifices pour conserver leur système universel. Cependant, il n'y a pas lieu de faire le choix de Salomon pour résoudre les maux de la santé. Il est aussi possible d'espérer améliorer le système de l'intérieur pour créer de la valeur avec les ressources actuellement investies et en utilisant des approches créatives.

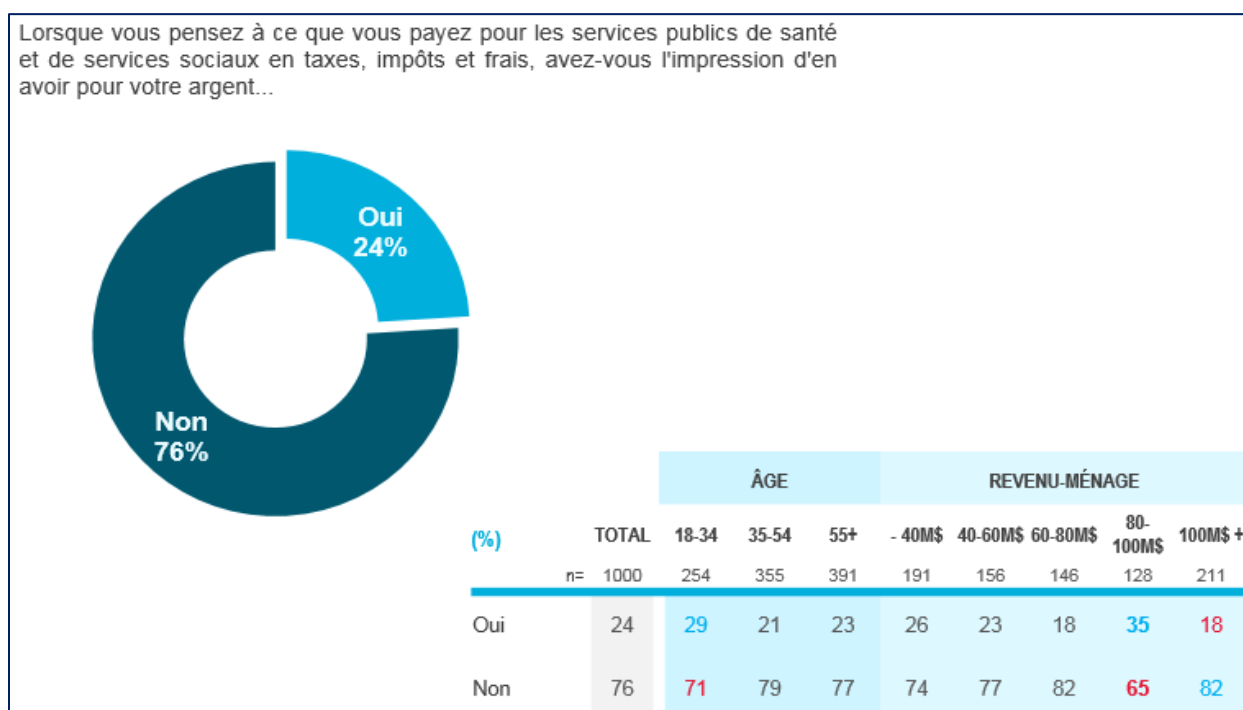
Satisfaction générale des Québécois

Cette démarche de recherche nous a permis de sonder les Québécois sur leur satisfaction en générale et sur différents éléments plus spécifiques de notre système de santé et de services sociaux du Québec. La prochaine section présente les résultats obtenus de notre sondage, commentés par les groupes de discussion et l’avis de certains experts, concernant le sentiment d’en avoir assez pour son argent, la satisfaction

Sentiment d’en avoir assez pour son argent

La nécessité d’améliorer notre système est d’autant plus criante que les Québécois sont très critiques à l’égard de la performance du système de santé et services sociaux, comme en témoigne la Figure 10. En effet, lorsqu’on demande aux répondants au sondage s’ils ont l’impression « d’en avoir assez pour leur argent », plus de 76 % déclarent que non. À ce propos, il est intéressant de constater que les Québécois âgés entre 35 et 54 ans sont les plus critiques.

FIGURE 10 : SENTIMENT D’EN AVOIR POUR SON ARGENT GRÂCE AUX TAXES, IMPÔTS ET FRAIS PAYÉS



Comme l’ont souligné les participants aux groupes de discussion, nous assistons cependant à un phénomène qui va à l’encontre des idées reçues. En effet, les répondants dont le revenu du ménage se situe entre 80 000 \$ et 100 000 \$ sont plus indulgents par rapport à l’efficacité du système de santé. Nous n’avons pas d’explication à fournir pour expliquer cette donnée qui brise la tendance générale des autres tranches de revenu qui, respectivement, précède et suit.

Concernant ce faible pourcentage de gens qui ont l'impression de ne pas en avoir assez pour leur argent, Benoit Morin, Président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal), perçoit deux défis de taille : l'éducation, car la population n'est pas suffisamment au courant des services qui sont disponibles pour l'aider, et la simplification des accès : « Ce n'est pas la qualité des services qui est en cause ni, dans bien des cas, la quantité. C'est l'arrimage de tout cela dans les processus ».

Nous avons entrepris dans le sondage de définir les priorités d'actions en nous basant d'abord sur la satisfaction des usagers, des patients et des payeurs de taxes en trait avec différentes dimensions du système de santé. C'est l'originalité de cette recherche. Nous avons cependant senti un inconfort sur ce point de départ. Généralement, nous partons de l'avis des experts « qui savent ». Partir de l'opinion des patients et des citoyens qui ne sont pas des experts, par définition, rend certains acteurs du réseau bien inconfortables et désireux de rectifier la perception des répondants. Par exemple, des commentaires surprenants ont été recueillis dans la foulée :

« Avant de leur poser des questions sur ce que les gens pensent, il faudrait d'abord leur expliquer de quoi on parle pour qu'ils puissent juger vers où aller. Quand on est devant des choix, il faut en savoir assez pour prendre des décisions éclairées. Le sondage devrait être accompagné d'un document pédagogique... » (Groupes d'intérêt)

Ce succulent moment a cependant été rapidement contrebalancé par d'autres commentaires venus remettre les choses en perspectives : « Expliquer au citoyen les dédales, il n'en a rien à faire.

« Il faut que "ma tante Louise" comprenne. Si j'essaie de lui expliquer les dédales, ça ne règle pas son bobo. Ce n'est pas ça qui intéresse le citoyen. » (Réseau)

Par ailleurs, nous avons également essuyé plusieurs commentaires qui témoignent d'une grande frustration face à cette opinion négative de la part des répondants au sondage, comme le témoigne cette réaction :

« On dirait qu'il y a un biais à toutes les données et que c'est soit que le patient est peu informé, soit désinformé. [...] On est vraiment dans le domaine de la perception. » (Groupes d'intérêt)

Malgré cette frustration, les participants au groupe de discussion ont convenu qu'il fallait prendre acte de ce verdict.

Satisfaction à l'égard des soins et services, l'innovation, l'accès et la transparence

Nous avons tenté de creuser davantage les causes de cette insatisfaction. À ce propos, mis dans un contexte de présenter leur opinion sur leur satisfaction à l'égard de différentes dimensions de la performance du réseau de santé public, les répondants ont entre autres manifesté leur profonde insatisfaction envers l'accès (médecins de famille, chirurgie et urgences), comme l'illustre la Figure 11.

FIGURE 11 : SATISFACTION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

(% Total satisfait : très + assez satisfait)	TOTAL	ÂGE			MALADIE CHRONIQUE	
		18-34	35-54	55+	OUI	NON
n=	1000	254	355	391	291	709
La compétence des professionnels de la santé (médecin, infirmière et personnel soignant)	85	79	83	91	87	84
La qualité des soins et des services	70	70	68	71	73	68
Le fait de recevoir des traitements personnalisés	53	53	48	58	53	53
La liberté de choix qui s'offre à vous	43	49	40	42	43	43
La coordination des soins	40	45	37	40	40	41
L'innovation	39	43	37	39	39	40
L'accessibilité aux médecins de famille	33	27	27	43	36	31
La transparence des coûts du système et de mes soins	26	40	20	20	21	27
Les délais d'attente en chirurgie	21	24	19	21	21	21
Les délais d'attente en salle d'urgence	12	14	12	9	12	12

Spécifiquement, ce tableau démontre que seulement 33 % des Québécois sont satisfaits de l'accessibilité aux médecins de famille, 21 % sont satisfaits des délais de chirurgie et qu'un maigre 12 % est satisfait des délais d'attente en salle d'urgence.

Dans les groupes de discussion, l'accent a en effet souvent été remis sur l'accès comme étant le problème le plus important et le plus central pour la population.

« Ce dont les gens se plaignent, c'est la frustration de l'attente. Le gros de la consommation est en première ligne, en amont. Il n'est pas à l'hôpital. Les gens sont tannés d'attendre, ils veulent une réponse pour un médecin de famille et la consultation auprès des spécialistes, c'est ce qui vient immédiatement après. » (Professionnels de la santé)

Objectivement, la performance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est certainement perfectible sous l'angle de l'accès. D'abord, les résultats du système québécois ne se comparent pas avantageusement à d'autres juridictions canadiennes. Selon une étude du Commissaire à la santé et au bien-être (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015; Commissaire à la santé et au bien-être, 2016), le Québec se classe sous la moyenne canadienne en ce qui a trait à la facilité d'entrée dans son système et aux délais d'attente pour voir un médecin. Au niveau des urgences, 35 % des patients québécois attendent plus de 5 heures avant de voir un médecin, la moyenne canadienne étant plutôt à 19 % (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016). De plus, 10 % des patients quittent l'urgence sans avoir vu de médecin ou être redirigé ailleurs (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016, p. 25). Une enquête du Commonwealth Fund sur l'accès aux soins primaires n'apporte guère de conclusions plus positives. Les résultats montrent que seulement 39 % des patients québécois ont pu obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant, contre une moyenne internationale (11 pays du Commonwealth de 43 %) (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). Qui plus est, le Canada ne se classe pas bien parmi les principaux pays du Commonwealth en matière d'accès (Figure 12).

FIGURE 12 : ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Canada.	Moy. FCMW
En mesure d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant pour voir un médecin ou une infirmière	34 %	30 %	34 %	33 %	39 %	44 %	47 %	49 %	48 %	44 %	43 %	57 %
Très facile ou plutôt facile d'obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine ou un jour férié sans se rendre au service d'urgence d'un hôpital	16 %	25 %	26 %	35 %	27 %	40 %	34 %	32 %	42 %	27 %	34 %	43 %
Reçoivent toujours ou souvent une réponse le jour même lorsqu'ils appellent leur médecin régulier pour un problème médical	61 %	70 %	64 %	50 %	54 %	62 %	57 %	51 %	58 %	64 %	59 %	72 %

Source : (Institut canadien d'information sur la santé, 2017)

Le Canada fait en effet figure de cancre lorsqu'on compare la perception des médecins à propos de la facilité d'accès à un spécialiste. La perception n'est guère plus reluisante en première ligne. Selon les

dernières statistiques disponibles, seul 12 % des québécois ont pu obtenir un rendez-vous le même jour ou le jour suivant avec leur médecin de famille (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016).

Avons-nous le meilleur système de santé au monde? Robert Ouellet, Radiologue et ancien président de l'Association Médicale du Québec et du Canada, en doute fortement : « *Chaque fois que l'on fait un sondage, comme celui fait par le Commonwealth Fund, on est les avant-derniers. Pour l'accès, on est les derniers sur la liste.* » Selon lui, la loi canadienne et certains groupes d'intérêts font en sorte qu'il est pratiquement impossible d'apporter des changements valables dans le système.

Outre les enjeux d'accès, les Québécois ont par ailleurs signalé leur insatisfaction face à la transparence des coûts. Dans le débat actuel où l'on découvre de multiples scandales et des aberrations sur le paiement à l'acte pour les médecins – facturation d'actes non requis ou de frais accessoires à l'Institut de l'œil des Laurentides (Rochon, 2017) ou encore facturation systématique d'actes de nuit ou en fin de semaine en Abitibi-Témiscamingue (Roy, 2016) – cette statistique est intéressante à observer. En fait, près du trois quarts des répondants (74 %) ont signalé leur insatisfaction sur ce plan.

Concernant la transparence des coûts, Denis Roy, vice-président science et gouvernance clinique à l'INESSS⁷, souligne que le système de la santé et des services sociaux devrait être transparent non seulement sur les coûts, mais également sur la valeur des services pour la santé et l'expérience des soins pour les personnes, en fonction des coûts. Selon lui, la transparence publique des résultats du système en fonction des coûts est probablement l'un des leviers les plus puissants pour la responsabilisation de tous en faveur de l'amélioration des pratiques.

Dans une moindre mesure, la majorité des Québécois sont insatisfaits ou très insatisfaits (plus de 60 %) envers la capacité d'innovation du réseau. Dans ce sens, les participants aux groupes de discussion ont abondé sur l'incapacité du réseau à incorporer des initiatives et améliorations.

*« Il y a des choses intéressantes à apprendre au Québec, mais je ne pense pas malheureusement qu'à court terme ce soit un endroit propice pour développer l'innovation. »
(Innovation – Experts)*

À ce sujet, Denis Roy de l'INESSS n'est pas d'avis que le réseau éprouve de la difficulté à innover et qu'au contraire, il est possible d'apprécier plusieurs innovations partout à travers le réseau. Le défi selon lui réside dans la mise à l'échelle de ces innovations, soit de les amener au-delà des initiatives de projets pilotes initiales. Par ailleurs, M. Roy pense qu'il serait souhaitable d'être plus systématique dans l'évaluation de la promesse de valeur de ces innovations, dans le contexte réel du système de santé et de services sociaux québécois.

Néanmoins, à l'heure actuelle, le parcours du patient demeure semé d'embûches et frustre certains patients et leur famille qui doivent se battre quotidiennement pour recevoir leurs soins. L'incapacité

⁷ Institut Nationale d'excellence en santé et services sociaux. Interview réalisé le 21 février 2017

systemique d'innovation fait aussi en sorte qu'en bout de course, on travaille de façon inefficace dans le réseau, selon un groupe de discussion :

*« J'accompagne ma fille qui est atteinte d'une maladie chronique et je suis porte-parole du don d'organe. On a fait des bons intéressants au niveau du don d'organes, mais on est victimes de ce succès. Les cliniques de suivi qui doivent se tenir aux trois mois débordent et on est tous pris dans un carcan de système qui fait qu'on n'est pas en mesure de transmettre les données patients de façon électronique... Ça nous ramène à l'innovation. C'est comme si le système actuel est tellement ancré dans les années en arrière que tout ce qui est nouveau va trop vite et, même si cela pouvait faciliter la vie du patient et de sa famille en plus d'alléger les tâches des intervenants pour leur permettre de se concentrer sur rencontrer des patients. »
(Innovation – Experts)*

Ce dernier commentaire fait aussi écho aux avis recueillis dans le sondage mené auprès des Québécois. Face à la personnalisation de leurs soins, la liberté de choisir et la coordination des soins, ils sont en effet très critiques, comme le démontre la figure 12. Si les enjeux d'accès ont stimulé les échanges lors des groupes de discussion, la perception médiocre des Québécois face à la personnalisation et la coordination des soins dans le réseau a aussi suscité son lot de commentaires.

« Est-ce qu'on travaille à faire marcher le système ou on s'occupe vraiment des usagers? Là, on a un sondage qui dit qu'on s'occupe beaucoup plus à faire marcher le système ». (Réseau).

Sur une note plus positive, notons cependant le sentiment positif général qui se dégage sur la qualité des soins et services reçus (70 %) et surtout sur la compétence des professionnels de la santé (médecin, infirmière et personnel soignant) qui s'élève à 85 %.

À ce propos, les participants aux groupes de discussion ont entre autres mentionné que les rapports humains sauvaient la perception des patients. On constate cependant que le capital de sympathie envers les professionnels s'érode. Ils ont été particulièrement alarmés de constater que le taux de satisfaction envers les professionnels de la santé était perçu satisfaisant ou très satisfaisant à seulement 70 % par les moins de 34 ans, une différence générationnelle notable.

Satisfaction à l'égard de l'écoute, de la performance, de la transparence et de la coordination des soins

Force est de constater que l'opinion des Québécois à propos de l'appréciation de la performance du réseau sous tous ces angles est assez négative. En fait, lorsqu'on demande aux Québécois de se prononcer sur l'efficacité, l'écoute, la performance, la transparence et la coordination des soins et services, très peu se déclarent satisfaits ou très satisfaits, comme en témoigne la Figure 13 ci-dessous.

FIGURE 13 : ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le système de santé et de services sociaux est...		ÂGE			
		TOTAL	18-34	35-54	55+
(% Total accord : Tout à fait + Plutôt d'accord)		n= 1000	254	355	391
Efficace	31	32	28	33	
À l'écoute des citoyens	31	37	31	26	
Performant	26	27	24	27	
Coordonné	25	29	22	24	
Transparent	25	36	22	20	

Notons que dans nos questions, nous avons privilégié une formulation positive afin de ne pas induire un biais dans nos réponses. Malgré tout, seulement 31 % des répondants ont déclaré que le système était efficace et qu'il était à l'écoute des citoyens. Autrement dit, plus des deux tiers de la population sont insatisfaits de l'efficacité du système et de sa qualité d'écoute.

Plus encore, seulement le quart des Québécois ont déclaré être partiellement ou totalement en accord (respectivement 26 %, 25 % et 25 %) avec une affirmation indiquant que le système est performant, coordonné et transparent.

À propos de ces résultats, un expert rencontré qui préfère conserver l'anonymat dans le cadre de cette étude apporte un questionnement intéressant sur la notion de système. Selon lui, notre système de santé n'a pas toutes les caractéristiques d'un système intégré et ne peut donc être considéré comme un système en soi. Selon ce dernier, un vrai système est constitué d'acteurs interdépendants qui partagent une vision intégrée et qui acceptent de travailler en interdisciplinarité dans un mode de travail collaboratif. Dans cet environnement, la coordination est essentielle. Selon cet expert, ces éléments sont loin d'être optimaux dans notre système de santé à l'heure actuelle

Les résultats du sondage que nous avons obtenus sont sensiblement les mêmes que ceux recueillis par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2015 : il rapporte que « 23 % des Québécois âgés de 55 ans et plus interrogés estiment que le système de santé et de services sociaux fonctionne assez bien dans son ensemble. » (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015, p. 29). Le Commissaire rappelle que ce taux s'élève cependant à 41 % en Ontario).

Il est aussi intéressant de constater que ce constat de la population est corroboré par les médecins : « En effet, selon l'enquête menée en 2012, seulement 27 % des médecins interrogés estiment que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble (comparé à 48 % des médecins de l'Ontario et à 44 % de ceux de la Colombie-Britannique). » (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015, p. 29).

Sans susciter de réaction épidermique, ce triste portrait a inspiré aux répondants des groupes de discussion des réflexions sur le défi d'envergure que nous avons à relever afin de remonter dans l'opinion publique, mais aussi sur la multiplicité des fronts sur lesquels nous devons travailler pour améliorer la situation. L'opacité du système et le manque d'information sur la performance ont grandement alimenté les débats :

« Il y a l'aspect transparence au niveau de l'information qui préoccupe. Il faut développer une culture de la mesure. Actuellement, on ne peut absolument pas mesurer ce qui se fait. On va se retrouver à être obligés de reconstruire le système et je pense que ça fait partie des moyens à se donner pour se prendre en main. » (Réseau)

Lorsque les participants comparent notre système à ceux d'autres juridictions, ils se désolent devant la faible qualité de l'information dont disposent les dirigeants, mais aussi le public pour apprécier la performance du réseau :

« Quand on parle du manque de transparence dans notre système de santé, c'est tout à fait vrai. Si on compare à certains autres systèmes de santé dans le monde, on s'aperçoit qu'au Québec, il n'y a aucune transparence, beaucoup moins que dans d'autres provinces canadiennes. [...] On voit des pays comme la Suède, où toute l'information du système de santé est accessible sur Internet. » (Innovation – Experts)

La transparence est aussi souhaitée pour soutenir la décision éclairée du citoyen :

« Le Français, il est bien au courant de combien il a coûté au système. À toutes les fois qu'il reçoit une intervention, il reçoit une facture. Il devient ainsi responsable. » (Réseau)

Concernant la transparence de notre système, il est intéressant de noter qu'à l'énoncé : c'est très difficile d'avoir le portrait réel du système de santé et de services sociaux au Québec, car il y a très peu d'informations disponibles sur la qualité des soins, l'accès et les coûts réels, 85 % des répondants au sondage se sont dits en accord.

À cet effet, les Québécois n'ont pas tort selon notre expert qui a préféré conservé l'anonymat. L'accès à l'information reste limité au Québec puisque l'information de base, soit les données de la RAMQ, n'est

pas accessible. Les cliniciens et les gestionnaires manquent d'information pour évaluer les services. Les informations sont existantes, mais elles sont difficiles d'accès et nous ne sommes pas en mesure au Québec de les intégrer de façon adéquate au sein de nos organisations. Paradoxalement, le Québec est probablement un des États détenant le plus d'information sur son système de santé avec l'ensemble des données cliniques déposées à la RAMQ, selon cet expert.

« La mesure est absolument nécessaire aussi pour soutenir les décisions. [...]. Lorsqu'il y a la mesure, on peut en prendre connaissance et se demander : "Est-ce qu'on accepte ça dans notre système?" et pas que ce soit caché. » (Réseau)

« On a perdu dans le système actuel toutes les formes d'analyse du système qui permettent de pouvoir dire aux gens qui gouvernent qu'il y a des données probantes auxquelles je dois me confronter. Les établissements ont beaucoup de formes d'analyse des processus et de la qualité, mais quand on arrive au ministère, on les élimine. » (Réseau)

« Actuellement [...] est-ce qu'on a cette volonté-là de mesurer, de faire parler, de diffuser pour qu'on puisse prendre des décisions éclairées? En ce moment, on y va au feeling, de façon très artisanale [...]. Alors que je pense que ça commence par la mesure. » (Groupes d'intérêt)

À propos de la performance du système et sa faible coordination, l'extrait suivant résume une large part des débats qui ont eu cours lors des groupes de discussion. Il souligne de plus la fracture des perceptions entre le fonctionnement médiocre du « système » et paradoxalement la compétence de ses « acteurs » :

« Moi, ce que je retiens, c'est qu'il y a un premier enjeu d'accessibilité. Mais une fois qu'on est rentré dans le système public, il y a une certaine satisfaction par rapport aux soins et à la compétence des gens qui donnent le service. Par ailleurs [le système] n'est pas coordonné, n'est pas transparent et n'est pas axé sur les patients ou, du moins, le système n'a pas été pensé autour d'eux ou pour eux. Cela fait en sorte qu'on promène le patient à l'intérieur de notre structure et non pas en fonction de ses besoins. Si on pouvait briser les silos, briser les paradigmes ou aller contre le corporatisme, excessif dans certains cas! Dès qu'on essaie de changer pour rendre le système plus performant, on se bute à des obstacles de syndicats, d'ordres, d'associations et même du ministère dans certains cas, qui a une vision très hospitalo-centrique. » (Innovation – Experts)

Concernant la satisfaction à l'égard de notre système de santé et de services sociaux, les Québécois sont aussi nombreux à démontrer de l'insatisfaction face au manque d'imputabilité. En effet, 77 % des répondants se sont déclaré en accord avec l'énoncé suivant : dans le système de santé et des services sociaux, j'ai l'impression que personne n'est imputable et quand les choses ne fonctionnent pas, c'est de la faute de personne.

Concernant l'imputabilité, notre expert qui a préféré conservé l'anonymat est en accord avec les résultats du sondage, à savoir que personne ne semble vraiment imputable des résultats dans notre système. Le fait que les médecins sont en ce moment en « dehors » des organisations de santé n'aide pas à cette

situation. Selon cet expert, il est difficile d’instaurer une relation d’imputabilité avec un professionnel ou un cadre lorsqu’on ne le rémunère pas directement ou qu’on n’a pas de relation contractuelle avec lui.

Satisfaction à l’égard de l’équité

Nous avons aussi sondé les Québécois sur leur perception quant à la notion d’équité. Tout d’abord, nous avons demandé aux répondants si la notion d’équité pour tous en matière de qualité des soins et services était bien respectée dans le système de santé et de services sociaux actuel. Nous avons par la suite ciblé successivement le temps d’attente et l’accès à un médecin. La Figure 14 présente les résultats obtenus.

FIGURE 14 : POURCENTAGE DES RÉPONDANTS QUI SONT EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS CONCERNANT L’ÉQUITÉ

...la notion d’équité pour tous en matière de qualité des soins et services est bien respectée dans le système de santé et de services sociaux actuel	54	58	53	52
...la notion d’équité pour tous en matière de temps d’attente est bien respectée dans le système de santé et de services sociaux actuel	33	41	33	27
...la notion d’équité pour tous en matière de accès à un médecin est bien respectée dans le système de santé et de services sociaux actuel	33	37	33	29

Ce tableau présente des résultats plutôt décevants en matière de perception de l’équité dans la qualité des soins et services, aux dires de nos participants des groupes de discussion. En effet, seulement 54 % ont le sentiment de faire face à l’équité lorsque vient le temps de recevoir des services de qualité. Il appert que cette perception d’équité tombe à 33 % lorsque l’on aborde le temps d’attente de l’accès à un médecin.

Cette perception va à l’encontre de la performance réelle de notre système concernant l’équité. En effet, les chiffres proposés par le CSBE publiés en 2015 démontrent que la *capacité du système à permettre à tous d’accéder à un niveau de services correspondant à leurs besoins et d’améliorer leur état de santé* s’élève à 88,9 %, un pourcentage qui place le Québec dans une position plutôt avantageuse par rapport au reste des provinces (4^e rang). (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015)

Les participants aux groupes de discussion ont été très interpellés par ces résultats. On reconnaît qu’il y a des brèches dans le système et que des services peuvent en particulier être accessibles plus rapidement à certaines clientèles. Par exemple, les détenus, les patients référés par la CSST ou les militaires obtiennent un accès plus rapide aux services, résultats d’ententes particulières. Il en va de même pour les employés d’entreprises qui ont une entente avec prestataires privés pour des services médicaux. Les discussions ont été vives à propos du système de santé qui est déjà « à multiples vitesses ». De plus, les médecins entretiennent chacun de leur côté leur propre réseau de contacts, permettant à certains patients de bénéficier d’un accès plus rapide à des spécialistes ou à certaines ressources spécialisées.

« Je pense qu’il ne faut pas oublier que dans les organisations, la partie médicale a souvent des corridors de services préférentiels avec certains endroits. C’est ce qui fait la différence entre monsieur et madame tout le monde qui a accès au vrai corridor de services établi entre

tel et tel établissement, versus le corridor préférentiel du médecin. Je pense que tout cela devrait entrer dans la révision de l'offre de services, dans la pertinence clinique. » (Réseau)

Au-delà de l'équité d'accès entre les individus aux prises avec un problème de santé semblable, la notion d'équité se décline aussi en matière de distribution entre les différents enjeux de santé. Quelles sont les priorités de santé dans notre société? Qu'est-ce qui devrait être couvert par le régime d'assurance publique? Comment répartir l'enveloppe entre prévention de la santé et le curatif? Ainsi, nous avons souhaité aborder avec nos participants la constitution du panier de services couverts par notre régime.

Le système de santé du Québec : fait pour les patients?

En cohérence avec les résultats obtenus sur le niveau de satisfaction généralement assez faible, nous avons eu la désagréable surprise de constater que 56 % des répondants considèrent que le système n'est pas fait pour les patients. En effet, 56 % des répondants se sont dits en accord avec l'énoncé suivant : le système de santé n'est pas fait pour les patients.

Dr Philippe Karazivan, Directeur de la Direction collaboration partenariat patient (DCPP) et Alexandre Berkesse, conseiller sénior à la DCPP abondent dans cette direction :

« Un système de soins et services de santé ne peut être fait pour le patient que s'il a été pensé avec des patients et en partenariat, et non pas seulement en type de consultation-participation. », souligne M. Berkesse.

En d'autres termes, selon ces derniers, le système sera fait pour les patients le jour où il sera construit avec les patients. Pour ce faire, il importe selon eux de recruter et de former des patients qui seront capables de travailler avec les gestionnaires du réseau de la santé pour mettre en contexte les données collectées lors d'exercices de consultation.

À propos de ce résultat, Dre Diane Francoeur, présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ajoute :

« La façon dont je le vois, je dirais que le problème du système de santé québécois est de considérer le patient comme une dépense. Quand le patient est vu comme un investissement, on se soucie davantage de l'évaluation du service à la clientèle, des façons de communiquer, du bien-être de la clientèle. Ceci est disparu complètement du langage de tout administrateur parce que le patient, c'est une dépense. Donc, moins tu donnes de services, moins tu as de dépenses... »

Soins et services personnels et attentifs ?

Cette perception plutôt négative de la population est aussi cohérente avec le fait que 49 % des Québécois trouvent qu'ils ont bénéficié d'un système généralement impersonnel et peu sensible à leurs besoins, comme en témoigne la Figure 15.

FIGURE 15 PERCEPTION À L'ÉGARD DU SERVICE REÇU DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

(%)	TOTAL	ÂGE			MALADIE CHRONIQUE		
		18-34	35-54	55+	OUI	NON	
	n=	1000	254	355	391	291	709
Dans mes contacts avec le réseau de la santé et des services sociaux, j'ai généralement bénéficié d'un service personnalisé et attentif à mes besoins	51	44	52	55	52	50	
Dans mes contacts avec le réseau de la santé et des services sociaux, j'ai généralement bénéficié d'un service impersonnel et peu sensible à mes besoins	49	56	48	45	48	50	

À ce propos de ces résultats, Dr Karazivan apporte tout de même une certaine nuance :

« Qui sont ces personnes qui sont insatisfaites des soins et services reçus? Est-ce que ce sont les gens qui sont les malades chroniques qui sont en relation constante avec le système? Ou s'agit-il de personnes qui sont relativement en santé et qui ont eu à consulter au sans rendez-vous à quelques reprises pour des problèmes aigus? Dans ces deux cas, l'insatisfaction est probablement reliée à des aspects différents. Le citoyen en santé, il veut de l'accessibilité rapide. Le malade chronique, il veut surtout de la continuité et de la coordination dans ses soins. Leur insatisfaction ne révèle pas forcément le même problème. »

Néanmoins, Labrie (2015) rapporte que lorsque sondés, les Canadiens se déclarent nettement plus satisfaits des services obtenus à la clinique dentaire et à la pharmacie qu'à l'hôpital public :

« Selon un sondage mené par Forum Research, le taux de satisfaction des patients à l'égard des services reçus du pharmacien (93 %) ou du dentiste (85 %) est environ le double de celui vis-à-vis des services obtenus à l'urgence d'un hôpital (45 %). » (Labrie, 2015)

Les participants aux groupes ont aussi souligné le manque de convivialité du système et l'impersonnalité du système hospitalier.

« Je me rappelle très bien il y a quelques années à Ste-Justine, la salle d'opération fermait à 4 h 30, ma fille était en salle d'opération et on m'a demandé d'éteindre les lumières quand tout le monde serait sorti de la petite salle d'attente pour les familles. Je me disais "bon, d'accord, mais s'il arrive quelque chose?". [...] Je trouvais ça un peu particulier parce qu'on est pris dans un système qui ne se module pas aux besoins. On est un peu captifs. » (Innovation – Experts : Représentant – Patient)

« J'ai eu une expérience dans le réseau de la santé pour un test de santé (colposcopie) dans une période où des gens dans mon entourage sont décédés du cancer, donc j'avais des dispositions particulières. Ça a tellement été archaïque et long comme processus que je me suis dit "la prochaine fois, je vais dans le privé". Moi qui crois quand même au système public, je me suis dit "plus jamais!". Je ne passerai pas six mois d'attente à me demander ce qu'il se passe, à passer à travers x étapes incluant envoyer des papiers par fax, laisser mon dossier quelque part sur une table en me disant que quelqu'un va venir me chercher, me faire appeler au micro devant tout le monde en disant "colposcopie!". Je me suis dit plus jamais » (Innovation – Experts)

La difficulté du patient à naviguer dans le système a également été largement soulignée par nos différents groupes de discussions. Encore une fois, le constat est généralisé parmi les intervenants que nous avons rencontrés : le système est perçu par ses artisans comme complexe et impersonnel.

À propos de la complexité, voici les propos soulevés par différents groupes de discussion :

« L'organisation des soins et services à l'intérieur de notre réseau est compliquée. Tellement compliquée que si vous voulez voir un spécialiste, vous devez passer par votre médecin de famille, alors que celui-ci ne peut pas vous voir avant 3 mois. Notre problématique d'accès est tellement lourde que les gens vont au privé. Si l'accès était plus facile au public et que nos services étaient organisés, surtout en première ligne, je pense qu'on aurait un peu plus de satisfaction par rapport au réseau. » (Fournisseurs variés)

« On remarque que si on veut améliorer la vitesse dans les corridors de services, il y a rapidement des embuches. Par exemple [...] quand on reçoit un patient, en clinique ou à l'hôpital, et que le patient présente des caractéristiques qui demanderaient une radiographie [s'il pouvait] faire sa radiographie et revenir voir le médecin rapidement, sans avoir à se fixer plusieurs rendez-vous, on peut facilement sauver 33 % du temps pour le patient et ça ne change rien pour les personnes qui sont dans le système. » (Professionnel de la santé)

« Les gens ont besoin de savoir où aller. Si on prend par exemple le régime des plaintes, les gens n'en sont pas informés. Il y a moins de 5 % des gens qui savent comment l'utiliser. Où puis-je aller si ça ne fonctionne pas? Les citoyens n'ont aucune idée. » (Réseau)

Benoit Morin, Président-directeur général du CIUSSS de l'Ouest – de - l'Île – de - Montréal, partage cet avis voulant que notre système puisse être complexe et difficile à comprendre : « Comprendre la complexité du réseau, trouver les guichets d'entrée et pouvoir naviguer dans le système est parfois un enjeu pour la population », souligne ce dernier.

Le travail de structuration de la première ligne est nécessairement un jalon dans l'instauration d'un meilleur accès, de l'utilisation efficiente des ressources et d'une plus grande convivialité du système. Cependant, nombreux ont été les participants à dénoncer l'hospitalo-centrisme de notre réseau.

« On parle encore d'hospitalo-centrisme. Il y a bien sûr l'hôpital, puis ce qui est alentour. Si on était capable de mieux développer la première ligne et les services autour de l'hôpital, on se sortirait de l'hôpital et donner les vrais services aux bons endroits. » (Réseau)

« On est toujours dans la question de l'hospitalo-centrisme. C'est toujours le réflexe des gens et de la population d'aller à l'hôpital parce que les services y sont mieux organisés. Pas nécessairement plus accessibles, mais plus organisés et quand on en a besoin, ça fonctionne. Mais c'est la partie la plus chère du système. C'est la partie qui nous ruine. » (Professionnels de la santé)

« Il y a tout un historique au Québec de sous-ministres de la santé qui étaient des anciens DG d'hôpitaux. Il y avait une confrérie d'anciens DG d'hôpitaux qui entretenaient le mythe que c'est l'hôpital qu'il faut développer et que c'est là que ça se passe. Pendant 30 ans, il n'y a pas eu de développement de la première ligne parce que ceux qui conservaient le système ne savaient même pas que ça existait, une première ligne. Ils n'en avaient jamais géré. On appelait ça des cliniques privées parce qu'on disait que ce n'était pas public. C'est en train de changer, ça a changé depuis la commission Clair un peu. Pour les gens qui gèrent, les principales préoccupations c'est les déficits des hôpitaux alors que pour la population, la principale préoccupation c'est la première ligne. » (Professionnels de la santé)

Force est de constater que pour rendre le système plus simple à naviguer pour le patient et augmentation sa satisfaction à l'égard du système, des efforts importants devront être dédiés à la première ligne de service et à simplifier les portes d'accès.

Ce bulletin attribué par les Québécois au système de santé a suscité beaucoup de réactions au sein de nos groupes de discussion. Le constat est clair : le capital de sympathie envers le réseau s'effrite présentement. Comme mentionné plus haut dans ce rapport, il apparaît aussi clairement à nos participants que la médiatisation de la santé et les nouvelles souvent négatives rapportées par les médias ne sont pas étrangères à cette situation. On rapporte rarement les bons coups et les initiatives positives. Selon les répondants, une réflexion importante doit être entreprise par les dirigeants du réseau pour travailler cet aspect dans la diffusion des résultats. On souligne aussi qu'un travail de relation publique doit être entrepris avec les médias pour équilibrer la nouvelle et permettre aussi à l'opinion publique de se former à la lumière qu'une information juste et complète. Les citoyens basent en partie leur opinion sur des faits anecdotiques comme l'expérience d'un proche ou d'un voisin.

« Il est possible qu'une personne parle de délai d'accès en chirurgie, mais qu'il n'ait pas eu à consulter lui-même pour une chirurgie. On est vraiment dans le domaine de la perception et le sondage nous parle de la perception. » (Groupes d'intérêt)

« La première chose qu'il faut faire, c'est d'aller chercher l'information, de faire parler cette information et on n'a même pas besoin de l'inventer, il y a des choses qui fonctionnent bien dans notre réseau de la santé, il faut aller chercher ça et le diffuser largement. Pour le moment, les gens se basent sur les anecdotes « ma belle-sœur a vécu ça ... ». (Groupes d'intérêt)

Plusieurs réflexions sont allées dans le sens d'une meilleure gestion des communications :

« Il y a quelque chose qui ne se passe pas et ça me questionne sur les communications qu'on fait. » (Réseau)

La difficulté de communication et de la propension des médias à mettre l'accent sur ce qui ne va pas bien plutôt que ce qui s'améliore ont désolé plusieurs participants aux groupes de discussion. Ce commentaire face à désinformation n'a pas été juste entendu de la part des représentants des établissements. Nous avons aussi entendu le même son de cloche de la part de différents représentants des groupes d'intérêt (syndicats, ordres professionnels, etc.) :

« Les gens ont souvent comme impression que ça va mal, et pourtant ils disent aussi souvent qu'une fois entré dans le système, on est très bien soigné. » (Groupes d'intérêt)

Statut perçu et souhaité du consommateur de soins

Au sujet du système de santé fait ou non pour les patients, il a été intéressant de sonder les Québécois sur le sentiment vécu actuel lors de soins reçus au sein de notre système de santé et de services sociaux ainsi que sur le sentiment souhaité. La Figure 16 ci-dessous présente les résultats obtenus auprès de notre échantillon.

FIGURE 16 : SENTIMENT VÉCU LORS DE SOINS REÇUS AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

	SENTIMENT ACTUEL							SENTIMENT SOUHAITÉ						
	TOTAL	ÂGE			SCOLARITÉ			TOTAL	ÂGE			SCOLARITÉ		
		18-34	35-54	55+	SEC.	COLL.	UNIV.		18-34	35-54	55+	SEC.	COLL.	UNIV.
n=	1000	254	355	391	207	406	387	1000	254	355	391	207	406	387
Comme un usager	43	38	45	43	36	43	51	16	15	16	16	14	16	18
Comme un patient	34	40	32	32	42	31	29	43	44	41	44	50	43	32
Comme un client	21	18	21	23	21	24	16	22	25	24	19	20	22	28
Comme un partenaire	2	3	2	2	1	2	4	19	16	19	21	16	20	22

Les Québécois, qui se sentent actuellement bousculés dans le réseau traduisent cet inconfort par leur perception d'être des usagers ou des patients, mais certainement pas des clients ou des partenaires. Par

ailleurs, si on leur demande de préciser comment ils souhaiteraient être traités dans le futur, le statut de « patient » leur sied très bien et ils n'ambitionnent pas vraiment de devenir des partenaires.

Ces résultats basés sur la charge émotive charriée par la sémantique révèlent une réalité complexe. Selon Sampieri-Teissier et Sauviat (Sampieri-Teissier & Sauviat, Octobre 2001), la terminologie qui convient le mieux dépend du moment et de la situation. Ainsi, un même individu sera tour à tour usager, patient et client, voire même les trois à la fois. « Le “patient” renvoie au domaine de l'activité proprement dite ; “l'usager” appartient à la sphère du service public, du non marchand, dans lequel il est anonyme et il bénéficie d'un traitement standardisé (principe d'égalité) ; le “client” s'inscrit dans une logique marchande, et exprime ses exigences et ses attentes, ce qui implique une réflexion sur la qualité du service rendu. » (Sampieri-Teissier & Sauviat, Octobre 2001, p. 11)

De plus, comme les auteurs le soulignent (Sampieri-Teissier & Sauviat, p. 11) la place du client dans le système de santé se situe à un double niveau dans la participation à la production : en tant que « co-constructeur » du service, et en tant que « ressources – matière première » du service.

Ce statut ne semble cependant pas séduire les Québécois. Ce résultat corrobore ceux de Wing (Wing, 1997) qui conclue, en se basant sur une étude réalisée auprès de 101 personnes interrogées, que les personnes à la recherche de soins de santé préfèrent se voir comme des patients, plutôt que des clients.

L'analyse de ces résultats effectuée par Jacques Nantel est intéressante :

« Lorsqu'on a besoin de soins, on fait une gestion d'impartition à un professionnel. On veut le déléguer à quelqu'un dont c'est le métier. Donc, on ne veut pas être partenaire. C'est aussi autre chose qu'une relation client. Si je ne suis pas content, tu ne vas pas me rembourser. Il s'agit de ma santé. Donc, je veux que ce soit une relation de patient, ou d'usager. Derrière ces deux vocables-là, il se profile justement une délégation. »

Selon Dr Philippe Karazivan, Directeur de la DCP, il est normal que le consommateur vive différents sentiments selon le besoin pour lequel il se retrouve dans le système. Selon la DCP, c'est davantage le malade chronique qui est visé comme partenaire de soins naturels : « La plupart d'entre eux sont déjà des acteurs de leurs propres soins, car ils vivent au quotidien avec la maladie. », souligne Alexandre Berkesse.

Néanmoins, concernant le faible pourcentage de Québécois (2 %) qui se sentent comme un partenaire, M. Berkesse réagit : « Presque aucun des citoyens sondés ne se sent intégré comme acteur de soins, comme partenaire de ses soins, et cela est inquiétant. »

Pour ce dernier, le fait que les Québécois se sentent dans une grande proportion comme des usagers et qu'ils ont une volonté marquée que cela diminue est quelque chose d'intéressant, car cela illustre certainement le fait qu'ils ne veulent pas être traités de manière générique, impersonnelle. Concernant le souhait de la majorité d'être traité comme un patient, M. Berkesse explique :

« Ce qu'il y a certainement derrière la perception d'être traité comme un patient, c'est que l'on va prendre soin de moi, qu'il faut que l'on fasse plus attention à moi, comme personne. »

Comme l'ont souligné avec justesse des participants aux groupes de discussion, il est clair aussi que le statut de client a ses limites. La santé n'est pas un bien comme les autres et les Québécois demeurent attachés à cette relation professionnelle particulière. Pourtant, on souligne qu'une approche plus clientèle ne ferait pas de mal :

*« Je ne suis pas surpris de ces résultats-là parce que c'est effectivement la façon dont les gens sont traités dans le réseau. Ils sont passifs et ils n'ont pas de droit de regard. C'est tellement vrai maintenant que pour régler le problème d'accès au Québec on a développé un nouveau pallié de bureaucratie. Depuis à peu près moins d'un mois, il y a une centrale de rendez-vous à l'échelle de Montréal. Pour avoir un accès en spécialité, il faut envoyer un nouveau formulaire avec un fax et ils attribuent effectivement une priorité. Les gens n'ont plus le choix. C'est conséquent avec la perception du monopole, par contre c'est contraire complètement à tous les changements qui se font à l'échelle internationale, ce qu'on a vu en musique, ce qu'on a vu avec le taxi Uber, avec autre chose, il y a une réappropriation du pouvoir par les usagers et à quelque part, on est contre-culture de cette façon-là. Je sens qu'on se dirige vers un choc monumental au courant des prochaines années parce que les gens ne peuvent plus accepter cela. Ils commencent à être informés et ils n'acceptent plus qu'on pontifie pour eux. »
(Innovation – Experts)*

Le statut de partenaire ne semble pas titiller l'appétit des Québécois, les experts et les participants de nos groupes de discussion avaient beaucoup à dire sur le sujet. Le statut de « partenaire » est, sous certains rapports, semblable à celui de « client », mais il va plus loin dans la cocréation du service. « Ainsi, un patient partenaire est une personne qui devient progressivement apte, au fil de ses traitements, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences en matière de soins développées avec l'aide de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des intervenants de l'équipe, il oriente leurs préoccupations vers ses besoins et son bien-être à plus long terme.⁸»

À ce sujet, dans un monde idéal, Pierre Lavoie souhaiterait que 90 % des Québécois se sentent comme des partenaires de leur santé :

« Nous devons faire évoluer la pensée des Québécois. Quand je serai malade, j'aimerais qu'on soit des partenaires pour ma santé. Comme partenaire, je vais faire mon bout. Je vais inculquer les bonnes valeurs à mes enfants, je vais manger mes fruits et mes légumes, je vais essayer d'être le plus actif possible, je vais demander à mon employeur d'avoir des programmes pour nous aider dans l'amélioration de notre santé. »

⁸ Faculté de médecine, Université de Montréal, repéré à <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/>

Les patients vivent quotidiennement avec leur maladie. Ils deviennent au fil du temps des experts de leur propre condition et de sa contextualisation dans un univers social. Cette expertise est à même d'enrichir celle de l'équipe de soins. Les équipes devraient accueillir avec ouverture cette contribution du patient au titre de véritable partenaire (Karazivan, et al., 2015).

« 2 % des gens disent vouloir être partenaires. Mais moi ce que je trouve intéressant dans ma pratique privée, c'est que 98 %-99 % de mes patients sont partenaires. Ils viennent me voir non pas comme si j'étais la personne qui va leur dire quoi faire et ils n'ont pas leur mot à dire, ils viennent me voir pour me consulter, ils ont déjà une opinion, ils ont déjà cherché des choses, et c'est une discussion qu'on fait à deux. Ça change totalement la dynamique. » (Innovation – Experts)

Les participants ont été nombreux cependant à partager leur malaise face à ce concept dont les contours sont flous et souvent mal appliqué dans le quotidien des établissements :

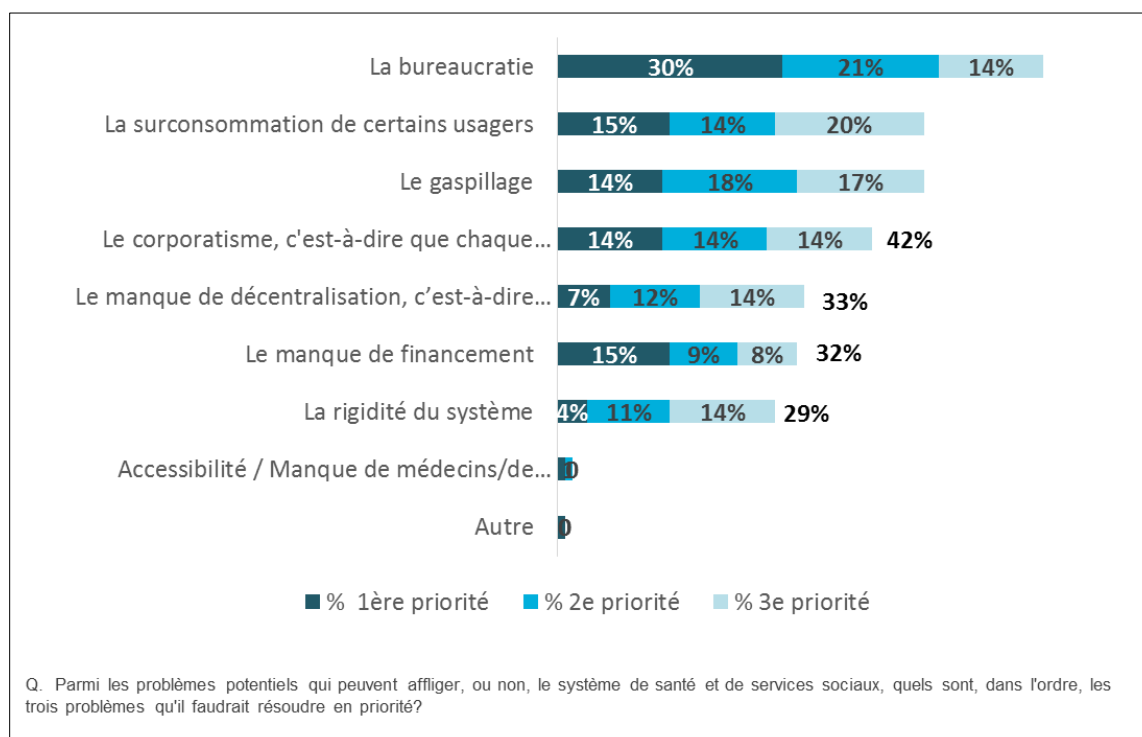
« Expérience patient, patient-partenaire, on n'a pas de définition. On a même vu l'expérience résident ! En CHSLD, on ne fait pas des expériences, on est là pour mourir. C'est de l'évaluation qu'il faut, ce n'est pas tout à fait la même chose. L'évaluation doit être partie intégrante du système. C'est tout en segments actuellement et ce n'est pas coordonné de la bonne façon. » (Réseau)

« Le terme "expérience patient" est très galvaudé. Il faut savoir un peu d'où ça vient et l'historique. Il y a un courant de pensée qui dit que l'expérience patient, c'est que plutôt que de poser des questions d'opinion, c'est de poser des questions factuelles. Mais il a un autre courant de pensée qui dit que l'expérience patient réfère plus à l'émotion. Il y a une confusion actuellement et il y a des acteurs qui font la promotion de questionnaires expérience-patient et qui demandent dans le questionnaire "combien d'heures avez-vous attendu par examen?" Ce n'est pas ça l'expérience patient. Si on va dans l'essence de ce qu'est l'expérience, c'est dans le vécu. » (Réseau)

Problèmes à résoudre en priorité

Dans le cadre de cette étude, nous avons fait place à l'opinion de la population concernant leur perception des problèmes prioritaires au sein de notre système de santé et de services sociaux. Nous avons en effet questionné les Québécois sur leur diagnostic à propos des maux qui affectent la santé. Nous leur avons demandé d'identifier trois priorités, parmi une liste d'éléments proposés. La Figure 17 fait état des résultats que nous avons obtenus.

FIGURE 17 : PROBLÈMES POTENTIELS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À RÉSOUDRE EN PRIORITÉ



Selon les Québécois, le problème numéro un de la santé est la **bureaucratie** qui fédère 65 % des répondants qui l'ont placé en première, deuxième ou troisième position parmi les maux qui accablent le système de santé actuellement. En deuxième rang, la **surconsommation des usagers** a été relevée. Plus de 49 % des répondants ont hissé ce problème dans leurs trois premiers choix. Ex aequo, le **gaspillage** a été aussi relevé parmi les trois premiers choix. Le **corporatisme** vient par la suite avec 42 %.

Le **manque de décentralisation** et le **manque de financement** suivent derrière avec respectivement 33 % et 32 %. On dénonce ensuite à 29 % la **rigidité** du système. Ferme la marche le **manque de médecin** (1 %).

À propos de ces résultats, les participants aux groupes de discussion ont été variés face à toutes ces possibilités. Leurs commentaires ont surtout été axés sur la centralisation, la bureaucratie, le corporatisme et le manque de financement.

Il est toutefois de mise de rapporter que nos répondants du groupe de discussion ont émis des avis à l'effet que la surconsommation est certes présente et qu'elle serait, d'une part, fortement liée au mode de financement à l'acte et, d'autre part, au manque d'intégration entre les composantes du réseau, ce qui force les duplications. Pour sa part, le thème du gaspillage a été associé à la surconsommation et à la bureaucratie et traité du même souffle par les intervenants rencontrés.

Le Dr Philippe Karazivan de la DCPD réagit quant à lui fortement sur la notion de rigidité de notre système. Selon lui, cela représente un enjeu de taille sur lequel il faudrait porter une attention particulière :

« Je pense que la rigidité est un problème majeur, on est dans un système où le patient doit s'adapter au rythme du système, et pas le contraire. Il faut idéalement que les patients puissent dire "voici notre rythme" et que l'organisation des soins s'adapte à ce rythme-là. »

Voyons maintenant plus en détail ce que les groupes de discussions et les experts ont dit concernant la centralisation, la bureaucratie, le corporatisme et le manque de financement.

À propos de la centralisation

Concernant l'enjeu de la centralisation, en plus du résultat de la Figure 21, à l'énoncé : le pouvoir dans le système de santé et des services sociaux devrait être décentralisé vers les villes et les régions au lieu d'être concentré dans les mains du Ministère et du ministre de la Santé, 69 % des répondants se sont dits en accord. Visiblement, les répondants au sondage souhaiteraient une plus grande décentralisation et un rôle plus important des villes et des régions dans la gestion des soins de santé.

Plusieurs experts rencontrés dans le cadre de cette étude partagent cet avis selon lequel le système fait actuellement preuve d'une centralisation importante, notamment depuis le déploiement de la loi 10.

« Les établissements ne régleront pas les problèmes tant qu'il n'y aura pas une véritable décentralisation. Il doit y avoir une véritable capacité dialectique entre les directives générales d'en haut et les dynamiques locales. Cela permettrait de soigner bien et rapidement tout le monde. Il n'est pas possible de penser que dans un système complexe, il n'y a qu'un seul modèle qui convienne à tous », témoigne le professeur André-Pierre Contandriopoulos.

Selon l'expert anonyme, cette centralisation actuelle des pouvoirs entre les mains du Ministère risque d'engendrer des répercussions néfastes dans les organisations du réseau en restreignant le pouvoir des gestionnaires quant à leur prise de décisions et d'actions au niveau local, limitant ainsi leur capacité d'initiative et d'innovation. À l'heure actuelle, selon ce dernier, l'attention des cadres supérieurs des organisations de santé semble davantage tournée vers le Ministère que vers leur organisation.

Nos participants aux groupes de discussion ont également réagi fortement à ce résultat concernant la centralisation. D'abord, les participants ont souhaité commenter la justesse de cette perception indiquant que le système est centralisé. On souligne que dans certains cas, la centralisation est justifiée :

Réseau : « Les services de proximité doivent rester concentrés sur les territoires. Mais pour les services plus spécialisés, il y a des questions de volume et ce n'est pas réaliste de penser que ça peut se dérouler dans les régions éloignées. »

Les participants aux groupes soulignent également des enjeux de gouvernance, notamment au niveau de la faible participation des patients et l'affaiblissement effectif des conseils d'administration des établissements :

« Ce qu'il faudrait, c'est un système responsable. Redonnons le pouvoir aux personnes à la base, des conseils d'administration avec une représentation populationnelle. » (Réseau)

« Le contre-pouvoir devrait être les usagers et les comités de patients, mais on ne nous a jamais donné les moyens de le faire. Nous ne sommes pas consultés pour le budget. Et le sondage nous amène à parler franchement d'un forum des usagers pour pouvoir faire contrepoids. » (Réseau)

Le mouvement de centralisation actuel dans le réseau ne va pas dans le sens souhaité, tant par les citoyens que par l'essentiel des participants aux groupes de discussion de tous les horizons. Selon ces derniers : *« Les gens souhaitent que le système soit plus décentralisé, que les décisions se prennent plus près de leur environnement. Ça, c'est une façon aussi pour le citoyen de dire qu'il ne se sent pas écouté. » (Réseau).* Pour d'autres, la décentralisation souhaitée est en fait un cri du cœur pour des soins de proximité plus accessibles :

« Quand les gens parlent de décentralisation, je pense qu'il s'agit surtout d'avoir des services de première ligne de proximité. Ils veulent avoir une clinique proche, un accès pour les petits maux de tous les jours. Pour les services spécialisés, ça ne leur dérange pas de se déplacer. » (Fournisseurs variés)

À ce sujet, les participants des groupes de discussion ont mentionné des malaises dans certaines régions à propos de l'éloignement des structures administratives des besoins de la population :

« Depuis quelque temps, surtout avec ce gouvernement-là, le système est vraiment pris sous contrôle par la logique bureaucratique, la logique corporatiste et, dans une moindre mesure, la logique syndicale et la logique du privé. La logique communautaire ou citoyenne est à peu près absente. Les récentes transformations du système ont encore diminué le nombre de places que les citoyens pouvaient occuper dans la gouvernance du système de santé. C'est à peu près effacé. » (Innovation – Experts)

Cet avis est partagé par André-Pierre Contandriopoulos. À ce propos, ce dernier cite l'exemple de la ville d'Amqui, située dans le Bas-Saint-Laurent. Le maire de la ville M. Gaëtan Ruest a demandé à Québec en 2016 de céder l'hôpital à la population pour la somme de 1 \$ dans le but d'en faire une coopérative de solidarité de santé. *« Évidemment, ça va provoquer des réactions. Il n'y a pas de centre hospitalier au*

Québec qui fonctionne avec une formule semblable. Le gouvernement est loin. Rien de mieux que des gens de terrain pour bien comprendre ce qui se passe sur le terrain »⁹, estime le maire.

« L'avenir doit passer par la décentralisation, et non la centralisation autoritaire du style de M. Barrette et compagnie. J'aimerais que cette idée soit reprise au bond par d'autres régions puisque nous ne sommes pas les seuls affectés par les coupures du gouvernement Couillard. J'aimerais que d'autres régions emboitent le pas et revendiquent une nouvelle formule de gestion »¹⁰.

En bref, cette municipalité organisera sous peu un forum citoyen afin de tenter de racheter l'hôpital du territoire et d'en faire un modèle coopératif. L'objectif de cette démarche est d'éviter que le MSSS ferme l'accès à certains soins et services qui ne respectent pas les normes établies par le réseau. À ce propos, M. Contandriopoulos mentionne :

« Si l'on nie la possibilité d'une action locale de soins de proximité parce qu'elle ne répond pas aux normes du Ministère, nous sommes en train de détruire les dynamismes locaux et les mobilisations locales dont nous avons besoin pour nous assurer que le système fonctionne. »

Les participants au groupe de discussion ont aussi souligné les enjeux bien réels avec différents projets de centralisation, comme le projet Optilab, pour expliquer cette grogne des Québécois. Des participants ont aussi confirmé qu'au-delà de la réforme des structures, plus visibles pour les citoyens et les patients, plusieurs manifestations du phénomène de centralisation sont observables dans la gestion des processus :

« Partout au Québec, il va y avoir un formulaire de consultation en cardiologie, un formulaire de consultation en neuro... partout pour toutes les spécialités, ça va être le même formulaire et il va y avoir des priorités à respecter pour chacun des diagnostics sur la demande de consultation. Quand les gens disent qu'ils veulent quelque chose de décentralisé, on oublie ça. On s'en va vers quelque chose d'extrêmement centralisé. » (Professionnels de la santé)

De façon générale, les participants aux groupes de discussion se sont montrés très critiques face à la réforme (particulièrement la loi 10) qui pousse la centralisation à un niveau inégalé au Québec sur un plan historique. Si nos débatteurs reconnaissent que des réformes étaient nécessaires, ils ont exprimé avec clarté un souhait d'équilibre et souligné les dangers d'une centralisation excessive. Ce constat n'a pas été levé que par un groupe particulier. Professionnels de la santé, gestionnaires du réseau, entrepreneurs, groupes d'intérêts divers ont tous ajouté une contribution à la discussion sur les enjeux de la centralisation excessive. Voici quelques extraits caractéristiques des propos recueillis :

⁹ Source : L'avant-poste, « Amqui souhaite que l'hôpital devienne une coopérative de santé », 21 juin 2016, consulté le 15 février 2017 <http://www.lavantposte.ca/actualites/2016/6/21/amqui-souhaite-que-l-hopital-devienne-une-cooperative-de-sante.html>

¹⁰ idem

« Toute la question de la gouvernance est problématique dans le réseau de la santé. Si tu n'as pas une gouvernance de proximité, tu as un problème. » (Fournisseurs variés)

« Le système devrait appartenir aux gens qui en ont besoin. Il faut que le système se décentralise et que les [intervenants] qui sont le plus près du patient puissent avoir le pouvoir de décider de ce qui est le mieux pour le patient et comment le processus pourrait être le plus efficient, le plus économique et le mieux rendu. » (Réseau)

« On est en train de faire un Hydro-Santé sans le dire et une normalisation à travers l'ensemble du Québec. » (Réseau)

Certes, on reconnaît aussi des éléments positifs aux efforts de centralisation. D'ailleurs, pour certains, cette centralisation est un mal nécessaire à court terme, afin de mettre en place avec succès une transformation de grande envergure : *« Lorsqu'on a le souci de faire vivre une transformation profonde, il est utile d'avoir un démarrage directif, plusieurs recherches le démontrent »,* souligne Benoit Morin. Néanmoins, une fois la mise en place initiale réussie, un équilibre entre centralisation et décentralisation est utile afin de redonner au système une certaine forme de flexibilité et de permettre aux établissements de s'adapter à la réalité de leur population : *« L'aspect de proximité nous permet de prendre le pouls de notre population et de ses besoins et d'adapter l'offre de services en conséquence »,* ajoute M. Morin.

Cependant on déplore des effets pervers :

« Plus on va vers une centralisation qui représente une économie d'échelle sur certains points, plus le système perd de sa notion d'innovation, de sa notion de qualité, de sa notion de propriété. C'est à ce moment que le système devient très chaotique. Je pense qu'il faut retourner le pouvoir aux gens qui sont en contact avec les patients et le soin aux patients va être meilleur. » (Réseau)

Il appert aussi que, selon non participants, le manque d'information sur la performance du système et sur les coûts faits en sorte que les bénéfices ne sont pas mesurables et qu'on est actuellement davantage dans un débat idéologique que dans une réflexion rationnelle, basée sur les faits :

« Un des arguments en faveur de la centralisation, c'est les économies d'échelle. Mais un moment donné, quand ça devient trop gros, on a aussi des déséconomies d'échelle. Lorsqu'on nous dit que l'on fait des économies d'échelle, on se demande où ? Dans quels secteurs ? Comment ? On a l'impression qu'on nous lance des chiffres et qu'on a commencé quelque chose, mais on ne mesure pas. Avec la complexité qu'on a créée en fusionnant et avec la dernière réforme, on n'aura peut-être pas d'économies d'échelle significatives. Mais comme on ne le mesure pas, on ne le saura pas. » (Réseau)

Faisant échos aux travaux sur l'intégration transversale au sein des établissements de grande taille, les participants ont souligné les difficultés actuelles que nous avons à véritablement offrir des services

intégrés. Pour plusieurs, la réforme reste encore « à faire » et, de leur point de vue, les organisations nouvellement constituées peinent à s'intégrer.

Notre expert anonyme souligne que trois volets importants de notre système n'y sont pas intégrés fonctionnellement et ne sont pas en voie de l'être avec la réforme actuelle. 1- L'information clinique possédée par la RAMQ n'est pas intégrée dans nos organisations de santé aux fins d'évaluation; 2- La première ligne médicale de services se développe dans un système parallèle de GMF peu lié aux CIUSSS ou CIUSSS ; 3- Toute discussion et décision sur les rôles cliniques et de gestion des médecins passent par la voie exclusive de la négociation entre les fédérations médicales et le MSSS, négociations auxquelles les organisations de santé sont peu associées.

André-Pierre Contandriopoulos est néanmoins d'avis que l'amélioration de la performance de notre système passera nécessairement par une meilleure intégration de ce dernier :

« Comment allons-nous réussir à faire travailler ensemble les différents morceaux de cet énorme système pour que la personne qui a des besoins ait tous les services dont elle a besoin de façon optimale, sans entrer dans une guerre de juridictions? »

En outre, la capacité d'innovation est en particulier menacée par ce manque d'intégration transversale. En effet, comme nous le soulignons dans notre rapport sur les meilleures pratiques de l'innovation (Benomar, Castongay, & Lespérance, 2016) de nombreux auteurs mettent en évidence l'importance d'améliorer également la coordination entre les différentes entités (Paulus, Davis, & Steele, 2008; Porter, 2009; Young Foundation, 2011) pour favoriser l'innovation et la performance. L'OCDE a d'ailleurs spécifiquement invité le Canada à se pencher sur cette question, notamment en ce qui a trait aux points de jonction entre les prestataires (OCDE, 2011). Les règles de financement, d'allocation des ressources et d'approvisionnement ne sont pas étrangères à ces difficultés d'intégration chronique que nous expérimentons au Québec : « Par ailleurs, cette situation est accentuée par des mécanismes financiers qui entravent davantage l'innovation. On pense notamment à la budgétisation par service, qui dissuade les organisations de mettre en place un parcours de soins intégré, limitant ainsi les améliorations potentielles en matière de résultats relatives au patient, ou encore à la budgétisation à l'année qui empêche les établissements d'évaluer adéquatement l'impact des innovations et qui favorise par conséquent les résultats à court terme au détriment des résultats à long terme (Young Foundation, 2011)

Il a aussi nécessairement été question de la manière dont la réforme a été menée, comme en témoigne cet exerçue :

« Combien de nos intervenants, de nos gestionnaires ont été exposés à partager c'est quoi le sens de cette réforme-là? Pour l'adhésion, ça prend un sens. Actuellement, je ne pense pas qu'on soit là. » (Réseau)

Les débats ont aussi mis en garde contre une décentralisation excessive, hypothétique retour du balancier conséquent d'un constat que nous avons peut-être perdu le contact avec la population :

« La décentralisation, même si je suis en faveur, il y a le piège de recréer des silos régionaux. Je pense que la population, pour qu'elle ait accès aux services, ce n'est pas une question de lieux. Quand on décentralise, on donne comme message à la population de la Gaspésie "vous avez vos propres services et vous devez avoir l'ensemble du panier de services dans votre région". En décentralisant, il faut être capable de donner la garantie d'un accès universel, qui transcende les régions. » (Réseau)

À propos de la bureaucratie

Les participants aux groupes de discussion ont certes été surpris par le grand sac fourretout de la bureaucratie en tête de liste des maux identifiés par la population. Ils ont tout de même convenu que, du point de vue du citoyen, c'est effectivement ce trait qui ressort. Nombreux ont été ceux qui ont reconnu cette lecture inévitable de la part de l'opinion publique :

« La population a été très réceptive au discours de dénigrement de la dernière année. » (Groupe d'intérêt)

« Quand on demande la priorité à adresser [et que] les gens répondent "la bureaucratie". N'est-ce pas là un signe que le discours du Dr Barrette passe? À force de marteler le discours... » (Groupes d'intérêt)

« Depuis 2 ans, le commentaire qu'on entend c'est qu'il y a beaucoup de bureaucrates dans le réseau, que des coupures ont été faites dans le superflu et dans le "gras", et ça influence l'opinion publique. » (Fournisseurs variés)

Par contre, on soupçonne aussi beaucoup que ce large parapluie cache en fait la réalité :

« Quand on pense que le problème le plus important c'est qu'il y a trop de bureaucratie, c'est une méconnaissance en général, surtout quand on pense que ça fait 30 ans qu'on réforme les structures et que ça ne donne strictement rien. Pas plus d'accessibilité, pas plus de qualité, pas plus de continuité de services. » (Groupes d'intérêt)

« Il y a un problème d'information à la base. Les gens du réseau savent bien qu'on investit déjà pas mal d'argent en santé. Il y a vraiment un problème d'information autour de notre système de santé et un effort à faire pour l'opinion publique. Il y a vraiment au Québec un problème au niveau de communiquer ce qui fonctionne et qui ne fonctionne pas. » (Groupes d'intérêt)

Désinformation, manque d'information sur la performance du système et surtout sur ses modes de fonctionnement sont, d'après nos participants, les ingrédients de base qui renforcent la perception négative de l'efficacité du système et ce sentiment de la bureaucratie. Cette perception n'est cependant pas étrangère aux rigidités induites par les bras de fer que se livrent les différents acteurs politiques dans l'arène de la santé.

À propos du corporatisme

En particulier, les participants de certains groupes de discussion ont été loquaces, dénonçant avec verveur l'immobilisme que les réflexes corporatistes ou syndicaux imposent au réseau pour s'améliorer. Bien entendu, les médecins ont été pointés du doigt, mais les autres ordres professionnels et particulièrement les syndicats ont aussi reçu leur part de récriminations à propos de cet état de fait.

« Depuis quelque temps, surtout avec ce gouvernement, le système est vraiment pris sous contrôle de la logique bureaucratique, la logique corporatiste et, dans une moindre mesure, la logique syndicale et la logique du privé. La logique communautaire ou citoyenne est à peu près absente. Les récentes transformations du système ont encore diminué le nombre de places que les citoyens pouvaient occuper dans la gouvernance du système de santé. C'est à peu près effacé. » (Innovation – Experts)

Les embuches liées au corporatisme ont beaucoup été discutées dans les différents groupes de discussion, même dans celui qui regroupait des présidents d'ordres, de fédérations et des représentants des syndicats qui ont pris acte de ce constat de la population, sans le contester. Les commentaires les plus vifs ont cependant été recueillis dans les autres groupes de discussion. Voici quelques exemples des propos entendus sur les velléités corporatives et protectionnistes des différents groupes d'intérêts qui composent le réseau.

« On dirait que le patient n'est jamais au centre des préoccupations. Il y a beaucoup de lobbys, le lobby des médecins, le lobby des infirmières... Les infirmières veulent faire des actes médicaux, mais ne veulent pas en déléguer aux préposés » (Fournisseurs variés)

« Il serait intéressant que les présidents des Ordres professionnels prennent une perspective citoyenne. Actuellement, ils ont tellement de pression qu'ils finissent toujours en défenseur de leur profession. » (Réseau)

« Le corporatisme est très intégré dans notre culture. Tout le monde défend son territoire. Quand on fait une réforme, il faudrait toucher aux groupes d'intérêt qui sont très puissants ou aux lobbyistes qui gravitent autour des différents groupes et qui font en sorte que le réseau ne change pas. » (Fournisseurs variés)

« On a fait une enquête sur l'industrie de la construction, on devrait faire une enquête sur la santé qui est présentement l'assiette dans laquelle pige l'ensemble des corporations au détriment du contribuable. Il y a beaucoup plus d'argent dans la santé que dans la construction, c'est sûr qu'il y a beaucoup plus d'intérêts financiers à laisser piger dans cette assiette-là. À mes yeux, une des raisons de l'immobilisme, c'est justement parce qu'il y a trop d'argent, il y a quelques corporations autour de la santé qui vont s'accaparer un budget public et c'est devenu éventuellement leur chasse gardée. » (Innovation – Experts)

Notre expert anonymat semble partager cet avis concernant le corporatisme au sein de notre système. Il note entre autres la fonction syndicale exercée par la FMOQ et la FMSQ. Selon lui, cette fonction syndicale représente un enjeu de taille pour notre système, dans la mesure où ces deux groupes travaillent davantage à préserver les intérêts de leurs membres que de travailler en collaboration avec le MSSS à améliorer notre système pour les clients.

Il est aussi clair que des commentaires judicieux ont été entendus afin de nuancer ces opinions. Si le corporatisme est bien réel, les ordres professionnels, les fédérations, le Collège des médecins et les syndicats ont aussi des rôles importants à jouer tant dans la protection des patients que dans celle de leurs membres.

« Il faut faire attention avec les questions de corporatisme. Déjà, si chacun faisait bien toutes les tâches qui lui incombent, on réglerait beaucoup de difficultés. » (Fournisseurs variés)

À propos du manque de financement

Nous avons aussi eu un fort étonnement de la part des participants aux groupes de discussion à propos de la perception tenace dans la population qu'il manque de ressources dans le système. Bien que des nuances s'imposent, les participants des groupes de discussion ont été d'avis que les ressources sont suffisantes, mais qu'elles ne sont pas toujours utilisées adéquatement.

« La perception qu'il faut ajouter de l'argent en santé me paraît totalement aberrante. Essentiellement, si on regarde les études internationales comme celles du Commonwealth Fund, qui compare le coût par habitant pour le système de santé incluant privé et public de façon globale, et qu'on paramétrise tous les types de services dans l'échelle quant à la satisfaction des usagers, l'Angleterre, qui est #1 maintenant et qui a fait tout un chemin depuis une dizaine d'années, dépense environ 1 100 \$ de moins par patients qu'au Québec. Si vous [multipliez] ça par 8 millions de Québécois, c'est 9 milliards, soit 3 fois les compressions budgétaires du Québec. Quand on me dit qu'il n'y a pas assez d'argent, je me dis que les gens sont complètement hypnotisés par le discours politique. Il y a énormément d'argent dans le système de santé. » (Innovation – Experts)

« Les gens ne pensent pas qu'il y a un manque de financement, ils pensent sérieusement qu'il y a un manque d'arrimage, d'intégration et que les sous sont mal utilisés. Il y a de la duplication. Le fait de pouvoir exprimer un choix éclairerait les décideurs. » (Professionnels de la santé)

Cette idée du manque d'information et de sous-optimisation du réseau s'est déclinée en de multiples commentaires forts intéressants au cours des débats, dont celui-ci que nous avons déjà présenté (p.47) :

« Quand on parle du manque de transparence dans notre système de santé, c'est tout à fait vrai. Si on compare à certains autres systèmes de santé dans le monde, on s'aperçoit qu'au Québec, il n'y a aucune transparence, et beaucoup moins que dans d'autres provinces canadiennes. Ce que je trouve intéressant, c'est que de moins en moins les gens croient à cette chimère qu'il manque d'argent et de médecins dans le réseau. Je pense qu'un des problèmes, c'est que l'argent est mal dépensé, qu'il n'y a pas d'imputabilité, pas de transparence. On voit des pays comme la Suède, où toute l'information du système de santé est accessible sur Internet. » (Innovation – Experts)

La possibilité de bénéficier d'une information de performance financière et de qualité sur les établissements a généré aussi beaucoup de débats animés. Cette discussion s'est aussi déportée sur la liberté de choix des citoyens.

« Je trouve qu'il y a beaucoup d'argent dans le réseau de la santé, il y en a trop. Il y a suffisamment de ressources médicales, je ne pense pas qu'il manque véritablement de personnel. Je pense que ce dont on a besoin, c'est de transparence, de comparaison, d'évaluation des coûts et d'imputabilité. On aura beau chercher toutes sortes d'autres solutions, si on n'a pas celles-là au début, on n'arrivera nulle part. Il peut y avoir une concurrence dans le réseau public, on n'est pas obligés nécessairement de faire concurrence avec des établissements privés. » (Innovation – Experts)

« S'il y avait de la transparence et qu'en tant que patient, on pouvait choisir l'établissement le plus performant. En ce moment, c'est le monde à l'envers. Les établissements les plus performants sont les plus pénalisés. » (Fournisseurs variés)

Dans un autre groupe, le même constat a aussi été dressé :

« Manifestement, il faut sortir du cadre rigide [...] et de cette dynamique totalement contre performante où un hôpital est pénalisé s'il est performant. On l'a vu au Jewish. Ils ont travaillé quelque chose, ils ont fait une urgence performante, ils ont eu plus de clientèle et ils ont été pénalisés dans leur budget. C'est totalement aberrant. » (Innovation – Experts)

La majorité des experts rencontrés dans le cadre de cette démarche de recherche sont d'avis qu'il ne manque pas nécessairement de financement dans notre système, mais que le problème réside plutôt dans la façon dont les établissements sont financés. Comme mentionné plus tôt, pour Dre Diane Francoeur le fait que le patient soit perçu comme une dépense plutôt que comme un investissement est un problème majeur de notre système.

Robert Ouellet abonde dans cette direction :

« Lorsque j'ai visité 35 organisations de santé en Europe, quand j'ai posé la question : qu'est-ce qu'on devrait faire de différent dans notre système? Tous les répondants m'ont dit de changer la façon de financer nos hôpitaux, passer au financement à l'activité. »

Concernant le financement à l'activité, notre expert anonyme amène un bémol. Selon ce dernier, il ne sera pas possible de mettre en place un financement à l'activité efficace si l'activité médicale n'est pas intégrée dans cette tarification. En d'autres termes, cela ne fait pas vraiment de sens que le gouvernement paie aux établissements une tarification à l'activité, mais, que de l'autre côté, personne dans les établissements n'ait de réelle influence sur l'activité médicale qui est, par essence, l'activité principale de l'établissement.

Synthèse des problématiques perçues du système de santé et de services sociaux

En conclusion, le débat sur les maux perçus de la santé a été riche en réflexion au sein des groupes. Ils ont tourné autour des enjeux de financement, de la centralisation et du corporatisme. Ils ont aussi mis en lumière que le manque d'information et la désinformation, dans une certaine mesure, sont à la base des perceptions biaisées des citoyens sur la bureaucratie.

Selon Louis Godin, Président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), un des principaux enjeux de notre système est qu'il est politisé. Selon lui :

« On devrait sortir le système de santé de la politique. Après, tu gères le système de façon objective avec les bonnes pratiques cliniques et administratives et de gestion. En ce moment, on met des pratiques en place, car politiquement, on n'a pas le choix. »

Dre Diane Francoeur de la FMSQ abonde dans cette direction. Selon cette dernière, le principal problème de notre système de santé tient à la politisation qui en est faite :

« Il faut sortir la politique de la Santé. Actuellement, la politique décide de tout et elle vient s'infiltrer dans la gestion administrative. On est à un pas à un pas de voir la politique s'infiltrer dans la qualité de l'acte et dans la qualité de la médecine. Ça, c'est un énorme enjeu! »

Concernant les problèmes à régler en priorité au sein de notre système de santé, Pierre Lavoie amène une perspective différente. Selon ce dernier, il importe d'abord et avant tout de responsabiliser les gens envers leur santé, en misant davantage sur le volet de la prévention :

« Il faut arrêter de se demander ce que le système peut faire pour nous, mais plutôt, qu'est-ce que moi je peux faire pour ma santé ».

Ce changement culturel devra nécessairement passer par une mobilisation importante de la population. Lorsqu'il a voulu mettre en place un programme de dépistage de maladies héréditaires graves dans sa région, Pierre Lavoie a été confronté à une résistance importante de la part des hautes instances de la société. À ce sujet, M. Lavoie raconte :

« Quand je me suis ramassé avec une armée derrière moi, là j'étais écouté par les ministres et les sous-ministres. Là il voyait que maintenant c'était sérieux. Un changement, ça ne

s'impose pas. Un changement doit passer par une mobilisation de la population et cela passe toujours par l'éducation. »

Pour améliorer la performance de notre système, M. Lavoie est d'avis que l'on doit mettre en place des mesures contraignantes. Par mesure contraignante, Pierre Lavoie entend des mesures de prévention de par une implication active du corps médical et des professionnels de la santé :

« Je souhaite que les médecins prescrivent à leur patient des saines habitudes de vie, manger plus de légumes et de fruits, prendre son vélo au lieu de son auto, au lieu de prescrire des pilules! »

Ce choix n'est certes pas populaire à l'heure actuelle et aucun gouvernement ne prendra la décision de mettre en place de telles mesures s'il souhaite se faire réélire :

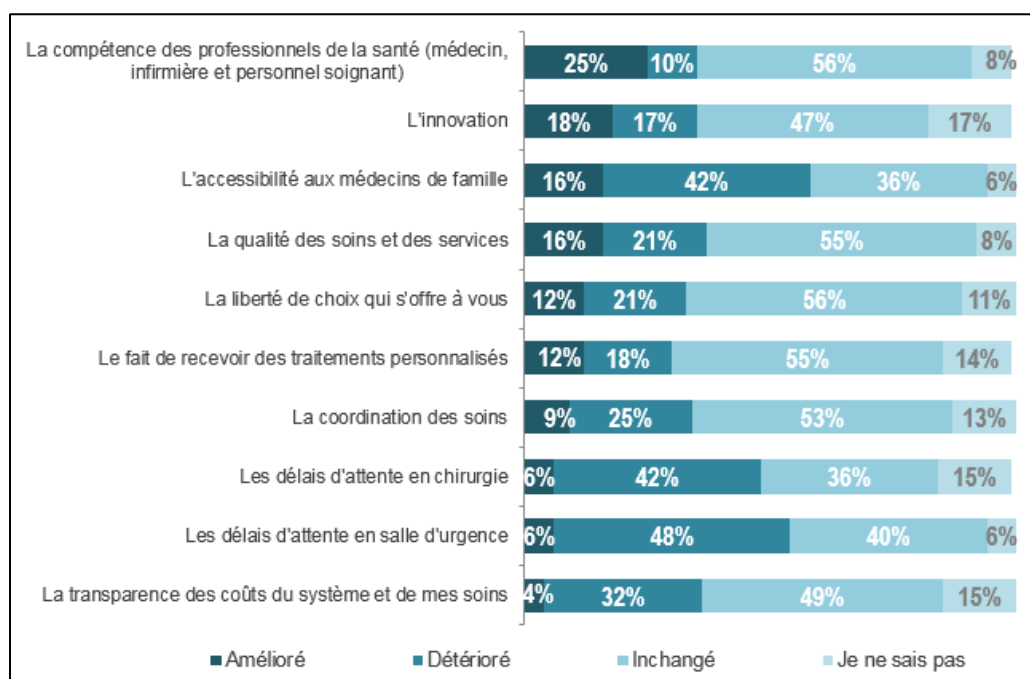
« Le gouvernement va bouger lorsqu'il sentira qu'il s'agit d'une volonté de la population. Cela revient donc à passer par l'éducation. »

Appréciation rétrospective des cinq dernières années

Le diagnostic émis par les Québécois est clair, plusieurs problématiques doivent être adressées pour améliorer notre système de santé et de services sociaux et, du même coup, améliorer la satisfaction de la population à son égard.

Par rapport à ce portrait de situation, il a été intéressant d'apprécier dans quelle mesure les Québécois avaient l'impression que le système de santé avait évolué au cours des 5 dernières années (Figure 18). À ce propos, un constat général assez préoccupant se dresse. Sous une large majorité des aspects de performance sondés, les Québécois ont perçu plus souvent une détérioration qu'une amélioration de la performance. À l'exception de l'évolution de la compétence des professionnels de la santé et de la capacité d'innovation, le pessimisme règne quant à l'amélioration de notre système. La Figure 18 présente plus en détail les résultats obtenus.

FIGURE 18 : ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES



En particulier, les Québécois sont très critiques par rapport à l'évolution de la transparence du système et de ses coûts. En fait, seulement 2 % des répondants pensent que cet aspect s'est amélioré tandis que 32 % considèrent qu'il s'est détérioré.

On note par ailleurs la détérioration de la perception de l'accès sous tous ces angles. Bien que les données disponibles soient contradictoires ou incomplètes¹¹, certaines sources provinciales allèguent pourtant que

¹¹ <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/carte.asp>

e les délais d'attente en chirurgie se seraient objectivement améliorés. Cette perception négative des Québécois s'explique donc difficilement :

« Il y a des secteurs, comme l'accès à certaines chirurgies et l'accès à la première ligne, qui se sont objectivement améliorés. [...]. La donnée objective ne correspond pas à la perception. À ce niveau, nous avons un problème. » (Réseau)

À ce propos, Jacques Nantel, professeur émérite au département de Marketing à HEC Montréal, explique :

« C'est la patience des citoyens qui s'est détériorée. Le processus de satisfaction c'est toujours la résultante entre tes attentes d'une part, et les résultats d'autre part. Les résultats ne se sont probablement pas détériorés, mais, au fur et à mesure que tu passes d'un ministre à l'autre qui dit qu'il va régler les problèmes, tu diminues les attentes. »

Réformer ou non le système?

En 2005, la Loi 83 crée les Centres de santé et de services sociaux. Par cette loi, le gouvernement redéfinit le nouveau mode d'organisation des services, modifie les définitions d'établissements, leurs mandats et leurs responsabilités. La loi vise à « créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région sociosanitaire et à fusionner des établissements en centre de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de ces RLS en leur conférant une responsabilité populationnelle »¹².

En avril 2015, la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, vient donner un tour de roue supplémentaire à la centralisation amorcée en 2005. Le nombre d'établissements du réseau passe de 182 à 34 dans la province. La réorganisation du système de santé va maintenant plus loin que la réforme de 2005, notamment en confiant soit à un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) la majorité des services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS)¹³.

La Loi consacre aussi la réduction du nombre de niveaux hiérarchiques de gestion de 3 à 2 paliers au sein du réseau et revoit le mandat et la composition des conseils d'administration¹⁴. L'intention du MSSS est

<http://tempsdattente.icis.ca/>

<https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2016.pdf>

¹² (MSSS, 2015, repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>), 30 janvier 2017

¹³ MSSS, 2015, repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>

¹⁴ MSSS, 2015 Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/faits-marquants>

d'alléger les structures administratives et de favoriser une meilleure intégration par la fusion d'établissements avec des missions complémentaires œuvrant au service d'une même population. « Plus précisément, ces changements permettraient de réduire de façon significative le personnel d'encadrement et celui affecté à des tâches purement administratives. Le projet de loi ferait aussi passer le nombre d'établissements du réseau de 182 à 28 et ne prévoit pas la fermeture de points de services. Finalement, les 18 régions socio-sanitaires actuelles seraient conservées de façon intégrale. La réforme du réseau proposée s'inscrit donc en continuité avec celle initiée en 2004-2005, qui visait notamment à diminuer, par fusion, le nombre d'établissements, et à confier à ces derniers la responsabilité populationnelle sur leur territoire respectif. Il s'agit là de deux des fondements qui ont guidé l'entière préparation du projet de loi. »¹⁵

Cependant, force est de constater qu'après deux ans de travail, le travail n'a pas encore livré les résultats escomptés. Du moins, le citoyen reste encore sceptique sur la capacité du système à s'améliorer à partir des initiatives qui ont déjà été entreprises dans le cadre de la loi 85 et de la loi 10, comme l'illustre avec clarté la Figure 19.

FIGURE 19 : OPINION À L'ÉGARD DU FONCTIONNEMENT ACTUEL DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

(%)	TOTAL	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
	n= 1000	254	355	391
Il faut repenser de fond en comble notre système de santé et de services sociaux et le rebâtir complètement	60	61	63	56
Il suffit de poursuivre la réforme en cours et d'améliorer la coordination des soins pour que le système fonctionne mieux	38	35	35	43
Le système fonctionne bien comme il est	2	4	2	1

Devant le sombre portrait dressé à propos du système de santé et services sociaux du Québec, les participants de nos différents groupes de discussion n'ont pas été surpris d'apprendre que 60 % des Québécois voudraient rebâtir le système à partir de zéro. Une portion de 38 % de la population pense toutefois que les réformes en cours sont aptes à amender le système positivement. Un consensus se dessine cependant, 98 % de la population pense que le système a besoin d'amélioration.

¹⁵ MSSS, 2014 Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=809>

Ces résultats sont cohérents avec d'autres sources. Selon l'enquête du *Commonwealth Fund* menée en 2012, seulement 27 % des médecins québécois interrogés estiment que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble (comparé à 48 % des médecins de l'Ontario et à 44 % de ceux de la Colombie-Britannique) (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015, p. 29)

Selon la même source, seulement 23 % des Québécois âgés de 55 ans et plus interrogés estiment que le système de santé et de services sociaux fonctionne assez bien dans son ensemble (c'était 41 % dans le cas de l'Ontario et de la France, 35 % pour l'ensemble du Canada, 56 % pour le Royaume-Uni et 22 % pour les États-Unis). » (Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2015, p. 29)

La perception des Québécois ne semble guère s'être améliorée depuis, selon les résultats que nous avons obtenus au sondage. En fait, nous pouvons conclure à une détérioration dans la perception de la population sur la capacité du système actuel à livrer les résultats attendus. C'est un élément sur lequel les participants aux groupes de discussion se sont aussi entendus cordialement, mais les résultats ont suscité une foule de réactions très instructives et certaines inattendues, considérant les groupes auxquels ces acteurs appartiennent.

D'abord, pour les répondants du groupe de discussion, le constat dressé par le sondage n'est pas surprenant.

« Avec tout ce qui circule dans les médias, ce n'est pas surprenant que l'on voie les gens dire qu'il faut scraper ça et le rebâtir de zéro. » (Groupes d'intérêt)

« Je pense aussi qu'il faut repenser le système de fond en comble et qu'on va se diriger vers une commission importante. » (Réseau)

« Je pense que notre système a besoin d'être amélioré et d'être revu. Les chiffres qu'on voit où les gens ont de la misère à avoir accès aux soins, on ne peut pas juste leur faire croire que le paysage est plus beau que ce qu'il est vraiment. » (Groupes d'intérêt)

Par contre, certains se sont tout de même montrés étonnés par ce désir manifesté par les Québécois de tout refondre à partir de zéro.

« Je suis étonné de cette réponse, je pensais que la population était tannée des réformes. Qu'on dise qu'on en veut encore, ça m'étonne. » (Réseau)

Certains répondants ont souligné que ce désir de changement de la population n'est pas si facile à faire qu'à dire :

« Ça ne se fait pas comme ça. Ce matin, il y a du monde couché dans des lits, des gens qui vont être opérés... on ne met pas un X là-dessus comme ça. » (Groupes d'intérêt)

Prenant acte que pour une n^{ième} fois, nous avons encore misé sur des réformes structurelles « *On dirait que nos réformes ne travaillent toujours que sur les structures.* » (Groupes d'intérêt), des participants sont d'avis que la réforme n'est en fait qu'une démarche cosmétique et superficielle :

« En ce moment, on est dans une fausse impression de revoir le système de fond en comble. Parce que c'est tellement une grosse réforme chaotique et surréaliste, mais [...] on est dans une fausse impression de revoir tout de fond en comble. » (Réseau)

« Je pense que les gestionnaires n'ont pas fait preuve d'un grand courage. [Le courage] est à peu près inexistant dans le réseau de la santé. Faire des vrais choix, c'est extrêmement difficile. » (Réseau)

Cette lecture d'une réforme superficielle et sans profondeur n'est cependant pas partagée par tous. Pour d'autres, au contraire, la réforme ne se cantonne pas seulement à revoir les structures administratives. Selon ceux-ci, la réforme s'attaque malheureusement aussi directement aux soins et services.

« Il y avait peut-être derrière cette réforme une intention de faire des économies d'échelle. [...] Là, ce qu'il se passe, c'est que cette réforme-là est gourmande et elle est allée toucher les éléments cliniques et les trajectoires de soins. Et ça, ça ne peut aller que par la décentralisation. J'insiste, il faut que ce soit fait de façon tripartite avec les citoyens, les cliniciens et les gestionnaires. » (Réseau)

Tous s'entendent cependant très bien sur le caractère prescriptif de la réforme. On se navre devant la propension directive du MSSS, comme l'illustre très bien la boutade recueillie dans nos entrevues : « *Le Dr Barrette est un interventionniste, au sens propre et figuré.* » (Réseau) Plusieurs ont abondé dans ce sens :

« La réforme est prescriptive, on n'a pas notre mot à dire, on doit avancer là-dedans en fermant notre boîte. » (Réseau)

« La population est claire. Elle veut un changement. Mais au niveau gouvernemental, on s'est approprié ce changement plutôt que de le laisser décentralisé dans les vrais débats qui étaient la pertinence, des soins, la cogestion des équipes, le bassin de desserte et qui doit donner les services. À l'inverse, on a repris ça politiquement et on a dit "le changement, c'est moi qui va décider ce qu'il va être". Et on est parti sur un paradigme médical de prescription. On prescrit le système. » (Réseau)

Si la résilience des gestionnaires face à cette réforme imposée par le haut était possible pour certains des participants aux groupes de discussion, nombreux étaient cependant ceux qui ont souligné la difficile réalité des cadres dans le réseau.

« Il n'en reste plus beaucoup [de gestionnaires], ils ont été désavoués sur la place publique aussi. Si on veut encore des gestionnaires pour faire quelque chose de notre système de santé, il n'en reste plus beaucoup. On a un enjeu majeur. Oui, il faut du courage pour prendre des décisions difficiles, mais il va d'abord falloir du courage pour rester dans le réseau et faire preuve d'abnégation. » (Réseau)

Le constat des rangs décimés des cadres, de leur faible mobilisation chez les braves qui demeurent et même de la détresse psychologique chez les survivants, a alimenté le débat dans certains groupes.

« Avec la dernière transformation du réseau, on a encore mis l'emphase sur les coupures de cadres intermédiaires. Si on avait plus d'encadrement, peut-être qu'on aurait besoin de moins d'argent et qu'on aurait un peu plus de qualité ou de coordination de services. » (Innovation – Experts)

Notre expert qui a préféré conserver l'anonymat partage ces inquiétudes concernant les gestionnaires. Les fonctions de gouvernance et de gestion/leadership organisationnel ont graduellement perdu de leur importance avec les années, et cela se poursuit avec la réforme actuelle. En effet, selon cet expert, nous sommes en ce moment devant une forme de négation de l'importance des fonctions de gouvernance et de gestion dans les organisations de santé. Cette situation est problématique compte tenu du fait que les organisations de santé sont complexes et qu'elles doivent faire preuve d'agilité en misant sur le travail collaboratif, ce qui n'est pas possible sans l'apport du gestionnaire.

L'absence de sens dans la réforme est aussi déplorée auprès des gestionnaires et des employés du réseau : *« On cherche le sens et on se le donne parce qu'on est intelligent. Mais on ne refait pas le système pour vrai, on met un plaster. » (Réseau)* Comme en témoignent les résultats du sondage, elle s'avère aussi lacunaire auprès de la population dans son ensemble. Reprenant la métaphore de Ma tante Louise qui a été présentée plus haut, voici une citation d'un des participants :

« Ma tante Louise, elle sait quoi vraiment de la réforme? On ne l'explique pas et on ne souhaite pas l'expliquer aux gens. Ils savent juste qu'on a créé des CISSS et des CIUSSS, mais il n'y a pas eu de sens accroché à la réforme. Quand on a créé les CSSS, on avait quelque chose à vendre. Cette fois, on ne vend rien à la population en termes de sens. Dans chacun de nos établissements, on s'en est créé un avec les missions dont on a hérité dans la fusion. Mais monsieur et madame tout le monde, quand ils disent "poursuivez cette réforme", ils disent de poursuivre quoi au juste? » (Réseau)

Par ailleurs, le regroupement imposé par la loi 10 a exacerbé certaines situations aberrantes dans la gestion des ressources :

« On a fusionné les établissements sur un territoire et maintenant, c'est un immense territoire qui comporte 150 installations. Tu prends par exemple un patient qui est malade à Trois-Rivières, "Monsieur, vous allez aller à Trois-Rivières et madame, vous êtes aussi en perte d'autonomie, il y a une place à tel autre endroit". Malheureusement, dans les médias, il y en a eu des exemples déchirants et qui frappent l'imaginaire. Comme fils de parent vieillissants, c'est préoccupant. » (Réseau)

Forme d'électrochoc, cette portion des résultats que nous avons partagée avec les participants aux différents groupes de discussion a aussi permis d'ouvrir la discussion vers différentes solutions. Voici une citation intéressante sur des pistes de solutions possibles.

« Depuis 2003, ce qui a été mis en place comme réforme de notre système est le contraire de ce qui a été identifié comme des solutions éprouvées et soutenues par des données probantes. Je me souviens quand les premières réformes sont arrivées [...] on disait « attention, ces réformes-là ne vont pas améliorer l'accès, c'est pratiquement une façon de rendre les services publics plus inefficaces avec, à la clé, une tentation d'aller essayer le privé. » (Groupes d'intérêt)

Selon André-Pierre Contandriopoulos, professeur émérite en administration de la santé, il n'est pas possible de penser qu'une solution simple pourra régler une situation complexe :

« Quand on règle une question complexe avec une solution simpliste, ça ne marche pas et on crée plus de confusion. Dire qu'il faut intégrer tout le monde à l'horizontale face à la personne malade, on est d'accord. Mais dire que parce qu'on crée une structure hiérarchique pyramidale, linéaire comme une production automobile à la Ford, et puis qu'il y a un DG qui décide tout depuis là-haut, ça va régler l'intégration en bas? Alors qu'il y a des professionnels indépendants, qu'il y a des guerres entre différents professionnels, qu'il y a tout ça, c'est sûr que ça ne marchera pas. La situation est beaucoup plus complexe », mentionne André-Pierre Contandriopoulos

Pour Robert Ouellet, lorsqu'on souhaite faire une transformation, il est nécessaire de travailler à la fois sur les structures et les attitudes :

« Pour l'instant avec la réforme, on travaille seulement sur les structures. Il est essentiel d'avoir un changement d'attitude dans le réseau de la santé », souligne ce dernier.

Cette prescription de la part des Québécois du besoin de réformer notre système est sévère. Sans complaisance, le réseau constate aussi qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Voici une citation recueillie dans un groupe de discussion qui permet de mesurer combien nous avons encore de chemin à parcourir avant de vraiment faire la réforme attendue par la population et souhaitée unanimement par l'ensemble des parties prenantes du réseau de la santé et des services sociaux :

« À savoir si on doit réformer le système ou si le système actuel fait le travail, je suis en accord avec la population, je suis très à l'aise avec ce 60 %. Je pense que dans les dernières années, à la fois avec la réforme Couillard et Barette, ils ont actualisé le rêve dont ils discutaient entre résidents de médecine dans les années 80, c'est-à-dire « on va prendre le pouvoir, on va centraliser, on va couper les niveaux de gestion et on va essayer de gérer ça entre médecins, on va renforcer le paiement des médecins et avec des incitatifs aux médecins, on va arriver au bout des problèmes. C'est une caricature (les autres participants répondent "à peine"). Le sujet qui aurait dû intéresser les ministres, c'est qu'est-ce qui doit être couvert comme service? Qui doit donner les services? Comment on assure la complémentarité entre les différentes professions? Comment on assure la pertinence des soins? C'est ça qui aurait dû intéresser les ministres. Pendant qu'on s'occupe de structure, [...] on ne s'occupe pas de ces sujets

importants-là. On est en retard sur beaucoup des choses [...] Le sujet important je crois, c'est qui doit faire quoi. Il y a beaucoup de gains à faire là. Il y aurait beaucoup des problèmes d'accès qu'on pourrait régler facilement par là. » (Médecin – Gestionnaire du réseau)

Pistes d'actions pour améliorer notre système

À l'heure actuelle, plusieurs pistes d'actions sont mises en branle au Québec et ailleurs dans le monde afin d'améliorer la performance des systèmes de santé. À ce propos, nous avons sondé la population québécoise sur différentes pistes d'action envisagées et en cours telles la livraison plurielle des services, la rémunération des médecins, l'accroissement des responsabilités des professionnels de la santé, différentes pistes de solution concernant l'accès, les technologies de l'information, la prévention et la promotion de la santé ainsi que la santé publique. La prochaine section de ce rapport décrit les résultats obtenus auprès de la population québécoise, des groupes de discussion et des experts.

Livraison plurielle des services de santé

Une des pistes d'action explorées dans le cadre de cette recherche porte sur la livraison plurielle des services et des enjeux que cela représentent, notamment pour le système de santé et de services sociaux Québécois.

Nous avons recueilli des propos très éclairants sur ce sujet au sein des groupes de discussion et lors des entrevues avec les experts rencontrés. Il nous apparaît par ailleurs important de noter que le souhait de soutenir une discussion posée, nourrie par les faits et dépourvue de dogmes et de préjugés est venu de différents horizons. Les représentants du réseau, tout comme les innovateurs, les professionnels de la santé et les fournisseurs variés de services ont émis des avis en ce sens. On a aussi reconnu la charge politique de ce dossier, comme en témoigne cet extrait provenant d'un gestionnaire du réseau.

« Financement public, partenariat public-privé... peut-on accepter de faire faire des choses? Est-ce le corporatisme, est-ce le syndicalisme? Je pense simplement que le moule n'a pas été cassé encore et qu'il faudrait peut-être aborder ce sujet-là politiquement, mais ça prend du courage parce qu'il y a des votes rattachés à ça. Le citoyen, ce qu'il souhaite, c'est d'avoir des choix. » (Réseau)

Pourtant, le privé en santé est très présent dans le contexte québécois. Comme le rappelle avec justesse Labrie (Labrie, 2015), parmi l'ensemble des places d'hébergement pour personnes âgées au Québec, environ 70 % sont offertes par des résidences privées. Celles-ci desservent une clientèle majoritairement autonome ou en légère perte d'autonomie. Cette réalité est aussi rappelée par nos participants aux groupes de discussion :

« On oublie souvent qu'au Québec et au Canada, on est dans les endroits, à l'échelle internationale, où il y a le plus de privé. Il faut le rappeler, le dire, c'est déjà le cas. L'offre de soins, dans sa globalité, est plus privée qu'à beaucoup d'endroits. » (Réseau)

Comme nous l'avons exprimé en introduction, le Québec se situe au milieu du peloton en matière de recours au privé dans le mix de services de santé. Cependant, la grande partie de cette contribution du

privé consiste en fait en dépenses de médicaments (Blomqvist & Busby, 2015). La Suisse, l'Australie et les Pays-Bas utilisent plus de privé dans les soins médicaux et hospitaliers (Figure 4).

Malgré ce rôle fondamental du privé, des OBNL et des organisations coopératives, la cohabitation avec le réseau public n'est pas toujours harmonieuse. Le privé est perçu comme une menace par différents groupes d'intérêt, en particulier le mouvement syndical. Les organisations publiques qui entretiennent des liens d'affaires avec le réseau privé le font souvent de façon discrète et on peine à pérenniser les liens d'affaires. Nous avons déposé un rapport portant sur les partenariats publics-privés en santé en février 2016 (Jobin & Fortin, 2016). De façon générale, nous dressions un portrait de sous-optimisation de ces relations d'affaires. La présente recherche permet aussi de dégager un malaise face à la relation complexe du privé et du public en santé :

« Dans notre quotidien à la clinique [privée], on a beaucoup de mal à avoir la collaboration du réseau. Pourtant, on a la même mission, on est tous des contributeurs du réseau. Il y a des CLSC qui ne veulent même pas informer leurs patients de notre existence et de donner le choix à leur population. » (Fournisseurs variés)

« Les coopératives de santé au Québec, il y en a peut-être 5 ou 6 qui vont bien. Les autres ont tous des problèmes financiers. Pourtant, ils sont là pour aider et c'est à but non lucratif. Nous n'avons aucune subvention du gouvernement et nous sommes souvent bloqués par eux. Je ne sais pas le nombre de consultations qu'on fait pour la population, mais je pense que le gouvernement pourrait donner un crédit d'impôt à nos membres. » (Fournisseurs variés)

« Les sondages qu'on fait à l'interne, les patients nous disent qu'ils sont frustrés du manque de communication entre le privé et le public. Il y a aussi plusieurs messages incohérents véhiculés par rapport au privé. » (Fournisseurs variés)

Les participants aux groupes de discussion se sont entendus aussi sur le fait que le privé en santé n'est pas la cause des maux actuels. Cependant, la force grandissante du privé est possiblement un symptôme de son mauvais fonctionnement :

« L'avenir du réseau de la santé n'est pas assuré dans sa forme actuelle. Le réseau public de santé, sa principale menace est lui-même. » (Fournisseurs variés)

Selon Robert Ouellet, la faible performance de notre système public vient en grande partie du manque de compétition au sein de notre réseau. Cette situation ne force pas les établissements de santé à s'améliorer selon lui :

« Ici, il n'y a pas de compétition. Il n'y a pas de possibilité de choix, ce qui fait en sorte que vous ne pouvez pas dire « Écoutez, je ne veux pas attendre, je vais aller ailleurs. ». Il n'y a pas d'ailleurs! Dans cette situation, l'individu se retrouve sans choix et le manque de compétition dans le système ne pousse pas le système public à s'améliorer : « La compétition dans un système, c'est quelque chose de sain. ».

Avant de présenter les résultats du sondage sur l’opinion des Québécois à l’égard de la livraison plurielle des services en santé, notamment la place du privé dans notre système public, nous avons d’abord sondé les répondants sur leur consommation de services au public et au privé. La prochaine section décrit les résultats obtenus.

Fréquentation du public VS privé

D’après le sondage, la fréquentation des établissements de santé publics est importante dans tous les groupes d’âge. En fait, plus de 70 % des Québécois sondés ont fréquenté un établissement au cours des douze derniers mois. Nous constatons que les malades chroniques et les personnes qui ont un médecin de famille consomment plus de services de santé publics que le reste de la population. Les participants des groupes de discussion ont aussi noté que, curieusement, les plus âgés (plus de 55 ans) ont déclaré avoir été moins souvent à la clinique que les plus jeunes (Figure 20).

FIGURE 20 : FRÉQUENTATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS

(%)	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC								CLINIQUE MÉDICALE OU GMF							
	TOTAL	ÂGE			MALADIE CHRONIQUE		MÉDECIN DE FAMILLE		TOTAL	ÂGE			MALADIE CHRONIQUE		MÉDECIN DE FAMILLE	
		18-34	35-54	55+	OUI	NON	OUI	NON		18-34	35-54	55+	OUI	NON	OUI	NON
n= 1000	254	355	391	291	709	785	215	1000	254	355	391	291	709	785	215	
Jamais	27	27	28	25	18	30	22	41	29	35	31	23	19	33	19	63
1-2 fois	49	44	49	52	42	51	53	34	51	43	46	61	47	52	58	26
3-5 fois	16	19	12	18	23	13	16	17	14	12	15	14	23	10	16	7
6 fois et plus	8	10	8	6	16	4	8	6	5	8	6	2	10	3	6	3
Je ne sais pas/	1	1	2	0	0	1	1	1	1	2	2	0	2	1	1	1
<i>Moyenne (nombre de visites)</i>	2,3	2,5	2,3	2,1	3,4	1,8	2,4	1,9	1,9	2,0	1,9	1,7	2,6	1,6	2,1	1,1

Par ailleurs, la consommation de services au privé a suscité davantage d’étonnements. En effet, plus de 23 % des personnes sondées ont déclaré avoir consommé des services au privé (Figure 21) :

« Je suis étonné par le pourcentage de gens qui ont utilisé le privé récemment. Alors que ce qu’on entend beaucoup, c’est une forme de ‘démonisation’ de l’utilisation du privé. Il y a une déconnexion entre la population qui utilise le privé... et [...] ce qu’on entend dans les médias. » (Innovation – Experts)

Il est également intéressant de noter qu’une grande partie des soins et services consommés par les Québécois au privé sont des services par ailleurs accessibles dans le réseau public : Médecine de famille, dermatologie, laboratoire et imagerie notamment.

FIGURE 21 : FRÉQUENTATION D'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ

CLINIQUE PRIVÉE	CLINIQUE PRIVÉE								TYPES DE CLINIQUE FRÉQUENTÉE	
	TOTAL	ÂGE			MALADIE CHRONIQUE		MÉDECIN DE FAMILLE		TOTAL	n=
		18-34	35-54	55+	OUI	NON	OUI	NON		
(%)	n= 714	174	239	301	234	480	629	85	162	
Jamais	77	67	76	85	79	77	79	63	Médecine de famille	48
1-2 fois	17	24	16	13	12	19	15	28	Physiothérapie	17
3-5 fois	3	3	5	1	6	1	3	1	Dermatologie	11
6 fois et plus	2	3	2	1	3	1	1	4	Laboratoire (tests, prélèvements, etc.)	8
Je ne sais pas	1	3	1	0	1	2	1	2	Ophthalmologie	6
Moyenne (nombre de visites)	0,6	0,9	0,6	0,3	0,7	0,5	0,5	1,0	Chirurgie esthétique	5
									Radiologie	3
									Dentiste	3
									Fertilité	2
									Autre	19
									Je préfère ne pas répondre	6
									Proportion de Québécois qui ont consulté au privé pour un service offert au public	70

Selon Nantel, les ménages québécois sont ceux qui consomment le plus au privé en matière de services de santé comparativement au reste du Canada (Nantel, 2016). S'il est vrai que les dépenses de santé au privé couvrent majoritairement les médicaments et les services non couverts par le régime public – dentiste, ophtalmologie, etc. (Labrie, 2015) — on assisterait, toutefois, selon Nantel, « *au même phénomène que l'on a vu apparaître dans le secteur de l'éducation primaire et secondaire : les ménages sont désabusés et dépensent en double* ». » (Méthot, 2016). C'est peut-être cette tendance qui se retrouve d'une certaine manière dans les résultats du sondage. Ainsi, le groupe de discussions qui rassemblait les fournisseurs soulignait le comportement en apparence paradoxal des jeunes :

« La clientèle plus jeune a aussi moins de moyens pour se payer des soins, alors c'est paradoxal de les voir plus ouverts au privé. [...] Les 18-34 ans ont peut-être moins de moyens, mais ils mettent une priorité sur la santé. Ils sont réalistes, lucides et font des choix financiers conséquents. » (Fournisseurs variés)

Il est effectivement de mise de constater que cette fréquentation des établissements privés peut en partie s'expliquer par les insatisfactions que nous constatons face à la prestation des soins et services dans le réseau public, comme les résultats étayés dans ce rapport en témoignent. Voyons maintenant plus en détail l'opinion et les valeurs des québécois à l'égard d'une livraison plurielle des services.

Prestation de services

Concernant la livraison plurielle des services, nous avons d'abord sondé les Québécois sur leur opinion à l'égard de la prestation mixte des soins et services. Voici les résultats obtenus.

LES QUÉBÉCOIS OUVERTS À PLUS DE FLEXIBILITÉ

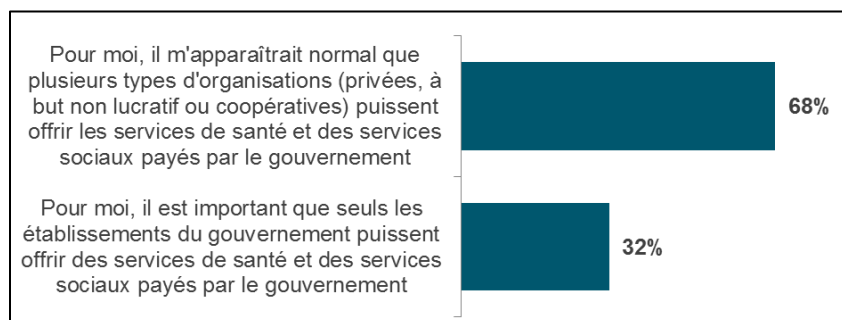
Bien que la santé ne soit pas un produit comme les autres, nous avons constaté que la majorité de la population souhaite pouvoir exercer son libre arbitre dans le choix des prestataires de service et souhaite avoir le choix d'aller au privé lorsque les délais dans le réseau public sont trop longs, comme en témoigne la Figure 22.

FIGURE 22 : OPINION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

(%)	TOTAL	ÂGE			REVENU-MÉNAGE					
		18-34	35-54	55+	- 40M\$	40-60M\$	60-80M\$	80-100M\$	100M\$ +	
	n= 1000	254	355	391	191	156	146	128	211	
SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À DEUX VITESSES										
Il est normal que quelqu'un puisse décider de payer pour se faire soigner dans le privé s'il n'est pas satisfait de la qualité ou des délais d'accès des services de santé et de services sociaux payés par le gouvernement	67	75	67	60	57	66	73	72	70	
Les services de santé et de services sociaux devraient tous être payés par le gouvernement seulement et sans possibilité de pouvoir s'acheter les mêmes services dans le privé	33	25	33	40	43	34	27	28	30	
NIVEAU D'ATTACHEMENT À L'UNIVERSALITÉ DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX										
Je suis attaché(e) au caractère de l'universalité des soins de santé et des services sociaux et pour soutenir ce principe, j'accepte que ma famille et moi devons attendre pour recevoir des soins	61	57	58	66	75	63	57	46	50	
Je suis peu attaché(e) au caractère de l'universalité des soins de santé et des services sociaux et je suis prêt(e) à payer pour avoir un meilleur accès aux soins pour ma famille et moi	39	43	42	34	25	37	43	54	50	

Spécifiquement, ce tableau démontre que 67 % des répondants souhaitent avoir le choix d'aller au privé, si la qualité et les délais sont plus courts par exemple. Ce résultat est corroboré par une autre question de validation, portant sur le même sujet. Lorsque questionnés sur la présence du privé en tant que prestataire de services, 68 % se sont déclarés en accord avec cet apport pluriel de la prestation de soins de santé (Figure 23).

FIGURE 23 : OPINION À L'ÉGARD DES PRESTATAIRES DE SERVICES



La grande ouverture générale par rapport à la présence d'un secteur privé surprend un peu tout le monde.

« Je suis étonné de voir que les Québécois sont moins attachés que je croyais au système public. J'avais l'impression que le contrat social était très important pour l'ensemble des Québécois et ce n'est pas ça qu'on comprend avec les résultats de ce sondage. J'aimerais savoir si les gens ont réfléchi à tous les impacts de leurs souhaits. Mais je trouve intéressant l'ouverture d'esprit vers l'idée de prestataires de soins différents dans un système universel. »
(Groupes d'intérêt)

Certains participants ont tenté des explications à propos de cette ouverture à une livraison mixte des services de santé et rappelant que *« les gens sont frustrés d'attendre alors ils cherchent des solutions alternatives. Dans le privé, c'est plus rapide, c'est plus efficace et si on a le fric on y va »*. (Professionnels de la santé). Ce soutien au privé pourrait en fait être la conséquence de la piètre performance actuelle du système public :

« Ce constat-là n'est pas contradictoire avec le restant, si on pense que le système public n'est pas améliorable, c'est normal que l'on cherche une solution de rechange et qu'on entrevoie un secteur privé présent. » (Groupes d'intérêt)

« J'ai été surpris par les questions sur la consommation de services. Si le système public fonctionnait mieux, les gens seraient moins portés à aller vers le privé. Ce qui les pousse vers le privé, c'est quand ça ne fonctionne pas. » (Professionnels de la santé)

Cependant, le verdict est clair pour tous. Les Québécois souhaitent une participation du privé dans l'ensemble de la prestation des soins et services. *« La différence principale entre le réseau public et le réseau privé, c'est l'approche client. Un établissement privé, s'il n'a pas l'approche client, il ne fera pas long feu. »* (Fournisseurs variés)

LES QUÉBÉCOIS DÉCHIRÉS ENTRE LEURS PRINCIPES ET LEUR PRAGMATISME

Malgré leur souhait de voir une libéralisation dans le profil des prestataires de services de santé, les Québécois sont encore très attachés au système de soins universel (61 %), malgré tous les problèmes auxquels le système est confronté, comme en témoigne la Figure 22.

« Les gens n'ont pas l'impression que le système va bien, la grande majorité trouve que ça ne marche pas et ils sont particulièrement insatisfaits de l'accès et de l'attente. Malgré tout ça, on retient qu'une majorité de gens ont dans leur valeur un système public universel. »
(Professionnels de la santé)

À ce sujet, Robert Ouellet mentionne :

« La loi canadienne de la santé parle d'universalité. Le concept d'universalité créé de la confusion au sein de la population. Ce n'est pas parce qu'un système est universel qu'il ne peut avoir une composante privée. Tu peux avoir un système public qui est universel ... Mais tu peux aussi avoir à la fois une prestation privée de soins qui soit payée par le public et aussi

avoir un système parallèle qui peut être petit, ou comme dans certains pays, qui peut être plus important. On le fait ailleurs ».

Cette adhésion au système universel va cependant se moduler par le pragmatisme et selon l'expérience des usagers du système de santé. Parlant à propos des Québécois et Québécoises qui sont contre l'émergence d'une livraison plurielle des services, des participants ont associé l'attachement significativement des aînées envers le réseau public en rappelant que *« quand tu as contribué pendant 30 ans à une assurance collective, tu t'attends de pouvoir bénéficier un jour de cette assurance-là que tu as prise »* (Groupe d'intérêt). À l'inverse, pour les plus jeunes, *« il y a une crainte que le système ne puisse pas continuer au même rythme et un souhait de trouver une alternative »* (Groupes d'intérêt). Les données à propos de ce fossé générationnel sont significatives et dénotent une adhésion plus forte (75 %) à la capacité d'exercer un choix vers le privé pour des enjeux de qualité ou de délais.

En constatant le fossé entre les principes et le pragmatisme de nos concitoyens, les participants ont aussi avancé que les Québécois *« veulent que tout soit gratuit, mais [...], personnellement, quand ils en ont besoin pour eux, qu'ils puissent payer et aller au privé. Donc quand ils sont malades, les principes sont mis de côté! »* (Groupes d'intérêt). Selon nos intervenants, l'adhésion des Québécois au principe d'universalité a effectivement ses limites :

« Je crois que les citoyens indiquent qu'ils voudraient maintenir un système de santé et de services sociaux public, c'est quelque chose d'important et c'est une valeur forte pour les Québécois. Ils considèrent que ça devrait leur être dû, mais il n'est pas accessible. C'est clair qu'ils vont se retrouver au privé, ce n'est pas étonnant s'ils ont besoin d'y avoir accès. » (Réseau)

« Les Québécois sont très attachés au sens pratique, au gros bon sens. Dans le sondage, les gens disent : « globalement, on achète l'idée collective d'avoir des impôts et d'avoir un système public, mais de grâce, ne nous mettez pas des bâtons dans les roues. Parce que moi qui ai les moyens, si jamais mon état de santé se détériore, je ne suis pas prêt à attendre et je vais fonctionner autrement. » (Réseau)

D'ailleurs, il est intéressant de constater que cette logique ne s'applique pas simplement aux choix des individus les plus riches, mais bien aux représentants de la classe moyenne, comme l'indique nos résultats de sondage :

« Les plus grands consommateurs de soins au privé, ce ne sont pas les riches, c'est la classe moyenne. » (Fournisseurs variés)

Concernant cette contradiction dans les valeurs des Québécois et des choix qu'ils sont tout de même prêts à faire pour avoir accès plus rapidement à des services, Jacques Nantel explique : *« Les Québécois sont des gens hyper-pragmatiques. Ce qu'ils veulent, ce sont deux choses à la fois. Ils veulent que le système fonctionne et ils ne veulent pas que personne ne soit laissé pour compte. Le Québécois se dit « Je continue à payer mes taxes scolaires puis j'envoie mes enfants à l'école privée. Alors, ne venez pas me dire que je*

ne fais pas ma part. Je désengorge le système public. » En d'autres termes, le Québécois est pour l'universalité et est prêt à contribuer au système en ce sens, en autant qu'il n'est pas forcé d'y rester.

L'avis d'André-Pierre Contandriopoulos à ce sujet est également fort intéressant.

« Au Québec plus qu'ailleurs, il y a cette espèce de solidarité, on aimerait qu'on soit vite et bien traité, que ce soit vrai pour tout le monde et pas simplement pour nous. Cette solidarité est tellement essentielle qu'elle définit notre identité québécoise. »

Par contre, comme mentionné par M. Contandriopoulos, c'est lorsque le système public ne répond pas à ce besoin d'être traité vite et bien que le citoyen sera prêt à payer pour recevoir des soins ou des services. Selon lui, ce n'est pas un choix du privé de la part de la population, mais davantage une réponse individuelle à une insatisfaction : *« C'est exactement la même situation que celle des parents qui pensent que les écoles devraient être publiques, mais qui décident d'envoyer leurs enfants dans le privé, car ils ne souhaitent pas prendre de risques avec leurs propres enfants. »*

Peu importe les résultats du sondage, les Québécois seraient probablement à 100 % en accord avec un système universel public, dans la mesure où ce dernier répondrait rapidement et de façon équitable à tous les gens malades, selon M. Contandriopoulos.

Les discussions en groupe ont aussi mené à d'intéressantes perspectives sur la consommation au privé de services de santé, non pas par les citoyens ordinaires, mais bien aussi par ceux qui sont couverts par des programmes, comme les établissements carcéraux, la CSST et la SAAQ. Ces organismes qui ont depuis longtemps recours aux services en privé pour diagnostiquer ou traiter leurs bénéficiaires. Certains participants ont souligné le préjudice causé à ceux et celles qui ne pouvant pas accéder au privé par ses filières sont lésés :

« Il y a un calcul qu'il serait intéressant de faire, et ce serait intéressant qu'HEC le fasse un jour, c'est de comptabiliser tout l'argent et les coûts qui sont pelletés dans la société civile par le ministère de la Santé à cause de l'attente. Il y a énormément de gens qui vont être en invalidité pendant longtemps et ça coûte énormément en mobilité et en morbidité accrues plus tard. Et ce n'est pas pris en compte dans notre système de santé. Le seul endroit où ça l'est, de façon assez paradoxale, c'est par la CSST et la Société d'assurance automobile du Québec, qui eux sont des organismes aussi paragouvernementaux, qui, pour diminuer leurs coûts, vont faire appel au privé, en radiologie notamment (ce sont les plus grands consommateurs de services privés de radiologie au Québec) et c'est assez fascinant de voir que quand le gouvernement ne pelleté pas les coûts à l'intérieur de lui-même, qu'il fait appel au privé pour diminuer justement sa charge financière. » (Innovation – Experts)

En fait, le système est déjà à « multiples vitesses » actuellement et les participants aux groupes de discussion sont d'avis que le citoyen ordinaire est souvent celui qui souffre le plus de ce manque d'équité.

En creusant davantage la sensibilité des Québécois sur la question sur l'accès aux services de santé par des prestataires autres que ceux du réseau public, nous avons placé les répondants au sondage devant trois possibilités (Figure 24) :

1. On devrait permettre à des **établissements privés, coopératifs ou OBNL (organisme à but non lucratif)** d'offrir des soins et services, mais la seule façon de payer permise devrait demeurer **l'assurance publique** (la carte-soleil)
2. On devrait permettre à des **établissements privés, coopératifs ou OBNL (organisme à but non lucratif)** d'offrir des soins et services et on devrait avoir le choix de payer avec son **propre argent soit pour un accès plus rapide, plus près de chez soi ou encore pour plus de services**
3. Seuls des **établissements publics** devraient pouvoir offrir des soins et services, et la seule façon de payer permise devrait être **l'assurance publique** (la carte-soleil)

FIGURE 24 : OPINION À L'ÉGARD DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

n=	TOTAL	ÂGE			REVENU-MÉNAGE					SCOLARITÉ		
		18-34	35-54	55+	-40M\$	40-60M\$	60-80M\$	80-100M\$	100M\$ +	SEC.	COLL.	UNIV.
49	49	40	49	55	51	53	49	39	50	50	49	47
32	32	42	32	24	24	33	36	41	34	28	34	33
20	20	18	19	21	25	14	15	20	15	22	18	19

Il est intéressant de constater que 80 % des Québécois sont favorables à une participation du privé, couvert par l'assurance maladie ou encore payé directement de leur poche. Il existe cependant un bloc de 20 % de Québécois qui est profondément réfractaire à la présence du privé en santé. Ce fait a été souligné par nos participants aux groupes de discussion qui constatent que l'acceptabilité sociale est plus grande qu'on ne le croirait. En fait, à la lumière des discussions animées captées dans les groupes de discussion, il en ressort que les Québécois sont avant tout **pragmatiques**. Ils se disent, « on doit pouvoir avoir le choix, mais on est d'accord avec le système financé publiquement. Toutefois, la dispensation des soins, qu'elle soit privée, publique ou plurielle, on s'en fou. » (Réseau) « En fait, tout devrait fonctionner et les gens choisiront en fonction des meilleurs. Pourquoi un ou l'autre? » (Fournisseurs variés). Par contre, globalement, les Québécois demeurent attachés au fait que les services doivent être accessibles sans devoir payer de sa poche.

Ils sont aussi profondément démocrates. Les Québécois ne souhaitent peut-être effectivement pas privilégier le privé au détriment du public, mais ils souhaitent avoir le choix :

« Quand on entend que les gens veulent avoir le choix d'aller au privé, ce n'est peut-être pas de payer pour aller consommer au privé, mais avoir le choix d'avoir l'accès au privé. »

Ils vont aussi avoir un biais plus positif pour des organisations à but non lucratif ou des coopératives de services, plutôt que des entreprises privées à but lucratif.

« Vous voulez aller au privé? Allez au privé si ça vous tente, mais moi je préfère aller au public. Mais si j'en ai besoin, j'aimerais avoir le choix et j'aimerais que ce soit un OSBL. » (Groupes d'intérêt)

Par contre, pour certains de nos participants, en particulier les membres des organisations syndicales, cette lecture est alarmante.

« Je trouve les résultats du sondage inquiétants. On va vers une américanisation de notre système et ce n'est pas une bonne nouvelle à aucun égard. » (Groupes d'intérêt)

« L'intérêt du privé pour moi est sombre... Il y a un paradoxe là, qui pour moi ne s'explique pas. C'est très différent d'avoir accès à un service de niveau 1, pas compliqué, au privé vs un service de niveau très complexe à privé. C'est 2 mondes. Mais quand on demande aux gens leur opinion pour le privé, ça fait partie d'un tout non distingué. » (Réseau)

Certains sentent que le privé gagne déjà du terrain depuis quelques années. C'est le cas par exemple, pour les services de physiothérapie :

« Il y a 30 ans, 5 % des membres de l'Ordre des physiothérapeutes travaillaient dans le privé et 95 % travaillaient dans le public. Aujourd'hui on est plutôt autour de 50 /50 % parce que progressivement les cliniques externes de physiothérapies ont été fermées pour se concentrer davantage sur les services aux hospitalisés et aux chirurgies majeures. Il y a eu un mouvement progressif, mais régulier vers la privatisation et ça continue. » (Groupes d'intérêt)

Assurances privées duplicatives

En ce qui a trait aux assurances, la loi actuelle interdit aux particuliers de contracter une assurance pour des soins et services de santé qui sont déjà couverts par le régime public. Néanmoins, le jugement Chaoulli rendu par la Cour suprême du Canada en juin 2015 est venu quelque peu changer la donne. Ce jugement stipule que : « [...] lorsque le gouvernement est incapable d'offrir un accès aux soins requis dans des délais raisonnables, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée brime le droit à la vie et à la sécurité des patients » (Labrie, 2015). C'est donc seulement après avoir attendu un délai déraisonnable qu'une personne peut avoir recours à une assurance privée pour avoir accès à des soins de santé dans le privé.

À ce sujet, Robert Ouellet revient sur la notion du manque d'alternative pour le patient :

« Par exemple pour la chirurgie de la hanche, ça coûte 15 000 dollars au privé. Ce n'est pas à la portée de tout le monde. Mais, il n'y a pas vraiment d'alternative pour le patient et il ne peut pas prendre d'assurance privée non plus. Selon la loi actuelle, il pourrait seulement le faire après avoir attendu 6 mois. Ça n'a pas de sens! »

Bien entendu, les assurances maladie existent tout de même pour les services non assurés, comme les soins dentaires, les services d'optométrie et une pléthore de services de santé connexes. Les assurances sont souvent offertes comme éléments dans le panier des avantages sociaux offerts par l'employeur. Considérant ces éléments non couverts par le régime, il est par ailleurs surprenant de constater qu'au sein de l'OCDE, le Canada est somme toute un pays qui a beaucoup recours aux assurances de santé privées (11,4 % des dépenses totales en santé des Canadiens), dépassé que par les États-Unis, les Pays-Bas, la France et l'Allemagne (Colombo & Tapay, 2004). Nous revenons encore une fois à la caractéristique du système canadien qui est « étroit, mais profond ».

Les régimes d'assurances maladie privées sont présents dans différents systèmes parmi les pays phares en matière de performance de leurs réseaux de santé. L'assurance maladie privée ne représente en moyenne qu'une petite fraction du financement total des dépenses de santé dans la zone OCDE. Cependant, elle constitue dans quelques pays membres un mode de financement important des soins et couvre au moins 30 pour cent de la population dans un tiers des pays de l'OCDE (Colombo & Tapay, 2004). Elle joue par des rôles multiples, allant de l'octroi d'une couverture primaire à des groupes de population particuliers à une fonction de soutien des régimes publics. La contribution de ce système parallèle à la performance du système est discutable et comporte à la fois de bons points et des zones d'ombre. « L'assurance maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques si l'on se place dans la perspective des objectifs de performance du système de santé. Par exemple, dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, dans la plupart de ces pays, elle a souvent engendré de sérieux problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques). » (Colombo & Tapay, 2004, p. 5)

Au Canada, nonobstant les services non assurés, nous n'avons donc pas le droit de contacter des assurances duplicatives. Cependant, lorsqu'on questionne les Québécois sur leur appui aux dispositions de la loi qui interdit la contraction d'une assurance duplicative privée pour couvrir des services déjà couverts par l'assurance maladie, ils se déclarent à plus de 59 % en faveur de la loi, comme en témoigne la Figure 25.

FIGURE 25 : OPINION À L'ÉGARD DE LA CONTRACTION D'UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR DES SOINS ET SERVICES ASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT

Actuellement, un Québécois n'a pas le droit légalement de contracter une assurance privée pour des soins et services qui sont déjà assurés par le gouvernement.

n=	TOTAL	ÂGE				REVENU-MÉNAGE				SCOLARITÉ		
		18-34	35-54	55+	- 40M\$	40-60M\$	60-80M\$	80-100M\$	100M\$ +	SEC.	COLL.	UNIV.
1000		254	355	391	191	156	146	128	211	207	406	387
	59	50	57	67	67	60	46	56	60	65	55	57
	41	50	43	33	33	40	54	44	40	35	45	43

C'est une bonne loi et c'est équitable, car ainsi les services sont les mêmes pour tout le monde et cela évite le développement d'assurances privées et le développement de prestataires privés, coopératives et OBNL (Organisme à but non lucratif)

C'est une mauvaise loi qui brime la liberté de s'assurer et qui freine le développement de prestataires privés, coopératives et OBNL (Organisme à but non lucratif)

Il est cependant à noter que nous avons amalgamé l'idée d'une assurance duplicative à la croissance du privé dans l'énoncé. Ainsi, il est possible qu'un appui plus fort à une assurance duplicative ait pu être enregistré si nous n'avions pas évoqué ce point.

En effet, lorsque nous avons demandé si nous devrions permettre aux Québécois de contracter une assurance pour réduire les délais d'attente, ils se déclarent en majorité d'accord avec ce principe (53 %), comme en témoigne la Figure 26 ci-dessous.

FIGURE 26 : OPINION À L'ÉGARD DE LA POSSIBILITÉ DE CONTRACTER UNE ASSURANCE PERMETTANT DE RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Devrait-on permettre à des Québécois qui le désirent de payer pour une assurance permettant de réduire les délais d'attente?					
(%)	TOTAL	ÂGE			
		18-34	35-54	55+	
	n= 1000	254	355	391	
Oui	53	58	55	48	
Non	47	42	45	52	

Malgré l'ambiguïté des résultats présentés par le sondage, les participants aux groupes de discussion ont été nombreux à formuler des commentaires sur la pertinence des assurances duplicatives.

« L'assurance duplicative nous permettrait de nous réapproprier notre pouvoir de décision » (Fournisseurs variés).

« Ce qui est particulier au Québec, c'est qu'on n'a qu'un seul assureur au Québec, un assureur universel, mais on ne sait pas combien on paye exactement dans nos impôts pour ce service-là » (Professionnels de la santé)

« Dans un système d'assurance privé, dans un HMO, quand tu t'inscris à une assurance, tu sais où aller et comment avoir accès à quelque chose. J'ai du mal à comprendre pourquoi on ne pourrait pas gérer comme ça au Québec. Savoir combien il en coûte dans nos impôts pour être assuré en santé... [...] Je suis tout en faveur d'un régime universel efficient et qui garantit l'équité, mais ça n'a pas d'allure qu'on ne sache pas combien on paye, comment ça fonctionne et comment ça se passe et qu'après les gens soient livrés à eux-mêmes face à une offre de services plus ou moins fonctionnelle. » (Professionnels de la santé)

Il est par ailleurs intéressant de noter que la proportion d'appui aux assurances duplicatives est plus élevée chez les plus jeunes que chez les personnes de plus de 55 ans. Devons-nous conclure qu'il s'agit d'un changement générationnel? Les participants aux groupes de discussion ont franchi le pas en prédisant que les temps changent et que nous devons bientôt nous adapter et permettre ce genre de protection à ceux qui le souhaitent :

« Le Québec est la société la plus taxée, où le taux d'imposition est le plus élevé en Amérique du Nord. Comme société, on a décidé de payer beaucoup d'impôt et de se donner des services. Or, il s'avère que ces services-là ne sont pas toujours à la hauteur et qu'un citoyen va déboursier des revenus nets pour payer des soins pour lequel il a déjà payé. [...] Pourrait-il avoir un crédit d'impôt? Inévitablement, dans un horizon de 10-15 ans, cette offre-là va arriver. Probablement même avant ça. » (Fournisseurs variés)

Le panier de services : couverts ou non couverts?...Telle est la question!

Nous avons songé à ouvrir la discussion sur la générosité du panier de services de santé qui sont assurés. Comme l'engage le Commissaire à la santé et au bien-être, il est nécessaire de réfléchir sur les services offerts, leur pertinence et notre capacité relative à payer ces soins :

« Dans un contexte où les besoins en santé et en services sociaux augmentent, alors que les ressources sont limitées, il importe que les décideurs puissent connaître les valeurs et préoccupations des citoyens afin de faire des choix éclairés quant aux soins et services couverts par l'État. C'est pourquoi le commissaire a choisi d'entamer des travaux sur le panier de services assurés au Québec. Il procède ainsi à des activités de consultation publique pour entendre la population québécoise exprimer ses valeurs et préoccupations en matière de services, d'activités et de biens couverts par le régime d'assurance maladie public. »¹⁶

Le sondage que nous avons mené auprès des Québécois porte que sur certains aspects de la question (voir Figure 27).

FIGURE 27 : OPINION À L'ÉGARD DE LA COUVERTURE DE DIVERS SERVICES PAR LA RAMQ

	TOTAL	SEXE		ÂGE		
		HOM	FEM	18-34	35-54	55+
(% Total favorable : Tout à fait + plutôt favorable)	n= 1000	500	500	254	355	391
Examen annuel (bilan de santé préventif)	96	96	96	97	97	95
Les frais dentaires de base pour tous	93	92	94	96	91	92
Les frais des services optométriques de base pour tous	91	91	92	93	90	91
Contraception définitive (ligature des trompes, vasectomie)	81	75	87	77	80	85
Procréation assistée (stimulation ovarienne, insémination artificielle, fertilisation in vitro)	63	59	66	75	62	54
Vaccination-voyages	58	58	57	68	55	53
Renversement d'une contraception définitive (renversement d'une ligature des trompes ou d'une vasectomie)	45	45	45	52	45	40

Les résultats du tableau démontrent que les Québécois sont en majorité ouverts à l'idée d'une plus grande couverture des services couverts par la RAMQ. Entre autres, les frais dentaires ainsi que les frais d'optométries devraient être couverts, selon les répondants du sondage. Nous n'avons cependant pas évoqué en contrepartie les coûts afférents à une telle générosité.

¹⁶ <http://www.csbe.gouv.qc.ca/consultations/panier-de-services-2015.html>, consulté le 15 février 2017

D'entrée de jeu, nous reconnaissons que la question est biaisée, mais ces résultats ont été une occasion d'engager une conversation avec nos participants aux groupes de discussion et les différentes personnes rencontrées dans des entrevues en tête-à-tête. Les discussions ont notamment porté sur la surconsommation et les abus dans le système.

Concernant le panier de services couvert par la RAMQ, certains experts rencontrés sont d'avis que cette couverture devrait être plus large, en demandant néanmoins une contribution du citoyen selon le type de soins ou services et la capacité de payer de chacun.

« C'est l'un de nos problèmes avec le système québécois et canadien. Les frais reliés aux hôpitaux et aux médecins sont couverts à 100%. Plusieurs choses sont laissées de côté comme les soins dentaires, l'optométrie, les ambulances... Ces services ne sont pas couverts. Ce n'est pas vrai que nous avons une couverture universelle! ». Robert Ouellet.

En effet, selon Robert Ouellet, les soins et services couverts devraient être révisés et l'État devrait demander une contribution financière aux contribuables : *« Est-ce que l'on ne devrait pas avoir une contribution ? Pourquoi ne pas élargir la base de soins couverts, mais avoir une contribution qui pourrait être modulée dépendant du type de soins et de services fourni, tout en s'assurant que les moins bien nantis soient couverts? ».*

À ce sujet, notre expert anonyme précise que la loi canadienne sur la santé assure la couverture totale des soins et services en hôpitaux et les soins médicaux requis. La gamme de services couverts est donc assez restreinte, quoique remboursée en totalité par le gouvernement. À ce propos, il est intéressant de noter que la loi a été élaborée à une époque où les soins de santé tournaient essentiellement autour des médecins et des hôpitaux et n'a pas évolué depuis...

Outre la gamme de soins et services couverts, l'évolution des technologies et les percées en thérapie cellulaire entre autres génèrent des espoirs importants, mais chamboulent notre façon traditionnelle de payer.

« On est face à une situation où l'évolution technologique nous mène inévitablement à une crise où on va devoir faire des choix. Par exemple, il y a une pilule qui va sortir pour le cholestérol qui a des effets incroyables par rapport à tout ce qui existe actuellement. Seul problème, ça coûte 15 000 \$ US par année. On va faire quoi avec ça? Si on continue dans les maladies inflammatoires... je suis un vieux docteur... quand j'ai commencé à pratiquer, les maladies de Crohn, la seule chose qu'on pouvait dire, c'était "ait mal au ventre et un jour on va t'enlever un bout d'intestin et te 'bypasser'." Aujourd'hui, il y a ça, mais moyennant quelques injections à 2000 \$ par mois, je peux transformer ta vie. On a eu le cas de l'hépatite C : 90 000 \$ pour guérir. C'est ça la réalité. Je reviens d'Asie où j'ai visité 2 centres de recherche qui produisent de la high-tech médicale. C'est hallucinant ce qui s'en vient et ce qu'on va

*pouvoir faire avec ça, mais il y a une facture liée à tout ça et c'est ça la très grande difficulté. »
(Groupe d'intérêts)*

Ces nouveaux espoirs pour la santé remettent en question la responsabilité de l'État pour les financer et ouvrent toute grande la porte à une discussion sur l'équité et la justice dans l'allocation des ressources limitées dont nous disposons.

Au-delà des enjeux éthiques soulevés, les participants ont dénoncé les options médicamenteuses dont l'efficacité marginale est douteuse, qui génèrent tout de même des lueurs d'espoir chez les malades, et qui coûtent potentiellement des fortunes à l'État. Nos participants aux groupes de discussion ont aussi dénoncé les habitudes profondément ancrées, qui sont tenaces malgré les données probantes qui invitent à abandonner ces pratiques. On pointe du doigt tantôt les médias et les pharmaceutiques, tantôt le manque d'information et de données pour guider le choix des professionnels :

*« Pour le suivi annuel, tous les experts disent que ça n'a pas de valeur et que ça ne sert à rien de le faire, mais nous avons encore 96 % de la population qui est en faveur. Ça montre comment tout l'aspect communication joue pour beaucoup auprès de la population. »
(Groupes d'intérêt)*

« Il y a plein de gens qui surconsomment. Il y a des patients qui exigent des molécules qui n'ont pas d'impact clinique et collectivement, on n'est pas capables de décider et de dire non. » (Réseau)

Pour traiter le dossier, les participants s'accordent pour dire qu'il faut d'abord une volonté politique et surtout assier la réflexion sur la qualité des données. Le retour sur investissement d'une telle réflexion est par ailleurs très attrayant :

« Exemple en France : ils ont commencé à travailler pour ramener la liste des médicaments couverts par les assurances à une centaine de médicaments au total. [...] C'est basé sur des données scientifiques crédibles. Ce sont des milliards de sauvés pour des services sociaux, pour du soin à domicile. » (Groupe d'intérêt)

Cependant, le débat est émotif et les arbitrages sont difficiles, car il n'y a pas que la raison, les coûts et les chiffres qui entrent dans l'équation. On doit aussi composer avec les dimensions particulières associées à la valeur de la vie et du bien-être.

*« Quand on parle de santé, on parle d'une notion émotive. Autour d'un café, on va tous se dire que ça ne fait pas de sens qu'une grand-maman de 92 ans très hypothéquée, aux soins intensifs, soit intubée, passe un scan, un IRM et un taco. Mais [...] quand c'est pour un proche, on ne parle plus "d'acharnement". [...] Ils sont devant la situation et ils sont émotifs. Et ils ont l'impression que s'ils n'essaient pas tout, ils signent l'arrêt de mort de leur parent ou proche. »
(Groupes d'intérêt)*

En conclusion, le panier de service assuré doit être surveillé de près. Il est cependant de mise d'assoir cette analyse sur les données probantes. L'équité entre les problèmes de santé aigus, les conditions chroniques et la prévention et la promotion de la santé sera toujours un arbitrage difficile à résoudre. Il appert cependant que si nous abordons la question avec des données, une bonne partie des faux problèmes seront évacués. Certains de nos participants aux groupes de discussion et une bonne partie de la population sont par ailleurs d'avis que le système actuel doit être réformé en profondeur.

Pratique médicale publique / privée

La cohabitation entre les entreprises privées (OBNL, coopératives, à but lucratif) et les établissements de santé du secteur public est un sujet présentant de multiples volets. En particulier, le droit d'exercice des médecins est un enjeu sensible dans cette articulation. Selon la Loi sur l'assurance maladie du Québec, les médecins peuvent opter pour l'un des 3 statuts prévus, soit médecin participant, médecin non participant ou médecin désengagé (voir encadré)

La loi ne permet pas aux médecins (sauf sous le couvert d'ententes spécifiques pour désengorger le réseau, ou s'ils offrent uniquement des services non assurés en privé) de pratiquer à la fois dans le régime public et le secteur privé, ce qui les oblige à faire un choix entre les deux régimes.

Les Québécois (72 %) ont des réserves face à cette disposition de la loi et seraient beaucoup plus enclins à permettre aux médecins à pratiquer dans les deux régimes. Cependant, la majorité (57 %) souhaite cependant que cette pratique soit encadrée et autorisée seulement si les médecins ont réalisé une quantité convenue d'interventions au public avant d'avoir le droit de pratiquer en privé.

Cette situation est fort différente que celle vécue dans d'autres juridictions. À titre illustratif, en France, dès l'obtention de son diplôme, un médecin peut choisir une pratique hospitalière publique ou devenir médecin « libéral » et exercer au privé, mais en tout temps, il peut faire une pratique mixte sans contraintes. Comme le rapporte Méthot (2016), en 2015, à peine 6 000 médecins de famille et 15 000 médecins spécialistes sur les 222 150 médecins que compte la France faisaient une pratique hybride en raison de la rémunération inférieure dans le réseau public. En France, 67 % de la chirurgie ambulatoire, 60 % des chirurgies cardiaques, 50 % des traitements contre le cancer et 30 % des accouchements sont réalisés au privé. Ils se doivent d'avoir des prix concurrentiels et de fournir un service hors pair, sinon ils n'obtiennent pas de contrats.

En partie, cette disparité s'explique par la rareté relative des médecins dans nos sociétés respectives. Comme l'exprimaient un de nos participants aux groupes de discussion :

Médecin participant

Il exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie et est rémunéré par la Régie suivant les tarifs prévus à une entente. Le montant de ses honoraires lui est payé directement par la Régie lorsqu'une personne assurée a présenté sa carte d'assurance maladie ou, dans le cas contraire, par la personne assurée, qui peut obtenir sur demande un remboursement des honoraires versés.

Médecin non participant

Il exerce en dehors des cadres du régime d'assurance maladie, n'accepte pas la carte d'assurance maladie et refuse d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente. Il détermine donc lui-même ses tarifs. Il doit informer le patient de cette situation, car ce dernier assume seul le paiement de ses honoraires. La Régie ne peut pas rembourser le coût de ses services.

Médecin désengagé

Il exerce en dehors du cadre du régime d'assurance maladie, mais accepte d'être rémunéré selon les tarifs prévus à l'entente. Ses patients, sur présentation du formulaire obtenu lors de la visite, reçoivent de la Régie un montant égal aux honoraires facturés. Par la suite, ils doivent payer le médecin désengagé. Celui-ci doit informer les patients qui le consultent de cette situation.

« C'est un exemple de balise qu'on s'est donné pour s'assurer que les gens vont rester dans le public, qu'on ne développera pas un réseau privé à côté qui drainerait les ressources. »
(Groupe d'intérêt)

Concernant la pratique médicale dans le régime public et le régime privé, nous avons sondé les Québécois sur son opinion sur la loi actuelle encadrant la pratique médicale. La Figure 28 présente les résultats obtenus.

FIGURE 28 : OPINION À L'ÉGARD DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS DANS LE RÉGIME PUBLIC ET LE RÉGIME PRIVÉ

La loi actuelle ne permet pas aux médecins (sauf exception, comme pour les radiologistes) de pratiquer à la fois dans le régime public et le secteur privé, ce qui les oblige à faire un choix.

Opinion (%)	TOTAL n=	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
Je pense qu'il s'agit d'une bonne façon de faire et que cela ne devrait pas être changé	28	22	28	32
Je pense qu'un médecin devrait être autorisé à pratiquer au public et au privé en même temps sous certaines conditions, par exemple dans la mesure où le médecin réalise un nombre exigé d'heures par semaine au public avant de pouvoir pratiquer au privé	57	62	54	56
Je pense qu'un médecin devrait être autorisé à pratiquer au public et au privé en même temps	16	16	18	12

La majorité des répondants, soit 57 %, est d'avis que les médecins devraient être autorisés à pratiquer au public et au privé, tant que cela respecte certaines conditions, contre 28 % qui sont d'avis que les médecins devraient travailler uniquement dans le secteur public.

Certains participants aux groupes de discussion étaient tout à fait ouverts à ce qu'on permette l'ouverture de la pratique médicale dans les deux systèmes en même temps. Avant tout, c'est l'amélioration de l'accès qui motive les tenants de cette position :

« C'est tellement évident qu'un médecin devrait pouvoir pratiquer au privé aussi, s'il remplit les attentes au niveau public. Je suis contente de voir que la population le dit parce qu'on est à peu près le seul système au monde qui fait en sorte qu'un médecin ne peut pas pratiquer aussi au privé et qu'il n'y a pas d'entente entre les attentes public et privé. » (Réseau)

Par contre, lorsque des intervenants bien au fait du dossier et de ses complexités sont confrontés aux opinions des Québécois, il y a un malaise :

« C'est difficile de jouer avec ces concepts-là. Si tu demandes aux gens, ils doivent se dire "pourquoi ils ne peuvent pas faire les deux?". On ne peut rien tirer de réponses comme ça si tu ne comprends pas c'est quoi l'enjeu derrière l'idée des pratiques qui ne doivent pas être mixtes. On part d'un niveau de compréhension qui est insuffisant pour mesurer les enjeux et comprendre les conséquences. » (Groupes d'intérêt)

Par exemple, la notion de services assurés et non assurés donne la possibilité à un médecin d'opérer dans le réseau privé et public en même temps, du moment où les services facturés en privés ne sont pas des services assurés. Dans les faits, certains médecins officient effectivement dans les deux réseaux. Par ailleurs, des ententes spéciales permettent aussi dans certaines situations (Genou, hanche, cataracte par exemple) d'avoir des mesures spéciales pour désengorger le réseau. Des médecins sont donc autorisés à opérer dans les deux sphères selon des ententes négociées.

Pour certains intervenants dans nos groupes de discussion, cette situation sera amenée à changer rapidement avec l'entrée en vigueur de la Loi 20 et l'arrivée massive prochainement de plusieurs nouveaux docteurs finissants.

« On a doublé le nombre de médecins en formation depuis 5-6-7 ans. Il va y avoir une inondation de médecins sur le marché et les problèmes vont être complètement différents dans 10 ans, on ne saura pas quoi faire avec toute cette gang-là. Ça va coûter cher, et on va se retrouver avec les problèmes qu'on voit en Europe. Des gynécologues de 25-30 ans qui faisaient des PAP tests pour passer le temps. » (Professionnels de la santé)

« Au niveau du marché, l'ajout de docteurs il y a 10 ans au Québec, c'était de 3 omnipraticiens. Aujourd'hui, l'ajout net cette année, c'est 254. C'est autant chez les spécialistes. Ça prend 7 ans former un omnipraticien et 10 ans former un spécialiste. Il y a donc de plus en plus de docteurs qui sortent alors qu'au niveau du marché, le ministre limite l'accès des omnipraticiens au niveau des hôpitaux. » (Professionnels de la santé)

En fait, le marché de l'emploi pour les médecins va énormément évoluer au cours des prochaines années :

Les docteurs qui s'établissent, choisissaient avant leur hôpital alors qu'ils choisissent maintenant leur clinique. Et actuellement, ils vont vers les cliniques qui sont les mieux organisées, les GMF, les cliniques qui ont un DME, celles qui permettent l'envoi de courriels à leur patient. [...] Le moins bon choix d'affaires que tu peux faire, c'est d'aller au privé. Dans 5 ans, je ne suis pas sûr qu'il en reste [des médecins qui pratiquent au privé]. Là, le marché va faire en sorte que la clinique privée ou le GMF qui va offrir les meilleurs services va « ramasser » les nouveaux docteurs. » (Professionnels de la santé)

En somme, un besoin de se parler et de réfléchir à la livraison plurielle des services

Les groupes de discussion ont spontanément réfléchi à la place du privé dans notre système, mais aussi au modèle à envisager lorsque l'on veut l'inclure. Devant ces données, ils ont senti le besoin de préciser que la présence du privé en santé doit être organisée et que son développement ne peut être fait de façon aléatoire et non réfléchi.

« Dans une discussion intéressante à laquelle j'ai participé entre des gestionnaires du public et du privé, nous nous disions "faisons en sorte de créer de la compétition naturelle au système public, créons un libre marché et la donne va changer. Il y aura du choix, les services de qualité vont être connus, il y aura plus de transparence et les lobbys puissants vont tomber. Mais ça doit être fait correctement. » (Fournisseurs variés)

Le besoin d'avoir, cependant, une information de qualité pour baser notre jugement et nos décisions, est clairement apparu. En ce sens, le projet ministériel est bien accueilli :

« C'est ce qu'ils sont en train de faire présentement avec les trois centres de chirurgie privés. Ils sont en train d'établir un coût par acte qui va permettre de voir quels sont les centres hospitaliers qui sont rentables ou non rentables. [...] Effectivement, si on regarde de façon large, c'est beaucoup plus rentable de faire des chirurgies à l'extérieur des centres hospitaliers qu'à l'intérieur, ne serait-ce que, justement, pour les infections. Et aussi la façon que les salles sont préparées. Les CH, vous avez une chirurgie cardiaque, une chirurgie orthopédique, un accouchement... tandis que quand vous êtes dans ces centres privés, ce sont des centres très efficaces. Par exemple, on a des salles dédiées à une chirurgie spécifique. » Innovation – Experts)

« On ne comptabilise pas le coût unitaire de services dans le réseau public et ce serait intéressant de le comparer à ce que ça coûte dans le privé. Je suis certain que dans bien des cas, on est au double ou au triple dans le public. » (Innovation – Experts)

Cependant, les participants ont été loquaces sur les dangers d'une privatisation à la pièce et de ce que l'on pourrait faire des résultats du test de trois ans en cours. Des réticences à propos de l'étalonnage des coûts que le gouvernement mène actuellement ont en effet soulevé des commentaires :

« Est-ce que le privé est une solution de plus? Je pense que si on veut aller dans ce sens, ça prend un privé, mais un privé intégral qui permet d'amener une vraie compétition. Pas de [Rockland MD] qui propose une chirurgie en précisant que si tu as des complications, tu dois aller à l'hôpital. Un volet privé qui prend en charge un continuum de soins complet, avec des aspects complexes et à ce moment, on pourra comparer, innover. Ce que [...] je pense que nous ne devons pas prendre comme voie parce que collectivement on n'y gagnera pas, c'est de prendre des morceaux des épisodes de soins qui sont souvent les morceaux les plus simples, les plus faciles, les plus payants et les envoyer au privé pour ensuite se dire que le privé est performant et que le public est pourri. J'ai un malaise avec et ça se dessine vers ça. » (Réseau)

D'autres participants ont au contraire convenu que le privé est justement là pour prendre en charge des chirurgies plus faciles, plus répétitives ou encore des malades chroniques pour laisser aux centres hospitaliers les ressources nécessaires pour traiter les cas complexes. Finalement, on a aussi émis le commentaire que les tests en cours sont peut-être un peu de poudre aux yeux :

Innovation – Experts : « Je trouve ridicule qu'on ait besoin de trois ans pour déterminer les coûts de salle d'opération. À mes yeux, c'est un "stunt" électoral, tout simplement. On n'a pas besoin de ça. Si le ministre était [...] à l'affût de solutions, il aurait pu mandater quelqu'un chez Medicare qui fait un excellent travail de comparaison des coûts et peut-être éventuellement aller faire un tour en Suède aussi. Medicare est un assureur public aux États-Unis et il a fait une évaluation des coûts qui est géniale. Un exemple : à l'hôpital, ils évaluent la performance moyenne pour un soin quelconque et un coût moyen. À la suite, ils déterminent le montant qu'ils vont allouer pour la prestation de ce soin. Pour une pneumonie, si la majorité des hôpitaux le traitent en 3.7 jours, ils vont dire "je vous donne 4 jours" et je vous donne tel montant. Si vous le traitez en moins de temps, vous gardez les sous. Si vous traitez en plus, c'est votre problème. Si vous traitez en moins et que le patient revient moins de 30 jours après, vous devez le traiter gratuitement, sinon vous n'êtes plus assurés chez nous. Cela fait qu'à chaque fois que Medicare remarque qu'à cause d'une innovation technologique on peut diminuer le coût de la prestation, tous les hôpitaux font un "taskforce" pour essayer de voir comment battre la statistique pour éventuellement être plus rentable. Cette expertise-là existe, elle est là et disponible et Québec ne veut rien savoir. Si on essayait d'aller chercher ça, on arriverait à augmenter nos performances et on pourrait avoir une base de comparaison. »

Concernant la place du privé dans notre réseau public, André-Pierre Contandriopoulos est d'avis que l'organisme qui finance devrait également être l'organisme qui régule :

« Chaque fois que nous allons sortir de ce financement public en le complétant par du financement privé, nous risquons de nous retrouver dans des situations comme celle de la clinique d'ophtalmologie de Saint-Jérôme. Il va y avoir des dérives de régulation difficiles à gérer. Nous n'aurons pas cette garantie institutionnelle, systémique, que l'universalité va faire en sorte qu'on va tous être placés de la même façon par rapport au système de soins. »

Dans cette perspective, l'option des organisations privées conventionnées ne semble pas être une mauvaise option selon lui :

« Si vous recevez des soins dans le privé et vous ne payez pas, vous êtes dans un système dans lequel l'État a une responsabilité forte de régulation. Si vous allez dans un système dans lequel c'est vous qui payez, la régulation elle est faite par l'offre et la demande. Cette régulation qui se fait là, avec des jeux de pouvoir et la possibilité de générer du profit par la transaction entre l'offreur et le demandeur, elle est dangereuse pour notre système », mentionne M. Contandriopoulos.

Les participants ont aussi vu à travers les résultats du sondage non pas un simple désir du privé, mais plutôt un plaidoyer envers une plus grande transparence des résultats et la capacité de choix du citoyen envers les services qu'il utilise, faisant ainsi un lien direct avec l'appréciation des Québécois envers la transparence du système qui s'élève difficilement à 25 % (voir discussion section « Satisfaction à l'égard des soins et services, l'innovation, l'accès et la transparence », p.44).

Si les Québécois sont favorables à ce que l'État soit l'assureur universel, il est cependant clair que nos concitoyens sont largement en faveur du libre choix entre les différents prestataires de soins et services, quelle que soit la nature (privée lucrative, publique, coopérative ou OBNL).

La proportion des Québécois qui est favorable ou très favorable à ce libre choix, basé sur les résultats comparés, s'élève à 86 % (Figure 29). Les participants font aussi largement consensus sur la nécessité de pouvoir comparer et d'avoir de l'information de performance juste et accessible.

FIGURE 29 : OPINION À L'ÉGARD DE LA POSSIBILITÉ DE COMPARER ET CHOISIR LE TYPE D'ORGANISATION OFFRANT LES SERVICES DE SANTÉ

Actuellement, la très vaste majorité des soins et services de santé est livrée par le système public. D'autres formes d'organisation permettent de livrer des soins et services de santé, comme les OBNL, des coopératives de soins et des cliniques privées.

Seriez-vous favorable ou défavorable à ce que les Québécois puissent comparer et choisir le type d'organisation qui fournirait les soins et services de santé, tout en étant entièrement payés par le gouvernement comme aujourd'hui?

	TOTAL	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
(%)	n= 1000	254	355	391
TOTAL FAVORABLE	86	86	84	87
<i>Tout à fait favorable</i>	33	25	35	36
<i>Plutôt favorable</i>	53	61	49	52
TOTAL DÉFAVORABLE	14	14	16	13
<i>Plutôt défavorable</i>	12	13	14	10
<i>Tout à fait défavorable</i>	2	1	3	3

Ce point a été repris de multiples fois dans nos rencontres en groupes de discussion :

« Dans le réseau de la santé, on doit mettre en compétition, on doit avoir un peu plus de transparence pour qu'on puisse choisir l'hôpital dans lequel on veut aller, le médecin par lequel on veut être traité, qu'on puisse avoir des forums où on a des citoyens qui vont pouvoir raconter et noter leur expérience sur le niveau de salubrité, le niveau de prise en charge, la coordination de soins qui a été faite. Peut-être qu'un jour ça deviendra un incitatif à améliorer certaines choses, à se comparer de façon intelligente et pour pouvoir aller plus loin et non

juste pour aller en reddition de comptes à un ministre sur un volume d'activités ». (Innovation – Experts)

« Il faudrait [mettre] les hôpitaux en concurrence les uns avec les autres. On rend ça transparent et ça n'a pas besoin d'être privé complètement. Ça pourrait être aussi dans le cadre d'un organisme à but non lucratif qui se fait financer à l'activité. Moi je pense que ça serait déjà un plus. » (Innovation – Experts)

« La journée où le gouvernement va vous dire, "je vous donne 3000 \$ pour vous faire opérer le genou. Allez magasiner votre hôpital ou votre centre de chirurgie", les hôpitaux, s'ils veulent des clients, n'auront pas le choix de se revamper un peu. » (Innovation – Experts)

Robert Ouellet partage cette opinion. Selon lui, dans notre système, le manque d'information fait en sorte qu'il n'est pas possible de savoir où aller pour avoir accès plus rapidement à un soin ou à un service : *« Les gens ne savent pas où aller, ils ne savent pas où ils peuvent passer plus vite, il n'y pas d'information disponible à ce sujet. Dans d'autres pays, c'est annoncé sur des sites, les gens peuvent faire du magasinage. »* Ses propos rejoignent ceux des participants aux groupes de discussion :

« Pour faire du pouce sur les systèmes d'information, il y a eu une question où 85 % des gens disent vouloir choisir le lieu où ils vont se faire traiter. Mais pour cela, encore faut-il qu'ils aient accès à l'information sur la qualité des services des différents centres de 1er, 2e, 3e ligne à savoir si on est performants, s'il y a des infections, s'il y a beaucoup de transferts à l'hôpital, de complications, la satisfaction de la clientèle... ça nécessite une banque d'information commune qui pourrait donner accès à ces informations à tous, incluant la population. » (Fournisseurs variés)

Ainsi, il nous est apparu clairement qu'un consensus se dresse sur la nécessité d'une meilleure information pour l'exercice d'une gouvernance de la part des acteurs du réseau, mais aussi que l'accès à cette information soit libéralisé. On souhaite aussi que l'information ainsi accessible puisse soutenir le choix des particuliers dans l'offre de soins. La transparence de l'information est une condition nécessaire et essentielle pour que le réseau puisse s'améliorer.

Il demeure cependant que l'exercice du libre choix est aussi tributaire du financement des coûts de santé. Vient donc naturellement le débat sur les assurances duplicatives et la possibilité du citoyen de se doter d'un « plan B », si le réseau public n'est pas en mesure de répondre à ses besoins.

Rémunération des médecins

La question délicate de la rémunération des médecins a été abordée dans la foulée des enjeux de notre système de santé et des pistes de solutions envisageables. Ce sujet est dans l'actualité actuellement et les quelques cas spectaculaires d'abus très médiatisés sont certainement à la clé de cette attention. Il faut aussi considérer que la rémunération globale des médecins a été en forte hausse au cours des dernières

années (Hébert, 2016) : « En 2016, la rémunération totale des médecins a dépassé 7 milliards de dollars, soit 21 % du budget du ministère de la Santé. Elle devrait atteindre 9 milliards en 2020 » (Roy, 2017).

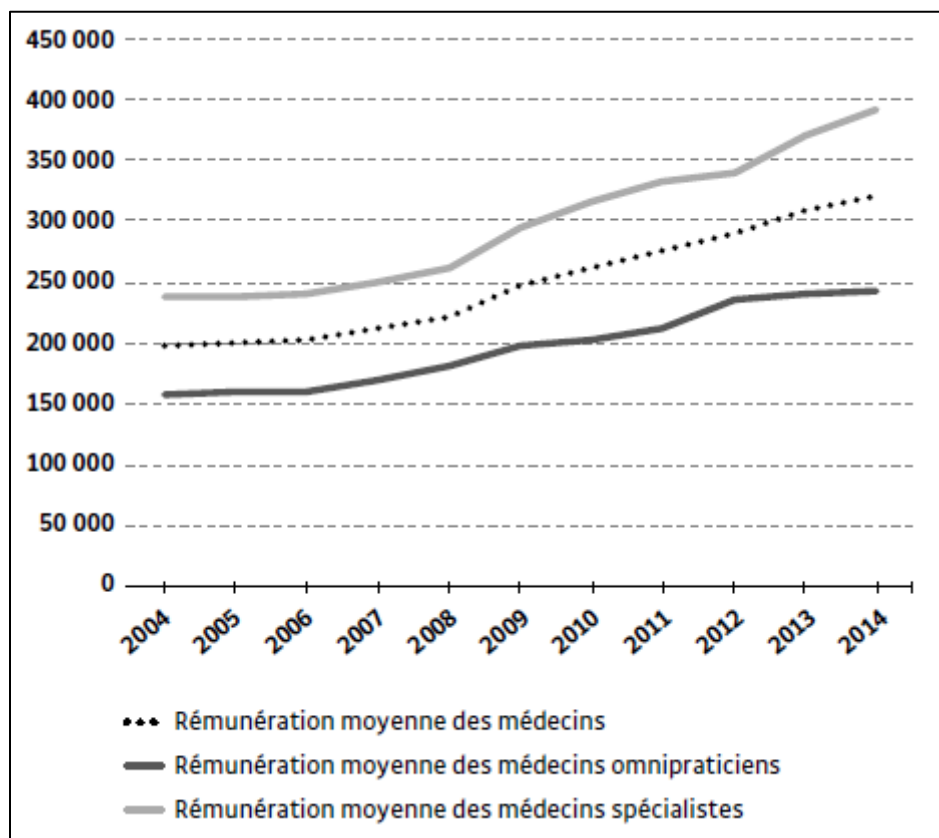
Pourtant, nous n'avons pas assisté à une amélioration de la productivité (Hébert, 2016). En fait, comme cela a été souligné au début de ce rapport, malgré une hausse de salaire substantielle des spécialistes et des omnipraticiens depuis les dernières années (Figure 30), la productivité des médecins spécialistes est en faible hausse et celle des médecins omnipraticiens a, quant à elle, diminuée au cours des dernières années (Figure 1). C'est en partie cette réalité que la loi 20 tente d'infléchir. Certains participants aux groupes de discussion voient dans cette tendance un effet générationnel :

*« Les nouveaux médecins, c'est à peu près le tiers jusqu'à la moitié de prise en charge de ce que les plus vieux font. C'est une tendance très solide des 5-6-7 dernières années. Ça ne peut pas être une question d'âge des médecins, mais d'année de graduation plutôt. »
(Professionnels de la santé)*

Dans l'état actuel, les médecins sont en grande partie payés à l'acte, en fonction des consultations et des interventions qu'ils réalisent. Selon les données disponibles en 2013-14, la proportion du salaire des médecins qui provenait d'une rémunération à l'acte s'élevait à un peu plus de 77 % (Lacoursière, 2017), soit un peu plus élevée que la moyenne canadienne qui s'établissait à 72 % en 2015 (Institut canadien de l'information sur la santé, 2016). En complément, les médecins reçoivent quelques suppléments pour la prise en charge de responsabilités ou pour la participation à des projets. Les médecins qui pratiquent aussi en cabinet privé reçoivent aussi des fonds pour opérer leur clinique, payer des frais accessoires et embaucher du personnel de l'ordre de 30 % de leur rémunération à l'acte (Denis & Pomey, 2017; Godbout, 2016).

La rémunération à l'acte permet une rétribution en lien avec le travail accompli, dans la mesure où la tarification est juste. Un des enjeux majeurs est que la technologie a transformé la pratique dans plusieurs spécialités de la médecine, apportant du même souffle une distorsion entre l'effort requis et la rémunération qui n'a pas vraiment bougé au fil du temps. La radiologie et l'ophtalmologie ont particulièrement vu leur productivité s'améliorer sensiblement grâce à la technologie, augmentant du même coup la rémunération des médecins qui pratiquent dans ces spécialités, sans pour autant avoir à travailler plus d'heures (Rochon, 2012).

FIGURE 30 : MONTANT MOYEN DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS (\$ COURANT), QUÉBEC, 2004-2014



Source : (Hébert, 2016)

Un autre enjeu avec la rémunération à l'acte est qu'elle n'est pas associée avec les résultats de santé. Ainsi, la pertinence d'un acte ou d'un examen diagnostique n'est pas remise en cause. De plus, la qualité de l'acte n'est pas tenue en compte dans la rémunération.

Selon Damien Contandriopoulos, « l'écrasante majorité des médecins au Québec a comme objectifs professionnels la qualité des soins qu'ils offrent et de se sentir capable de faire le meilleur travail, cependant des considérations de rentabilité polluent leur jugement professionnel, même si cela ne va pas jusqu'à entrer en jeu avec leur éthique professionnelle » (Papin, 2017).

Au cours d'une entrevue qu'il nous a accordée, Damien Contandriopoulos argumente qu'au Québec :

« On a deux faiblesses combinées. On paie les médecins à l'acte et on a décidé que personne n'était capable de regarder quels actes étaient faits à qui, quand et pourquoi ».

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a pourtant le mandat de s'assurer que la facturation des médecins est conforme aux ententes qui ont été conclues entre le ministère de la Santé et les fédérations médicales. Comme le précise le chercheur de l'Institut de recherche en santé publique :

« Si la facturation d'un médecin lui semble atypique et qu'elle le soupçonne de faire des actes médicaux inutiles [la RAMQ] peut soumettre son cas à un comité de révision. La RAMQ ne fait cependant pas d'enquêtes élargies pour débusquer les abuseurs du système. Elle dispose des bases de données qui lui permettraient de le faire, mais cela ne fait pas partie de son mandat. »

Pour toutes ces raisons, de nombreuses voix d'élèvent pour demander une révision de la rémunération des médecins. On pense entre autres à une rémunération basée sur le salaire, qui incorpore une prime à la performance. Il est aussi de mise de considérer la rémunération par capitation pour les omnipraticiens afin qu'ils prennent charge d'une population. Ils sont alors imputables de la santé de leur patient et non pas simplement de la maladie. Logiquement, cette situation va amener les omnipraticiens à investir dans la promotion et la prévention de la santé, tout comme ils prendront en charge de façon plus adéquate le traitement des maladies chroniques et les services de réadaptation et de convalescence, dans le but entre autres d'éviter des réhospitalisations. L'objectif ultime est de conserver leurs patients en santé pour éviter leur consommation de soins en cabinet ou en installation.

Nous avons soumis aux répondants du sondage différents scénarios de rémunérations pour les médecins spécialistes et les omnipraticiens. Les résultats obtenus sont ambigus et difficiles à interpréter. Nous n'avons pas été surpris de cette situation, car le sujet, ses tenants et ses aboutissants sont complexes. Comme le soulignent Pomey, Bernier et Denis, il existe différents types de rémunération des médecins et ils en distinguent cinq grandes catégories qui peuvent être combinées : la rémunération à l'acte, le salariat, la rémunération à la performance, et à la capitation (Pomey, Bernier, & Denis, 2016). À titre illustratif, le code de rémunération des médecins fourni par l'Association Médicale Canadienne établit 3 modes de rémunérations principaux pour les médecins canadiens (AMC, 2016) :

- la rémunération à l'acte
- la rémunération à tarif horaire
- la rémunération mixte

FIGURE 31 : OPTION PRIVILÉGIÉE QUANT À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

(%)	TOTAL	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
	n= 1000	254	355	391
MÉDECINS SPÉCIALISTES				
Je considère que les médecins spécialistes devraient être rémunérés à l'acte	26	22	21	35
Je considère que les médecins spécialistes devraient être rémunérés à salaire (tarif horaire)	38	43	38	33
Je considère que les médecins spécialistes devraient avoir une rémunération mixte (tarif horaire +supplément à l'acte)	36	35	41	32
MÉDECINS OMNIPRATICIENS				
Je considère que les omnipraticiens devraient être rémunérés à l'acte	25	18	25	30
Je considère que les omnipraticiens devraient être rémunérés à salaire (tarif horaire)	44	48	46	39
Je considère que les omnipraticiens devraient avoir une rémunération par capitation (c'est-à-dire par patient, en fonction de sa condition)	31	33	28	31
Q. Laquelle des options privilégieriez-vous quant à la rémunération des médecins spécialistes au Québec?				
Q. Laquelle des options privilégieriez-vous quant à la rémunération des omnipraticiens (médecins de famille) au Québec?				

Il existe de très rares initiés qui comprennent complètement le système de rémunération et les droits de pratique des médecins en privé et en public. Il est donc normal que les répondants au sondage n'aient pas eu une opinion claire à ce propos. Nous pouvons cependant constater que les répondants souhaitent, dans une large mesure, qu'il y ait une refonte de la rémunération. Les manchettes et les éditoriaux faisant état de rémunérations jugées excessives du fait des abus de certains médecins sont certainement des facteurs qui ont contribué à ce désir de changement.

Bien que cette question n'ait pas permis d'avoir une opinion claire de la population, elle a cependant été une occasion pour aborder la rémunération des médecins avec nos participants des groupes de discussion. Nous avons certainement senti que cette question était très pressante pour tous.

« Le nœud permanent derrière les difficultés du système de santé, c'est la rémunération des médecins. On a beau essayer de faire le tour. Claude Castonguay a fait un "deal" avec ça en disant que ça durerait 2-3 ans et ça fait 40 ans qu'on est "pognés" avec ça. Ce nœud-là doit être défait et il a été défait partout dans le monde. » (Réseau)

« Il y a une réflexion à faire sur la rémunération des médecins et la façon d'arrimer ce besoin-là avec le mode de financement des établissements. » (Fournisseurs variés)

Professionnels de la santé : « La rémunération des médecins ne devrait pas être reliée essentiellement au volume, mais aussi à la qualité de l'acte, à la satisfaction du client, au taux de complication, etc. En Angleterre, en Australie, on tient compte de tous ces facteurs. »

En ce qui a trait à la rémunération des médecins, notre expert anonyme n'a quant à lui pas d'opinion fermée à ce sujet et prône des modes de rémunération mixtes en fonction de la nature des activités du médecin. Par contre, dans certains cas comme celui des médecins de famille et des médecins de santé publique, cela ne fait pas de sens à son avis qu'ils soient principalement rémunérés à l'acte, contrairement à certaines spécialités qui pourraient conserver ce mode de rémunération.

Selon Louis Godin, concernant ce qui se fait ailleurs dans le monde :

« Il y a une tendance lourde qui fait que le meilleur mode de rémunération demeure un mode mixte pour les médecins de famille, un mélange d'actes et de capitation et forfaits en fonction du patient, c'est ce qui ressort partout comme étant la meilleure façon de faire qui donne les meilleurs résultats. »

Concernant un modèle de rémunération des médecins axé sur la performance, la présidente de la FMSQ mentionne :

« Nous n'avons aucun problème avec la notion de performance. En fait, quand on parle de qualité à la Fédération, nous visons les 100 %. Et d'ailleurs, nous sommes très actifs au Québec en développement professionnel continu des médecins spécialistes. À la FMSQ, nous sommes à cheval sur le code d'éthique. »

Dans tous les cas, la solution à la rémunération des médecins n'est pas si simple. Jean-Louis Denis et Marie-Pascale Pomey, tous deux chercheurs à l'Université de Montréal et au CRCHUM, ont présenté les résultats de leurs travaux effectués pour le compte du Commissaire à la Santé et au bien-être à la fin de janvier 2017. Leur étude, « Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative » fait clairement ressortir qu'il n'y a « pas une solution optimale » (Denis & Pomey, 2017), à savoir, un mode de rémunération qui garantisse la maîtrise de la dépense médicale tout en assurant une amélioration significative de la qualité des soins (Papin, 2017).

Au-delà de la rémunération : Le médecin comme principal inducteur de coûts

Comme nous l'avons précisé, les médecins viennent grever le budget de la santé en rémunération dans une proportion de 21 %. Cependant, par la position stratégique qu'ils occupent dans le processus de soins, l'incidence de leurs décisions médicales est beaucoup plus importante. Le médecin est prescripteur de médicaments, il est aussi prescripteur de test diagnostique et de services assurés. Il donne ultimement les congés en cas d'hospitalisation. Ainsi, ses décisions ont un impact énorme sur l'ensemble des coûts de la santé.

Comme il est un entrepreneur privé, qui n'a ultimement pas de compte à rendre à son établissement ou au système, certaines de ces décisions peuvent avoir des effets importants sur la consommation des ressources assurées. Nos participants aux groupes de discussion ont voulu nous donner leurs avis à ce propos.

« Ultimement, le modèle où le médecin est un entrepreneur libre qui n'est pas redevable à personne, même pas au payeur, là-dedans il y a une impasse sur ce que tu peux avoir comme degré de contrôle sur la supervision que tu peux avoir pour assurer la pertinence et la saine gouvernance. » (Professionnels de la santé)

« Comment on peut être imputables quand les principaux intervenants, les médecins, ne sont pas employés de l'hôpital et qu'ils sont des employés autonomes? [...] C'est plate de dénoncer quelque chose alors que nous ne pouvons pas changer. Ça repose entre les mains du ministère. » (Fournisseurs variés)

Pour l'essentiel, le médecin prend ses actions dans la perspective de s'assurer avant tout du bien-être de ses patients et quelques fois afin de contourner les rigidités du système :

« Le médecin qui a gardé le patient hospitalisé pendant une semaine, il n'est pas imputable. Il a des devoirs envers le patient de faire en sorte qu'il ait le meilleur service possible, le plus rapidement possible. En externe il va attendre 3 mois. [...] Tout patient qui requiert un test dans les hôpitaux, une fois que j'ai décidé qu'il a besoin de voir un neurologue, quel est le bénéfice de l'attente? » (Professionnels de la santé)

Bien souvent, le médecin n'est même pas conscient des impacts de ces décisions, car les données sur les coûts ne sont pas disponibles. Une solution avancée par nos participants est nécessairement liée à la transparence et à l'imputabilité des professionnels de la santé par rapport à leurs décisions.

« On montre les données. Déjà en montrant les données et en disant : vous dépensez trop en antibiotiques ou ... dès qu'on sort les chiffres avec les noms... on n'est même pas obligés de mettre les noms. Ça crée une pression par les pairs. » (Professionnels de la santé)

« Il faut que ce soit transparent et que les données soient disponibles au public. Le docteur ne peut pas toujours faire ce qu'il veut. Il doit être imputable. » (Professionnels de la santé)

Rôle accru des professionnels, des infirmières et des pharmaciens

Considérant les enjeux d'accès aux médecins omnipraticiens et spécialistes, une des pistes d'action avancé est d'accroître le rôle et de donner une place plus importante aux professionnels de la santé, aux infirmières et aux pharmaciens. La prochaine section décrit les résultats obtenus à cet égard auprès de la population québécoise, des groupes de discussions et des experts rencontrés.

Miser davantage sur les professionnels de la santé et le travail interdisciplinaire

Outre le rôle stratégique que les médecins occupent dans l'organisation du réseau, les participants aux groupes de discussion ont été nombreux à souligner que l'appui des équipes et des autres professionnels de la santé est fondamental dans la coordination du système. Les médecins doivent partager la prestation des soins avec les autres intervenants de la santé afin de désengorger le réseau et permettre l'accès au plus grand nombre, dans des services de proximité conviviaux et en temps opportun.

« Est-ce qu'on peut avoir des collaborations qui sont plus grandes, utiliser les expertises de tout le monde alentour de la table pour favoriser l'accès aux soins? On peut peut-être utiliser davantage les pharmaciens, on peut peut-être utiliser davantage les infirmières... s'il y avait eu une question sur les physiothérapeutes, on aurait sûrement vu la même chose. Je pense qu'il faut que l'on revoie notre système et c'est à la base même. Je pense que ça passe essentiellement par la collaboration interprofessionnelle pour pouvoir faire avancer les choses. Utiliser l'expertise de tout le monde. » (Groupes d'intérêt)

« On rentre dans un marché où l'organisation de première ligne qui va donner de meilleurs services et cette organisation va être multidisciplinaire. Tu ne fais plus affaire avec un docteur, tu n'as plus un dossier médical, tu as un dossier santé sur lequel tu peux appeler l'infirmière, la diététicienne, la physio, la psychologue. C'est comme ça qu'il faut que le réseau se bâtisse. Et il faut que ça se fasse avec les courriels. » (Professionnels de la santé)

Dans le cadre de cette démarche de recherche, nous avons sondé la population québécoise sur son avis concernant une grande responsabilité des infirmières et des pharmaciens. La section ci-dessous présente les résultats obtenus à cet effet.

Des infirmières au cœur des soins de première ligne

Le rôle des infirmières est particulièrement souligné par les participants aux groupes de discussion. Les cliniques gérées par des infirmières (sans médecins) sont une des nombreuses modalités où les infirmières peuvent jouer des rôles plus importants et prendre en charge des actes qui sont traditionnellement réalisés par des médecins.

Les participants aux groupes de discussion ont décrié le protectionnisme des ordres de la profession médicale pour la mauvaise foi dont ils font preuve dans la négociation d'ententes à ce propos. Ils ont aussi souligné la rémunération à l'acte qui ne favorise en rien un partage des responsabilités avec les infirmières ou d'autres professionnels de la santé puisque de tels accommodements viennent toucher directement la rémunération du médecin :

« Les citoyens devraient demander des soins qui ne sont pas nécessairement délivrés par des médecins. De continuer d'exiger un travail dans ce sens-là pour que des actes puissent être réalisés par d'autres professionnels que des médecins. » (Fournisseurs variés).

Cette discussion animée a fait écho aux résultats du sondage où nous avons demandé aux Québécois s'ils accepteraient de fréquenter une clinique dirigée par des infirmières. La Figure 32 présente les résultats obtenus.

FIGURE 32 : OPINION À L'ÉGARD DE LA FRÉQUENTATION D'UNE CLINIQUE DIRIGÉE PAR UNE ÉQUIPE INFIRMIÈRE

J'accepterais de fréquenter une clinique dirigée par une équipe infirmière, sans médecin (ex. : la coopérative de solidarité SABSA).

	TOTAL	ÂGE		
		18-34	35-54	55+
(%)	n= 1000	254	355	391
TOTAL ACCORD	74	71	75	75
<i>Tout à fait d'accord</i>	33	26	35	34
<i>Plutôt d'accord</i>	41	45	40	40
TOTAL DÉSACCORD	26	29	25	25
<i>Plutôt en désaccord</i>	20	21	18	21
<i>Tout à fait en désaccord</i>	6	8	7	4

Un peu plus de 74 % des répondants se sont déclarés favorables à cette possibilité. Comme le fait remarquer un des intervenants, la formule SABSA, « Il n'y a pas de médecins qui travaillent sur place à la clinique SABSA, mais il y a des corridors et des collaborations » (Groupes d'intérêt). On précise aussi que ce n'est qu'une modalité dans une perspective d'un rôle accru des infirmières dans les actes réservés aux médecins.

Concernant une plus grande délégation d'actes aux infirmières, Louis Godin est tout à fait favorable avec cette idée :

« Cette arrivée des autres professionnels est la voie de l'avenir. Cela ne peut pas se faire autrement. »

Néanmoins, concernant des cliniques dirigées par une équipe d'infirmières uniquement, ce dernier émet quelques réserves :

« Nous, les cliniques isolées, on n'est pas à l'aise avec cela parce que c'est pratiquer en silo. Ce n'est pas de maximiser les interventions. Je comprends qu'il y a un débat corporatif là-

dedans, qu'ils veulent avoir une autonomie. Mais, sur le plan de l'efficacité, des cliniques autonomes d'infirmières, ça ne marche pas. »

Il y a encore beaucoup à explorer dans le développement d'équipes multidisciplinaires qui prennent en charge une population. Dans ce contexte, ce ne sont pas seulement les infirmières qui jouent un rôle stratégique, mais aussi les autres professionnels de la santé, comme les nutritionnistes, les physiologistes, les psychologues ou les ergothérapeutes.

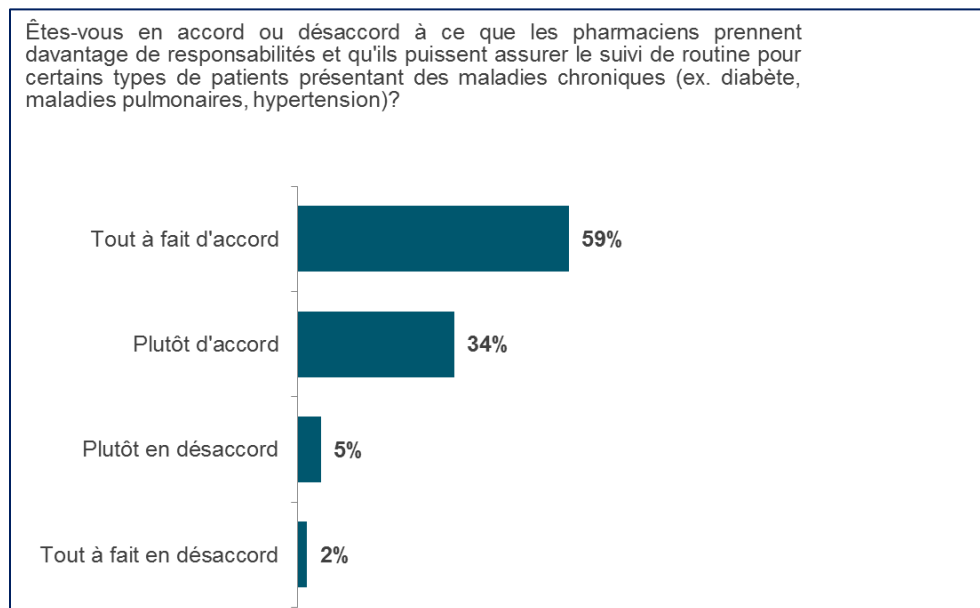
Cependant, ces idées ne sont pas neuves, mais peinent à prendre forme. Dubé-Linteau, Pineault, Levesque, Lecours, & Tremblay (2013) proposent un bon tour d'horizon des recommandations en matière de travail en équipe multidisciplinaire. Dès le début des années 2000, des commissions d'enquête soulignent l'importance d'améliorer les soins de santé de première ligne et de favoriser l'établissement d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires (Clair, 2000; Kirby, 2002; Romanow, 2002). Au Québec, les problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des services de santé sont au cœur des recommandations du rapport Clair. Le rapport recommande notamment que « l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux » (Clair, 2000, p. 43) et que « le volet médical de ce réseau de première ligne 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 » (Clair, 2000, p. 52).

Selon les recherches menées, les équipes multidisciplinaires en première ligne pourraient bien être la formule qui permet une prise en charge la plus efficace pour les malades chroniques souffrant de plusieurs comorbidités. Les systèmes qui reposent sur des médecins opérant en solo seraient au contraire les structures les moins adéquates pour la prise en charge de tels patients (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007). Les mêmes auteurs mettent aussi en valeur que la démocratisation des actes médicaux réservés vers d'autres professionnels serait une avenue porteuse (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007, p. 7).

Rôle accru des pharmaciens

En particulier, le rôle des pharmaciens dans la dynamique de la santé a été mis de l'avant par nos répondants des groupes de discussion qui ont réagi aux résultats du sondage mené auprès des Québécois.

FIGURE 33 : OPINION À L'ÉGARD DE L'AUGMENTATION DES RESPONSABILITÉS DES PHARMACIENS



En fait, selon le sondage mené, c'est plus de 93 % des répondants qui se sont montré ouvert à ce que les pharmaciens prennent davantage de responsabilité, particulièrement dans les suivis de routine pour les malades chroniques, comme en témoigne la Figure 33. Les commentaires formulés par nos répondants tentent d'expliquer ce souhait des Québécois de voir les pharmaciens prendre une plus grande place dans le suivi des maladies chroniques.

« Pour les pharmaciens, c'est surtout une question d'accessibilité. S'il fallait prendre rendez-vous pour voir les pharmaciens, peut-être que l'opinion serait différente. » (Groupe d'intérêt)

« Les pharmaciens sont beaucoup plus accessibles pour la population. Les gens se plaignent d'avoir du mal à avoir un médecin de famille, quand ils se retournent de bord, ils ont autant de pharmaciens qu'ils le souhaitent. Il y en a huit dans la même rue des fois. » (Professionnels de la santé)

Selon Labrie (2015) environ 55 % des Canadiens visitent en effet une pharmacie chaque semaine, et dans la vaste majorité des cas, sans qu'ils aient besoin au préalable de prendre rendez-vous. Cette accessibilité fait du pharmacien le professionnel de la santé le plus présent dans la vie de nombreux Québécois. Le pharmacien tisse aussi un lien de confiance avec ses clients et connaît le patient dans son milieu de vie. Il est donc souvent à même de personnaliser l'accompagnement.

Son apport dans la gestion du profil pharmacologique du patient est absolument reconnu par les autres professionnels. Cependant, les médecins en particulier, ont des réserves à voir des pharmaciens prendre un rôle accru dans la prise en charge des malades d'une façon plus globale.

*« Je serais en désaccord avec une plus grande prise de responsabilité des pharmaciens parce qu'on voit des désastres. Les pharmaciens, ils ont leurs qualités, leurs compétences et ils doivent s'en tenir à ça parce qu'ils n'ont pas de compétences médicales. Les suivis qu'ils font sont désastreux. On [les médecins] est en train de se faire refuser des prescriptions pour des gens qui en ont besoin parce qu'ils sortent une étude de je ne sais pas quoi et ils disent "non, je ne remplis pas ta prescription". C'est régulièrement l'avis du pharmacien contre l'avis médical. J'ai ramassé un enfant avec une fracture importante de la cheville parce qu'il a consulté le pharmacien et le pharmacien avait dit "tu marches dessus, ce n'est pas cassé". L'enfant a eu besoin d'une chirurgie et ça faisait 11 jours. On voit de plus en plus de désastres et je ne me fierais jamais à mon pharmacien pour des soins médicaux. Pharmaceutiques, oui, on devrait les utiliser davantage et oui, on devrait travailler en collaboration et les intégrer dans les équipes de soins, mais pour les suivis de routine, non absolument pas. »
(Professionnels de la santé)*

Réflexe protectionniste ou corporatif, comme nous l'avons dénoncé plus tôt dans ce rapport, ou véritable préoccupation pour la sécurité des patients, les lacunes dans la qualité des gestes posés et le suivi du dossier patient ont aussi été invoquées pour justifier la frilosité des médecins à déléguer des actes aux pharmaciens.

« La question des pharmaciens pose le problème de la responsabilité. Quand un pharmacien demande un test et m'envoie une copie conforme du test, je ne sais pas s'il a fait quelque chose par rapport à cela parce qu'il n'a pas de dossier patient, il n'a pas de document sur lequel il a noté qu'il a fait quelque chose. Moi, je suis évalué par mon ordre professionnel sur la tenue de mon dossier médical. » (Professionnels de la santé)

« Si ma patiente [...] a un épisode d'herpes et elle se fait traiter par le pharmacien pour une infection urinaire, le traitement n'est pas approprié et ce n'est pas du tout du tout ça qu'il faut comme traitement. Je n'ai aucun document à part le pharmacien qui dit "le Dr Rivard a prescrit de la Ciprofloxacine à la patiente il y a 6 mois, il n'y a pas de contraindication, je lui en prescrit de nouveau". Elle n'aura jamais été examinée, elle n'aura jamais eu test pour confirmer qu'elle a bien ça. Au niveau du suivi et au niveau de la qualité, ça peut être moindre. » (Professionnels de la santé)

Outre les doutes que les médecins entretiennent sur la capacité des pharmaciens à assumer certains actes médicaux et sur la sécurité des patients, il y a aussi des enjeux éthiques qui ont été soulevés.

*« Pour l'accessibilité, c'est merveilleux, mais c'est parce qu'il y a un élément de compétitivité qui fait en sorte qu'ils sont obligés d'offrir le service et les clients sont obligés de passer à travers les allées de dentifrice pour aller chercher [leur] Lipitor. Mais c'est pensé comme ça. »
(Professionnels de la santé)*

« Aux États-Unis, ça ne serait même pas permis qu'une pharmacie soit propriétaire d'une clinique. Mais ici, personne n'en parle. [...] L'impact ultimement, c'est le modèle parce que la première ligne de soins, elle est branchée sur les médicaments. » (Innovation – Experts)

« L'aspect réglementaire. Le collège des médecins vient de donner aux pharmacies d'autres pouvoirs : ils vont avoir le droit d'engager des infirmières praticiennes. Ils vont pouvoir opérer des traitements, les pharmacies vont pouvoir avoir leur propre laboratoire, vont pouvoir prescrire certains tests de laboratoire, ils vont en plus avoir la possibilité de traiter certaines affections comme le diabète, les problèmes thyroïdiens. Curieusement, le collège des médecins, qui est contre les apparences de conflit d'intérêts chez les médecins, ne voit pas d'objection à ce que les pharmaciens soient en conflit d'intérêts. » (Innovation – Experts)

Il y a aussi des participants qui ont exprimé leur malaise face aux pharmacies qui accueillent des cliniques médicales dans les mêmes édifices.

« Je vais dire quelque chose qui risque de déranger beaucoup. On a des tabous au Québec... [...] il y a un "take over" du marché des médecins au Québec par les chaînes de pharmacie. [...] J'ai un exemple concret d'un endroit où j'ai fait le plan d'affaires de A à Z et les médecins du jour au lendemain se sont fait offrir d'aller s'installer dans une clinique propriété de la pharmacie. [...] Du jour au lendemain, tous ces médecins-là sont partis pour aller pratiquer dans une clinique qui appartient à une pharmacie. C'est quelque chose qui nuit énormément actuellement et ce ne sont sûrement pas les pharmacies qui vont décrier ça. Quand une pharmacie possède une clinique, le nombre de consultations qui se terminent sans prescription est en chute totale. » (Innovation – Experts)

En conclusion, les réflexes protectionnistes et le corporatisme se sont manifestés avec verve au cours de ce débat. Nous soulignons cependant que les résultats du sondage manifestement positifs envers une délégation des actes vers les pharmaciens installent ce professionnel de la santé dans un siège privilégié dans l'univers de la consommation des soins et services des Québécois. Les Québécois apprécient assurément l'accès rapide, sans rendez-vous et l'étendue des heures de services, de même que la proximité et l'aspect pratique des localisations.

La posture officielle de la FMOQ cautionne sans limites la compétence des pharmaciens dans la gestion du profil médicamenteux des patients et est pour l'augmentation de certains pouvoirs. Cependant, comme le souligne Louis Godin, PDG de la Fédération, la mise en garde se retrouve dans le droit de prescription pour les conditions mineures :

« Tu ne peux pas prescrire pour une condition si tu n'es pas capable de poser un diagnostic, et un pharmacien ne pose pas de diagnostic. Nous, on pense que le pharmacien pourrait en faire plus, mais qu'il fasse surtout la gestion médicamenteuse, c'est ça leur spécialité. », souligne Dr Godin.

Par ailleurs, contrairement à certains de ses membres qui se sont exprimés dans les groupes de discussion, aux dires de Louis Godin, la Fédération n'a rien à reprocher aux cliniques médicales qui s'établissent à proximité des pharmacies.

« Du côté de la pharmacie, c'est surtout cette cohabitation proche là qui est pratique pour les gens. »

Accès : piste de solutions avancées

Les problèmes d'accès ont été au cœur des discussions des groupes d'acteurs de la santé et des services sociaux que nous avons rencontrés. L'accès a aussi été identifié par les répondants au sondage comme le principal sujet d'insatisfaction des Québécois. Nous avons souhaité faire une section dans ce rapport sur les stratégies les plus porteuses en matière d'amélioration de l'accès.

La coordination entre les intervenants est pointée du doigt pour expliquer les contreperformances de la première ligne. Les groupes de discussion ont en effet souligné les problèmes de fluidité entre les différents services de première et de deuxième ligne qui sont, en partie, à l'origine des problèmes d'attente, d'accès et de délais dans le réseau.

*« Il y a 20 à 30 % des lits d'hôpitaux qui ne sont pas utilisés pour des soins cliniques. C'est énorme. Si on prend ce 20 % de lits d'hôpitaux et qu'on met les gens à la bonne place parce qu'on a une méthode qui nous dit comment les mettre à la bonne place au bon moment, c'est l'équivalent d'une réduction des coûts d'hôpitaux de 20 % ou une augmentation de la capacité de 20 %. Tout le monde est d'accord que si on a cette réduction de coût ou cette augmentation de la capacité, on peut se payer davantage de prévention. Il y a plein de solutions, mais où doit-on mettre nos efforts pour que le patient passe le moins de temps possible? »
(Professionnels de la santé)*

On reconnaît qu'il y a beaucoup de gens qui sont actuellement dans le système de santé qui n'ont pas besoin d'y être : lits de courte durée occupés par des personnes âgées en attente d'une place en CHSLD, mauvaise gestion des lits sur les étages dans les hôpitaux, congés retardés pour palier des inefficacités dans la continuité des soins.

*« Quand quelqu'un a besoin d'une résonance magnétique [...], tu dis "je suis aussi bien de le garder à l'hôpital parce [...] que la meilleure façon d'en avoir une c'est de le garder." Il peut rester une semaine à l'hôpital alors qu'il n'a même pas besoin d'être hospitalisé. »
(Professionnels de la santé)*

La coordination entre la première ligne et la prise en charge de longue durée est particulièrement problématique. Pourtant, des solutions existent et ont été mises en application ailleurs dans le monde : « Une amélioration des systèmes de transfert d'information peut faciliter la planification et l'organisation des services. Une mise en commun des ressources du secteur de la santé et du secteur social au profit de coordonnateurs de soins désignés, chargés d'aider les patients et les familles aux points de transition, peut être un modèle à suivre pour lever les obstacles administratifs. Mais on peut aussi envisager des modèles de soins intégrés qui rassemblent les spécialités et les services sous un même toit et contribuent à faire que des systèmes complexes, fragmentés, répondent mieux aux besoins des utilisateurs. » (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007, p. 11)

Il y a aussi une question de mentalité à changer. Il faut, selon nos répondants, transformer notre attitude générale face à l'accès et l'attente dans le système :

« Le but ultime d'un système de santé c'est de ne pas avoir de gens qui y rentrent. Et quand tu es dedans, tu devrais passer le moins de temps possible, seulement le temps clinique qu'il te faut pour guérir et sortir du système. Si on pouvait trouver une méthode de travail qui nous pointe vers quoi travailler pour qu'il y ait le moins possible de gens qui rentrent et une fois qu'ils sont dans le système, qu'est-ce qui va faire qu'ils vont y passer le moins de temps possible? Si on prend un Tim Horton... On ne veut pas de file d'attente, on veut que les gens soient servis rapidement et ressortent par la porte. Dans le système de santé, on est pris avec une mentalité qu'il ne faut pas que ça fonctionne, qu'il faut garder les gens dans le système le plus longtemps possible. ». (Professionnels de la santé)

Cependant, même s'il nous paraît évident qu'une meilleure coordination et le développement de corridors de services pourraient facilement venir à bout de ces problèmes particuliers, nos participants aux groupes de discussion ont été nombreux à relever avec cynisme que l'enfer est pavé de bonnes intentions. Les contraintes budgétaires sont particulièrement vives et inhibent les élans des gestionnaires pour développer la vélocité dans le système.

« Il en a des solutions, mais il y a la [...] crainte que ça coûte plus cher. Quand on dit qu'il y a un patient qui reste 2-3 semaines à l'hôpital qui ne devrait pas être là et qu'on va sauver de l'argent en les sortant, ce n'est pas vrai parce que les lits d'hôpitaux vont être remplis par d'autres patients. [...] Alors la crainte, quand tu es administrateur, c'est que tu ne sauveras pas d'argent en faisant ça, surtout que les 2-3 premiers jours d'hospitalisation coûtent plus cher, alors si tu as un plus grand roulement de patients... » (Professionnels de la santé)

« On me disait à Montréal que si on ouvrait les scans la fin de semaine, en moins d'un an la liste d'attente disparaîtrait. Pourquoi ça ne marcherait pas? Ça va coûter plus cher, c'est une réelle crainte. Dans le fond, on se dit qu'ils n'en ont pas tous besoin et que ceux qui en ont vraiment besoin vont finir par l'avoir. On crée un entonnoir et on pense qu'on va sauver des coûts avec ça. La continuité et la coordination des soins, tout le monde est pour, mais ça ne coûte pas moins cher, ça coûte plus cher. » (Professionnels de la santé)

Cependant, la coordination de la première ligne échappe à cette contrainte budgétaire malsaine, car l'accès à un professionnel de la santé en clinique plutôt qu'à l'urgence sauve des coûts assurément. L'accès dans les temps réduit aussi de beaucoup les complications potentielles, réduisant du même coup la facture collective.

Par ailleurs, il importe également de travailler sur la responsabilisation citoyenne envers notre système, selon Benoit Morin :

« Par exemple, il arrive que des rendez-vous ne soient pas respectés sans que l'on soit informé de l'annulation au préalable. Cette situation, entre autres, occasionne des coûts inutiles pour

le système et une inefficacité artificielle. Selon moi, il serait opportun de poursuivre les efforts de communication et d'implication participative avec la population desservie. Cela aurait aussi l'effet positif de rapprocher en même temps les institutions avec leurs communautés ».

En ce qui a trait à la coordination entre la première ligne et la deuxième ligne, la mise en place de centres de répartition des demandes de services (CRDS) représente un élément central de la stratégie *Accès priorisé aux services spécialisés* (APSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)¹⁷.

Le CRDS devient un point de chute unique pour les médecins référents. Les médecins de famille envoient au CRDS leurs demandes de première consultation en spécialité pour leurs patients. Le CRDS assure par la suite la prise de rendez-vous auprès des médecins spécialistes. Des mécanismes ont été prévus pour informer les médecins référents du cheminement de leurs demandes à différentes étapes du processus (accusé de réception de la demande, date du rendez-vous et nom du spécialiste qui verra le patient, etc.). Ce mécanisme fait écho aux commentaires recueillis lors de nos groupes de discussion. On souligne cependant que la mise en place de ces CRDS a connu quelques ratés et le service demeure inégal selon le degré de mise en place du système :

« Le délai pour les consultations varie beaucoup d'un endroit à l'autre. L'an dernier, j'ai fait une demande de consultation en pneumologie dans un établissement voisin et on me l'a retourné en disant "plus que 18 mois d'attente". Je l'ai envoyé dans un autre hôpital, ils l'ont passé en deux semaines. » (Professionnels de la santé)

Pour la consultation en première ligne, la loi 130 cherche à améliorer l'offre de façon globale de services en première ligne en incitant les médecins à prendre plus de patients et en balisant leur pratique. Il existe en concomitance d'autres éléments qui ont été mis de l'avant pour effectivement assurer une meilleure gestion des services offerts. En particulier, on vante beaucoup les bienfaits de l'approche d'accès adapté :

« L'accès adapté permet au patient de voir son médecin de famille en 24 à 48 h ou en 1 à 2 semaines si ce n'est pas urgent. On a implanté ça il y a 1 an avec les 13-14 médecins qu'on a. Ce que ça a eu comme conséquence, c'est que les 6500 prises en charge qu'ils avaient au début, ils sont aujourd'hui à 13 000. Ils ne font plus d'exams annuels pour les gens en santé. Ça demeure pour certains types de patients vulnérables. Ils ne voient que les patients qui ont des soucis de santé à régler. La satisfaction du patient est beaucoup plus importante parce que quand il y a un souci, il y rapidement un rendez-vous. Autrement, on le laisse tranquille. Donc pour les mêmes médecins et la même pratique, la prise en charge a été doublée. Les médecins sont contents, les patients sont contents. » (Fournisseurs variés)

¹⁷ <https://www.santemontreal.qc.ca/professionnels/medecins/crds-centre-de-repartition-des-demandes-de-services-montrealais/>

L'accès adapté demande cependant une transformation importante de la pratique. La salle d'attente n'est pas toujours pleine et les médecins craignent beaucoup au début d'avoir à subir des pertes de revenus.

*« Il y a des changements de mentalité au niveau des services aussi. Ça fait trois ans que l'on donne des ateliers sur l'accès adapté pour que les médecins changent leur façon de donner des rendez-vous. Garde toi le tiers, le quart, la moitié de tes rendez-vous libres dans ta journée et ne t'inquiète pas, ça va se remplir avec les patients qui ont besoin de te voir maintenant. »
(Professionnels de la santé)*

En adjuvant avec la mesure du taux d'assiduité suivie actuellement par le MSSS pour évaluer les médecins, l'approche d'accès adapté devient de plus en plus intéressante.

« On a une mesure que le ministre nous a forcé et qui s'appelle le taux d'assiduité. Ils regardent quand la carte d'assurance maladie est utilisée partout dans le réseau et il peut dire [que] tel patient est allé tant de fois à l'urgence et tant de fois à la clinique parce que toi tu n'étais pas ouvert pour voir ton patient. Il te donne une note pour ça et on est mesuré et financé là-dessus au niveau des GMF. Quand on regarde le sans rendez-vous, avant que l'accès adapté soit appliqué chez nous, il y avait le tiers des patients (on voit une centaine de patients par jour) qui était nos patients, inscrits à notre nom ou au nom d'un médecin de notre groupe. Il y avait un tiers que c'était des patients inscrits à d'autres docteurs qui n'étaient pas accessibles et le dernier tiers étaient des patients orphelins qui avaient besoin d'un service de première ligne. On a implanté l'accès adapté. Notre taux [d'assiduité] était de 82 % quand on était à un tiers, un tiers, un tiers. Depuis l'arrivée de l'accès adapté [...] notre taux d'assiduité est rendu à 86 %. » (Professionnels de la santé)

Les participants ont noté que pour faire changer les mentalités et les pratiques, il s'agit souvent de diffuser les bons résultats.

« Il y a parfois un mouvement d'entraînement lorsque l'on innove. Par exemple, dans notre clinique sans rendez-vous, plutôt que d'ouvrir les portes le matin et de donner les places à ceux qui attendaient devant la porte, nous avons maintenant un service où on donne rendez-vous par téléphone. Toutes les cliniques environnantes ont emboité le pas ensuite et le font aussi maintenant. » (Fournisseurs variés)

Dr Louis Godin, président de la FMOQ est d'avis que l'accès aux médecins s'est grandement amélioré dans la dernière année et que cette amélioration se poursuivra dans les prochains mois :

« On sait qu'il y a encore des difficultés concernant l'accès, sauf que la situation s'est beaucoup améliorée. 75 % des gens voient un médecin de famille aujourd'hui. 80 % des gens peuvent consulter leur médecin quand ils veulent le voir et ils n'auront pas à aller consulter ailleurs, le lendemain ou le jour d'après. La perception des Québécois est très modélisée sur ce qu'ils ont entendu, et non sur ce qu'ils ont vécu. »

Outre l'accès adapté, les participants aux groupes de discussion ont aussi soulevé d'autres inefficacités dans notre système de santé qui pourraient aussi être résolues avec des initiatives diverses. L'approche d'amélioration continue et les initiatives Lean ont été identifiées comme un levier très puissant pour soutenir la performance du système.

Cependant, la discussion a permis de mettre à jour que ce ne sont pas tous les délais et les points d'écueil qui doivent recevoir le même traitement. En fait, il faut agir « là où ça compte ». À cet effet, les projets d'amélioration doivent être sélectionnés sur la base de la contribution significative qu'ils apportent à la valeur créée. En ce sens, la théorie des contraintes (Goldratt, Cox, & Whitford, 2004) devrait être regardée de près afin d'améliorer les problèmes de fluidité :

*« On a besoin d'un outil dynamique en temps réel qui montre où sont les délais, que les médecins travaillent ensemble pour dire quels sont les délais les plus fréquents pour travailler là-dessus et orienter nos solutions correctement. Partout où ces outils-là ont été mis en place, il y a eu de bonnes améliorations. Parce qu'actuellement, il y a plein de projets Lean. Quand le Lean est appliqué à un endroit où il y a une vraie contrainte dans le système, ça fonctionne bien. Mais il y a bien des endroits où le Lean est appliqué et où [ce n'est pas une contrainte] ça ne fonctionne pas parce que ça n'est pas appliqué à un endroit charnière dans le système. »
(Professionnels de la santé)*

Ainsi, bien des projets Lean entrepris dans la foulée du virage ministériel de 2008 n'ont pas été entrepris dans des endroits stratégiques où on pouvait avoir un effet significatif sur les indicateurs d'accès ou de qualité prisés par le public.

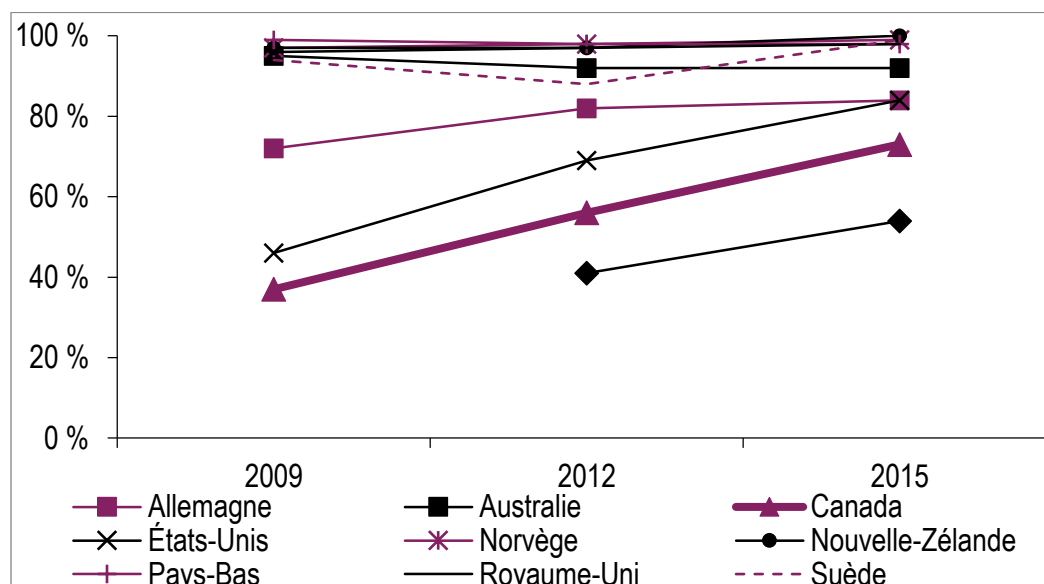
Un de ces endroits charnières pour l'amélioration de l'accès et la réduction de la surconsommation qui a été identifiée porte sur la coordination et la qualité de l'information transmise entre les médecins, les laboratoires et les cliniques d'imagerie. On déplore en fait la piètre qualité de l'information transmise, le manque de suivi et ce qu'on nomme la non-intégrité du processus de requête-résultat :

« À chaque fois qu'on commande un test de laboratoire dans le réseau, on ne sait pas si le test a été fait, on ne sait pas s'il a été livré et le médecin parfois ne sait pas si le test est perdu, le patient ne le sait pas. Cela fait en sorte que dans les cliniques externes, il y a probablement 70 % des consultations qui sont inutiles, juste parce que le médecin veut s'assurer au niveau médicolégal qu'il ne perd pas un résultat au suivi. Ça coûte une fortune, parce que puisqu'on ne peut pas, dans ce système, avoir une assurance que le test qu'on a demandé [a été fait]. On est obligés de demander au patient de revenir juste pour s'assurer que son résultat a été fait. » (Innovation – Experts)

Technologies de l'information : Levier stratégique d'un réseau performant

Incidentement, nous avons largement exploré avec nos participants aux groupes de discussion les enjeux d'information dans le réseau de la santé et des services sociaux. Depuis de nombreuses années, le Canada et le Québec en particulier, font office de derniers de la classe au sein des pays industrialisés étudiés par le Commonwealth Fund : « *l'utilisation des dossiers médicaux électronique (DME) pour gérer les soins aux patients est moins courante au Canada que dans la moyenne des autres pays, mais le taux d'adoption augmente. Toutefois, mesurer la performance des soins de santé primaire n'est toujours pas une pratique standard au pays.* » (Institut canadien d'information sur la santé, 2017) . Au chapitre de l'utilisation des technologies, les dernières données disponibles démontrent une posture très désavantageuse du Canada au sein des pays de l'OCDE (Figure 34) : seule la Suisse nous précède.

FIGURE 34 : UTILISATION DU DME



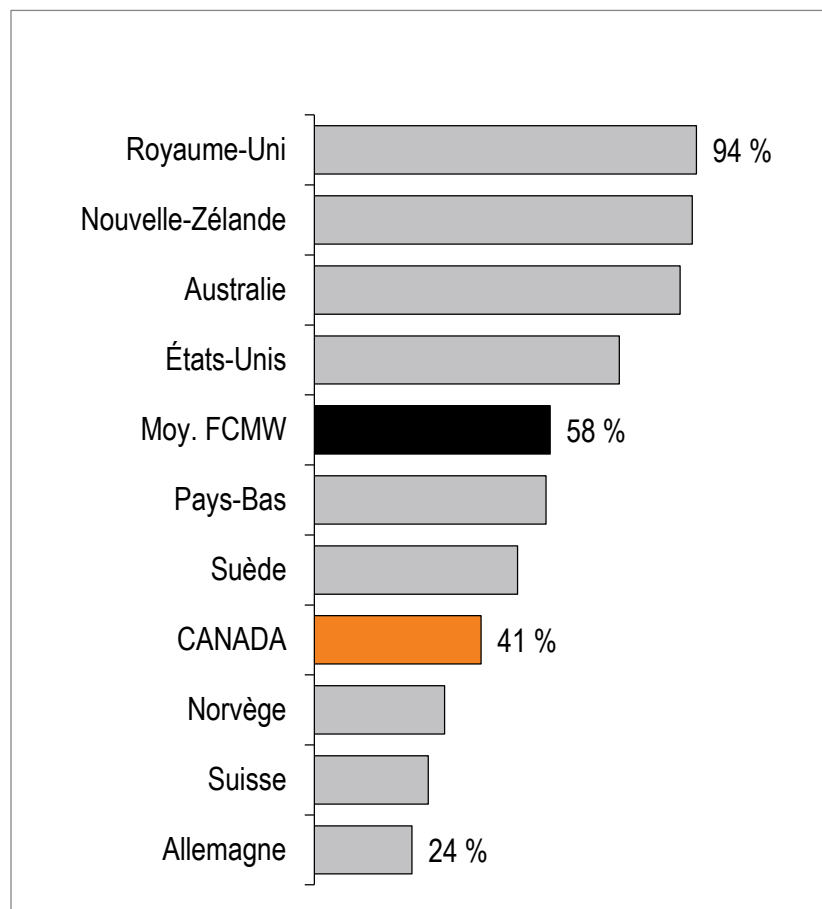
Source : (Institut canadien d'information sur la santé, 2017)

Le Canada fait particulièrement piètre figure lorsque vient le temps de comparer les pratiques liées au dossier de santé électronique, comme nous l'expliquons dans la section suivante.

Dossier de santé électronique

Les Figure 35 et Figure 36 démontrent que les médecins n'utilisent que très peu les différentes fonctions du DME que cela soit pour communiquer avec leurs patients ou pour soutenir leur décision. Du point de vue de la communication on remarque qu'une faible fraction des médecins canadiens communique avec leurs patients (Figure 36) : seuls 11 % d'entre eux permettent la demande de rendez-vous en ligne, seuls 7 % permettent la demande de renouvellement d'ordonnance en ligne, et seuls 18 % des cabinets permettent la consultation des résultats de tests sur un site sécurisé.

FIGURE 35 : POURCENTAGE DES MÉDECINS UTILISENT AU MOINS 2 DES FONCTIONS DU DME (2015)



Source : (Institut canadien d'information sur la santé, 2017)

Le portrait n'est guère plus reluisant en ce qui a trait à la gestion du dossier patient dans le sens plus clinique du terme, comme en fait foi la Figure 35. En effet, les médecins canadiens sont parmi ceux qui de façon générale utilisent le moins des fonctions électroniques pour gérer les tâches de routine sur les dossiers de leurs patients. Ainsi, la proportion des médecins qui l'utilisent pour au moins 2 des fonctions suivantes est parmi les plus faibles du Commonwealth (Figure 35) :

- Alertes ou messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments
- Envoi de rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés
- Alertes ou messages indiquant de divulguer les résultats d'examen aux patients
- Rappels pour les interventions et les examens de dépistage fondés sur les guides de pratique

FIGURE 36 : ACCÈS ÉLECTRONIQUE POUR LES PATIENTS

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.	Can.
Proportion des cabinets qui offrent les modes de communication électronique suivants avec les patients :										
Demande de rendez-vous ou d'orientation (référence) en ligne	10 %	18 %	14 %	11 %	12 %	9 %	5 %	7 %	4 %	11 %
Demande de renouvellement d'ordonnance (prescription) en ligne	3 %	7 %	15 %	10 %	10 %	6 %	3 %	5 %	2 %	7 %
Consultation des résultats de tests sur un site Web sécurisé	36 %	22 %	22 %	17 %	13 %	11 %	12 %	11 %	21 %	18 %

Source : (Institut canadien d'information sur la santé, 2017)

Les efforts de mise en place du dossier santé au Québec frustreront beaucoup de professionnels de la santé et de gestionnaires. Plusieurs participants aux groupes de discussion ont l'impression qu'on fait du surplace depuis de nombreuses années, et qu'on a même régressé depuis les dernières années.

Innovation – Experts : « Le Dossier Santé Québec [à l'origine] était quelque chose d'éminemment meilleur que ce que l'on a ici. Premièrement, il n'y a aucune sécurité dans le DSQ, il y a 80 000 usagers qui ont accès à une clé qui vous permet d'avoir accès à n'importe quel patient même si vous ne l'avez jamais vu et que vous n'avez pas son autorisation, deuxièmement, vous ne savez jamais comme médecin ou comme patient quand une information a été déposée à votre sujet et troisièmement, vous ne savez pas s'il y a eu un bris d'intégrité du système, si un laboratoire devait déposer de l'information et qu'il ne l'a pas déposé, il n'y aura jamais un rappel de l'information qui sera fait au laboratoire. » (Innovation – Experts)

L'incompatibilité des systèmes d'information et les faiblesses de communication sont à la clé de plusieurs gaspillages. Faute d'avoir l'information, on doit souvent refaire des analyses ou des images pour documenter le dossier.

« Si vous allez en chirurgie et qu'un établissement privé a déjà fait les prélèvements sanguins, ils vont quand même les refaire à l'hôpital parce que ce n'est pas dans le même réseau. Je comprends que l'hôpital veut ses propres résultats avec son propre laboratoire, mais c'est quand même du gaspillage. Même entre établissements publics, si vous changez d'hôpital, ils vont probablement refaire les tests. Les systèmes d'information comme le Dossier Santé Électronique doivent être repensés, améliorés. » (Fournisseurs variés)

On dénonce aussi le piètre support que le DSQ offre présentement à la recherche et l'innovation. À nouveau une occasion ratée d'accéder à de l'information sur des cohortes de patients qui nous permettrait de décider de façon éclairée pour améliorer nos résultats de santé collectifs.

« Ça aura coûté 1 milliard et demi, on pourrait avoir des populations de bases de données qui seraient extrêmement profitables en recherche et développement dans les biotechnologies, en santé en pharmaceutique, mais [le DSQ] a été structuré de telle façon à ce qu'il soit impossible de faire de la recherche sur des bases de données. » (Innovation – Experts)

Les enjeux du DSQ ne sont pas simplement liés à ses capacités et ses caractéristiques. En fait, comme le soulève des participants aux groupes de discussion, le dossier patient électronique vient profondément modifier la relation patient-médecin. Accompagnement et formation sont aussi requis pour faire évoluer cette relation dans un monde de plus en plus technologique

« On a mis en place un dossier médical électronique autorisé par le MSSS et tous les médecins ont adhéré à ça. Ça a été très difficile au début et moi, venant des technologies, je me demandais qu'est-ce qui était si compliqué. J'ai fini par comprendre que dans la structure de l'entrevue d'un médecin, quand il a un patient devant lui, avec toutes les années, il y a un schéma qui suit pour arriver à une conclusion. Et moi je leur mettais un écran de 22 pouces devant et ils devaient taper et prendre des notes. Ça a bouleversé leurs réflexes et ça a pris du temps. Finalement, ils l'utilisent et ont éliminé le papier. Les [résultats de] laboratoires entrent automatiquement dans le dossier, ils ont accès à tout ça de chez eux et la prochaine étape, on regarde pour que les patients aient accès à leur dossier. » (Fournisseurs variés)

L'accès au dossier directement par le patient est en effet l'étape à venir dans cette démocratisation de la santé et l'instauration d'une nouvelle relation avec de véritables patients partenaires. À ce propos, l'ouverture de la population à l'égard de cette nouvelle façon d'entrer en relation avec les professionnels de la santé est très grande, comme l'illustrent les résultats de notre sondage à la population du Québec (Figure 37).

FIGURE 37 : INTÉRÊT À L'ÉGARD D'UN DOSSIER DE SANTÉ ÉLECTRONIQUE

(% n=	TOTAL	SEXE		ÂGE				MÉDECIN DE FAMILLE	
		HOM	FEM	18-34	35-54	55-64	65+	OUI	NON
	1000	500	500	254	355	182	209	785	215
TRÈS + ASSEZ INTÉRESSÉ(E)	75	79	71	81	80	66	67	74	80
<i>Très intéressé(e)</i>	39	41	37	40	43	35	32	39	39
<i>Assez intéressé(e)</i>	36	39	34	41	36	31	35	35	41
PEU + PAS DU TOUT INTÉRESSÉ(E)	25	21	29	19	20	34	33	26	20
<i>Peu intéressé(e)</i>	20	16	23	16	16	23	28	21	16
<i>Pas du tout intéressé(e)</i>	5	5	6	3	4	11	5	6	4

Nous avons en effet questionné les Québécois sur leur ouverture face à l'utilisation d'un dossier électronique personnel qu'ils pourraient gérer eux-mêmes et où seraient versés l'ensemble de leurs données de santé et la consignation des informations issues des consultations. Dans l'ensemble, 75 % de la population s'est montrés intéressés à cette possibilité. Sans surprise, les plus jeunes sont plus favorables à cette proposition (81 %). Les femmes sont moins enclines envers cette possibilité cependant.

*« Il y a déjà un fournisseur de DME qui l'offre. Pour 35 \$ par année, un abonnement, tu as accès à toutes les analyses et par le portail Web, tu peux envoyer à ton médecin de famille des changements à ton état de santé. On vient de trouver des polypes du colon à ton père et à ton frère. Le patient peut aviser à son médecin de famille et c'est envoyé au docteur comme un courriel et le docteur accepte ou non d'ajouter cette information-là au dossier du patient. »
(Professionnels de la santé)*

Concernant une plus grande utilisation des technologies, Dre Diane Francoeur est également tout à fait favorable :

« Avoir accès à des outils d'information pour rassurer les gens, pour les aider à se prendre en main, c'est non seulement l'avenir, c'est le présent. Par contre, ici au Québec, on a une obsession de la sécurité, ce qui fait que nos systèmes se veulent souvent plus surs que ceux de la NASA. Cela crée une embuche à la performance. »

Réjouissons-nous cependant, car le Canada a fait des bonds spectaculaires au cours des dernières années en matière d'utilisation du dossier patient informatisé : le Canada est passé de 37 % en 2009 à 73 % en 2015 (Figure 34). Le Canada reste cependant loin derrière les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, la Suède et la Norvège qui présentent tous des taux d'utilisation à 99 % actuellement.

Technologies de l'information et des communications : suivi par vidéoconférence et autres possibilités

Nous avons aussi proposé aux répondants la possibilité d'une vidéoconférence pour effectuer une « visite » médicale traditionnelle. La Figure 38 présente l'opinion des Québécois à ce sujet.

FIGURE 38 : INTÉRÊT À L'ÉGARD DU REMPLACEMENT DE LA VISITE MÉDICALE TRADITIONNELLE PAR UN SUIVI MÉDICAL PAR VIDÉOCONFÉRENCE

(%)	TOTAL	SEXE		ÂGE				MÉDECIN DE FAMILLE	
		HOM	FEM	18-34	35-54	55-64	65+	OUI	NON
	n= 1000	500	500	254	355	182	209	785	215
TRÈS + ASSEZ INTÉRESSÉ(E)	64	72	57	72	68	57	51	62	71
<i>Très intéressé(e)</i>	29	34	24	30	34	26	20	28	33
<i>Assez intéressé(e)</i>	35	38	32	42	34	31	30	34	37
PEU + PAS DU TOUT INTÉRESSÉ(E)	36	28	43	28	32	43	49	38	29
<i>Peu intéressé(e)</i>	21	18	25	17	19	25	28	22	19
<i>Pas du tout intéressé(e)</i>	15	11	18	11	12	17	21	16	10

Encore une fois, nous constatons que l'adhésion des femmes (57 %) est moindre que pour celle de l'ensemble de la population (64 %). Les gens souffrant de maladies chroniques (de fait la clientèle directement visée par une pratique de cette nature) sont peu réceptifs à ce mode d'interaction avec un professionnel de la santé. On préfère probablement le face à face. L'adhésion à ce nouveau mode d'échange est aussi plus forte chez les plus jeunes, favorable à 72 % à une consultation par vidéoconférence.

Les participants aux groupes de discussion nous ont judicieusement fait remarquer qu'il aurait été d'intérêt d'ajouter une question sur les échanges par courriel, entre un médecin et son patient. Cette pratique toute simple n'est pas encore répandue. Les participants aux groupes de discussion se sont par ailleurs désolés devant notre faible niveau technologique, d'une façon générale :

« Pour les systèmes d'information, les hôpitaux fonctionnent encore avec Lotus Note pour les courriels. Il y a aussi des fax et des téléavertisseurs, alors qu'aujourd'hui les enfants de 3 ans ont leur tablette et téléphonent "mamie" en Floride. On est mieux équipés dans nos maisons que dans nos établissements de santé. Ce n'est pas acceptable. » (Fournisseurs variés)

Dr Louis Godin, Président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), partage cet avis concernant une utilisation plus accrue des technologies pour entrer en contact avec les patients :

« Pour ce qui est des consultations par voie électronique, c'est quelque chose qui va nécessairement évoluer dans le temps, cela va devenir de plus en plus accessible. Les gens vont le réclamer. La difficulté, c'est dans l'encadrement déontologique, les règles de l'art dans lesquelles on est appelés à évoluer. »

À ce propos, Robert Ouellet cite quant à lui l'exemple du Danemark qui utilise un système de prescription électronique :

« Le médecin voit son patient. Il lui fait une prescription électronique, ce qui minimise le risque d'erreur de transcription de l'écriture du docteur. La prescription est envoyée directement à un serveur central. Le patient se rend chez le pharmacien de son choix, qui lui va chercher l'information sur le serveur et donne la médication au patient. Le docteur reçoit un courriel comme quoi le patient a reçu sa médication. Pourquoi on ne fait pas ça au Québec? Toutes les pharmacies sont informatisées et en réseau. »

La désuétude des technologies de l'information dans le réseau et la difficulté d'intégrer de nouvelles pratiques sont manifestes et se conjuguent aux difficultés générales d'innovation dans le réseau de la santé et des services sociaux.

« Présentement, on est une organisation qui n'est pas agile [...]. Tant que ton organisation n'est pas agile, tu ne peux pas proposer du changement technologique. » (Fournisseurs variés)

Pourtant, les investissements en technologies de l'information et la stimulation de l'innovation doivent être au cœur de nos préoccupations, selon les experts afin d'améliorer l'état de santé de nos populations.

« Pour pouvoir suivre le rythme imposé par la complexité croissante des flux d'information, qui résulte elle-même du caractère de plus en plus complexe et multidimensionnel des processus de soins, il est essentiel d'utiliser ces technologies. Les dossiers médicaux électroniques (DME) représentent aujourd'hui une composante clé des systèmes de santé résolument attachés à la qualité, aux économies de coûts et à l'efficacité et à la sécurité des processus de soins. » (OECD, 2011)

Le réseau privé : moteur d'innovation?

Discutant sur la capacité du réseau public face à l'intégration des technologies, les participants ont été amenés à comparer la capacité d'innovation des établissements privés, par rapport à celle des établissements publics.

*« Au privé, on est bien équipés, tout fonctionne avec des bracelets et des technologies. Il y a beaucoup de choses aussi qui évoluent rapidement au niveau médical alors que dans le réseau [public], ils fonctionnent encore par fax. Il faut évoluer dans nos systèmes d'information. »
(Fournisseurs variés)*

Pourtant, des solutions innovantes reposant sur l'utilisation des technologies sont actuellement en puissance dans notre réseau public de santé et services sociaux. Nous avons entre autres tous une carte d'assurance maladie munie d'une puce électronique. Elle pourrait nous permettre de véhiculer, de façon sécuritaire, l'accès au dossier patient informatisé. Elle pourrait aussi nous permettre de dépister la surconsommation, assurer la coordination des soins et offrir le soutien informationnel que les patients recherchent. Plusieurs de nos participants ont développé leur pensée sur ces idées d'une meilleure utilisation des technologies existantes.

« La technologie peut nous aider à résoudre un ensemble de problèmes. Prenons la puce, par exemple. Aujourd'hui, il y a des patients qui vont voir quatre médecins ou qui se magasinent des prescriptions. Il y a quelque chose à faire de ce côté-là. » (Fournisseurs variés)

« Qu'est-ce qui arriverait si cette carte-là devenait le moyen d'informer les gens? [...] "Voici mon médecin de famille, voici mon spécialiste, voici mon pharmacien, voici les médicaments que je prends" et où il est capable d'aller lire sur ses pilules et d'aller lire sur ce pour quoi il est en train d'être traité. [...] C'est sûr que du côté des intervenants, il y a certaines craintes, par exemple des craintes que ça prenne beaucoup de temps répondre aux patients qui ont des questions. [Mais] Pour ceux qui veulent suivre leur état de santé et prendre les choses en main, peut-être on aurait moins de frustration. » (Groupes d'intérêt)

À part la valorisation de la carte-soleil, d'autres applications à utiliser en parallèle sont aussi possibles pour soutenir les prestations de soins, faire des consultations à distance ou donner de l'information sur les soins ou les médicaments.

Un participant aux groupes de discussion signale l'existence des plateformes *Dialogue* et *Équinoxe Soins de vie*, qui offrent certains services de santé via un équivalent de *Skype*. *Équinoxe* fonctionne à Vancouver et est soutenu par le gouvernement. On peut ainsi avoir une interaction ou une consultation avec son médecin par cette application. En bout de course, le patient sauve beaucoup de temps pour répondre à des questions simples ou renouveler ses prescriptions. L'application rejoint particulièrement les besoins des clientèles pressées par le temps, comme les jeunes parents qui ont beaucoup de questions et peu de temps.

Les faiblesses constatées à propos de l'exploitation de l'information dans le réseau public amènent aussi à extrapoler sur enjeux généraux de l'innovation dans notre réseau. À ce propos, les groupes de discussion en avaient long à dire, dénonçant l'inertie et le caractère réfractaire du réseau québécois face à l'innovation.

« Dans notre réseau, lorsque quelque chose est hors-norme ou innovant ou qui ne rentre pas dans les cases, on met tous les bâtons possibles pour que ça ne soit pas répliqué. Au contraire, ça devrait être valorisé. On devrait valoriser l'innovation locale qui pourrait ensuite être dupliquée, quand ça fonctionne [...]. Tout ce qui peut améliorer la performance dans son sens large incluant la pertinence des soins, l'accessibilité et les coûts, devrait être valorisé ou financé pour pouvoir mener ces projets-là et les implanter ailleurs. Au lieu de mettre des barrières à l'innovation, on devrait promouvoir l'innovation. » (Innovation - Experts)

« Au tout début de ma carrière, j'ai travaillé dans le système public et je peux vous dire qu'au niveau du système privé, c'est complètement différent. Au niveau du privé, vous n'avez qu'à monter un semblant de démonstration pour monter le gain relié au changement que vous voulez faire et ce sera accepté. Dans le public, ce n'est pas pensable de faire la même chose et c'est dommage. » (Innovation – Experts)

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette difficulté face à l'innovation (Benomar, Castongay, & Lespérance, 2016) (Benomar, Castongay, Jobin, & Lespérance, 2017). Certains des freins et des obstacles à l'innovation au Québec constatés dans le portrait que nous avons dressé dans les deux rapports ont été repris par les participants. En particulier, les répondants ont souligné le cadre budgétaire établi de façon historique et le financement sur une base annuelle, de même que les politiques d'approvisionnement régulées sur les principes du plus bas soumissionnaire au lieu d'être basées sur la valeur.

« Dans le système public, avec les coupures du financement des hôpitaux, même si on dit qu'il faut innover [...] est-ce que ça se peut dans les hôpitaux avec les achats de groupe? Pas du tout. Donc [...], les fournisseurs et l'industrie des technologies vont essayer de s'associer à des cliniques privées, qui sont généralement plus ouvertes à l'innovation, aux technologies et aux nouvelles façons de faire. Ça va être par-là que l'innovation va arriver. Parce que présentement, le terroir du système public n'est pas propice à ça. » (Fournisseurs variés)

« Du point de vue de mon organisation, on ne croit pas qu'on a besoin de plus d'argent dans le système. On pense qu'on doit aller investir beaucoup plus en innovation et que pour les approvisionnements, on doit oublier la question du plus bas soumissionnaire conforme. [...] Il faut plutôt tenter d'y aller sur des arguments de valeur et faire des approvisionnements basés sur la valeur, tant au niveau de services qu'on achète que des équipements. La valeur permet davantage l'innovation. » (Innovation – Experts)

Nous avons aussi entendu de l'amertume et de la désillusion de la part des participants à propos des perspectives d'innovation au Québec.

Innovation – Experts : « Dans mon entreprise d'applications mobiles, je ne suis pas du tout sûr que le Québec est un bon marché. Comme on l'a dit, c'est rigide, c'est un monopole et Québec a toujours raison. [...] On pourra peut-être s'intéresser à des marchés privés ou quelque chose du genre, mais manifestement, tant et aussi longtemps que le Québec sera un monolithe monopolistique fermé, je pense qu'amener des solutions innovantes, ça ne marche pas. »

Innovation – Experts : « Le privé pourrait être un marché, mais ça représente quoi au Québec? C'est marginal. En termes de médecins, sur à peu près 20 000 médecins, on est environ 200-300 qui sont hors régie. C'est minuscule »

Les oubliés de la santé publique : prévention et promotion de la santé

Le dernier segment de nos résultats porte sur la prévention et la promotion de la santé. Il appert souvent que nous considérons la santé bien plus souvent sous l'angle de la maladie que sous l'angle de la santé à proprement parler. Pourtant les enjeux de santé publique sont à la clé de la performance globale d'un réseau de santé. Cependant, les besoins pressants du curatif laissent une portion très congrue des dépenses en santé et services sociaux aux investissements en santé publique.

Pour explorer cette question, nous avons souhaité engager un dialogue avec nos participants aux groupes de discussion, de même qu'avec quelques acteurs clés dans l'univers de la santé au Québec. Afin d'engager cette conversation, nous avons d'abord questionné les Québécois sur leur opinion face aux taxes et incitatifs à adopter un mode de vie sain. Cette question fut bien entendu un prétexte pour ratisser beaucoup plus large avec nos participants aux groupes de discussion et aux intervenants clés rencontrés en tête-à-tête.

Nous ferons donc état, dans l'ordre, des résultats du sondage et par la suite des discussions qui ont eu cours dans les rencontres de groupe et les entrevues que nous avons menées avec les acteurs d'influence au Québec.

Surtaxes sur les produits nocifs pour la santé

Nous avons sondé les Québécois sur leur opinion à l'égard de l'implantation d'une surtaxe à l'achat de divers produits de consommation. La Figure 39 présente les résultats obtenus à cet effet.

FIGURE 39 : OPINION À L'ÉGARD DE L'IMPLANTATION D'UNE SURTAXE À L'ACHAT DE DIVERS PRODUITS DE CONSOMMATION

(% Total favorable : Tout à fait + plutôt favorable)	TOTAL	SEXE		ÂGE			REVENU-MÉNAGE				
		HOM	FEM	18-34	35-54	55+	- 40M\$	40-60M\$	60-80M\$	80-100M\$	100M\$ +
	n= 1000	500	500	254	355	391	191	156	146	128	211
Les cigarettes et autres produits du tabac	82	80	84	82	80	83	74	77	82	80	90
Les boissons énergisantes contenant de la caféine et d'autres ingrédients stimulants	74	71	77	65	73	82	69	67	80	74	77
Les boissons sucrées (ex. : boissons gazeuses)	65	60	69	60	65	68	58	57	70	68	72
La malbouffe (bonbons, croustilles, etc.)	65	60	70	59	62	73	64	60	68	62	72
La restauration rapide	56	54	58	49	56	62	49	53	55	61	69
Les véhicules de type VUS ou camions	48	49	48	48	46	51	52	48	42	51	50

Q. Êtes-vous personnellement favorable ou défavorable à une surtaxe à l'achat des produits de consommation suivants, présentant un enjeu de santé publique?

Les programmes gouvernementaux peuvent comprendre au moins quatre types d'actions afin de prévenir l'obésité et des maladies métaboliques :

- actions visant à élargir le choix ou à accroître l'attrait de certaines options, dans une situation de liberté du marché;
- b) actions visant à modifier les préférences en s'appuyant sur des caractéristiques des options autres que le prix;
- c) actions visant à augmenter les prix de certaines options et
- d) interdiction de certaines options (Sassi, 2010)

Spécifiquement, nous avons questionné les Québécois (Figure 39) sur leur accord à propos des taxes spéciales à la consommation de cigarettes et de produits du tabac (82 %), des boissons énergisantes (74 %), des boissons sucrées (65 %), des croustilles et des bonbons (65 %), de la restauration rapide (56 %) et, finalement des véhicules énergivores (48 %). Les femmes sont plus enclines à taxer ces produits, de même que les personnes de plus de 55 ans et les hauts salariés.

Il faut noter au départ que les taxes sur les produits associés au mode de vie, ou « taxes sur le péché » sont généralement controversées, comme le souligne Sassi (2010). Certains individus ressentent ce type de taxes comme une interférence abusive avec leurs choix individuels ou encore, ils considèrent que les gouvernements profitent des comportements répréhensibles. En outre, les taxes à la consommation sont

généralement inéquitables. Pour la plupart des produits associés à un mode de vie potentiellement nocif pour la santé, leur consommation se concentre généralement dans les milieux moins aisés.

« En conséquence, cette fiscalité pèse plus lourdement sur les revenus des plus défavorisés. »
(Sassi, 2010, pp. 166-167)

De plus, quand les prix sur un marché sont maintenus artificiellement à un niveau élevé par la taxation, on voit émerger des commerces parallèles ou de la contrebande. Les gouvernements doivent alors y répondre par la réglementation ou la répression.

Il faut aussi considérer que l'élasticité des prix limite en bonne partie les actions que nous pouvons entreprendre par le biais de la taxation pour changer des comportements. Comme le rapporte Sassi (2010, p. 166)

« Parmi les produits associés au mode de vie, on sait que la demande de cigarettes est, de manière générale, inélastique (Gallet et List, 2003), mais avec des différences entre les catégories sociales (Townsend et al., 1994 ; Madden, 2007). La demande de boissons alcooliques a généralement une élasticité d'environ -1 (ni élastique ni inélastique) (Fogarty, 2004; Gallet, 2007). La demande de produits alimentaires est, de manière générale, plutôt inélastique, mais la demande de produits alimentaires particuliers peut être assez élastique en raison de la disponibilité possible de substituts. »

Ainsi, on peut penser que la présence de produits substitués accessibles et abordables est à la clé du succès d'une stratégie de taxation favorisant la santé publique. À ces conditions, André-Pierre Contandriopoulos n'est pas contre : *« À condition qu'il y ait de l'approvisionnement en bonne nourriture qui soit disponible partout. Parce que, si tu taxes la malbouffe [...], c'est en grande partie les pauvres qui vont être taxés. Les produits sains sont accessibles dans les endroits riches et ils ne sont pas accessibles dans les endroits pauvres. Là encore, on essaie de mettre en place une mesure simple à un problème complexe. »* Ainsi, si on allait du côté de la taxation, il faudrait nécessairement y associer une stratégie particulière pour rendre les produits choisis substitués plus sains accessibles à un coût abordable.

En ce qui a trait à une surtaxe aux produits de consommation néfastes pour la santé, à priori, Pierre Lavoie est contre. Par contre, il est favorable à une seule condition : *« Que l'argent récupéré soit réinvesti en prévention. Dans les programmes d'éducation et de prévention. »* En d'autres termes, si cet argent sert à rembourser la dette ou à investir davantage dans tout le volet curatif de notre système de santé et de services sociaux, M. Lavoie n'est pas pour de telles mesures.

[Incitatifs pour une plus grande activité physique](#)

Nous avons aussi sondé les Québécois sur leur opinion à l'égard de l'implantation de mesures d'encouragement aux pratiques favorisant la santé. La Figure 40 présente les résultats obtenus.

FIGURE 40 : OPINION À L'ÉGARD DE L'IMPLANTATION DE MESURES D'ENCOURAGEMENT AUX PRATIQUES FAVORISANT LA SANTÉ

	TOTAL	SEXE		ÂGE			REVENU-MÉNAGE				
		HOM	FEM	18-34	35-54	55+	- 40M\$	40-60M\$	60-80M\$	80-100M\$	100M\$ +
(% Total favorable : Tout à fait + plutôt favorable)	n= 1000	500	500	254	355	391	191	156	146	128	211
L'inscription au gym ou à des activités sportives	84	84	83	90	85	79	82	82	83	86	88
L'inscription à des événements sportifs populaires (ex. : Course à pied, vélo, triathlon, etc.)	81	83	80	86	83	77	80	78	85	80	85
L'achat de certains équipements sportifs (ex. : vélo, machines d'entraînement, équipement de hockey, etc.)	77	80	75	82	77	74	75	76	79	73	85

Concernant les mesures d'encouragement, nous avons questionné les répondants à propos de leur accord par rapport à une subvention ou à un crédit d'impôt pour l'inscription à un centre sportif ou des activités sportives (84 %), à des événements sportifs (81 %) ou encore à l'achat d'équipement sportif (77 %).

En ce qui a trait aux mesures d'encouragement, M. Pierre Lavoie souhaiterait que les entreprises du Québec aient à payer une ``taxe santé`` de 3 % de leur masse salariale, pour laquelle ils pourraient être crédités si ce montant est investi dans la santé de leurs employés : « *L'État, par des crédits, pourrait donner le droit aux entreprises de se prévaloir de ce 3 %, si cet argent est investi dans la santé de leur employé, par exemple en leur donnant accès à des douches, en finançant des abonnements au gym, en finançant leur participation à des événements sportifs, etc.* »

La santé publique : une vision systémique s'impose

Ces questions sur la taxation et sur les crédits d'impôt aux particuliers pour favoriser une plus grande activité physique furent bien certainement une amorce pour les groupes de discussion afin d'aborder plus largement la place de la prévention dans notre système de santé et de services sociaux. Nos participants se sont d'abord désolés de la faible place des enjeux de santé publique dans les efforts que nous déployons en santé. Voici quelques citations qui cadrent la portée des débats riches et porteurs que nous avons accueillis lors de la tenue de ces événements à HEC Montréal :

« [Selon] l'OMS, avec son concept de déterminant de la santé, le système de santé ne détermine qu'à 10 % [...] la santé des individus. Il y a une série d'autres facteurs qui déterminent la santé des individus. [Le rôle du système de santé] est marginal, mais en même temps ça occupe tout l'espace. » (Innovation – Experts)

« La prévention, c'est l'argent pour le futur. Si on n'en fait pas, on aura éventuellement des malades dont on ne pourra pas s'occuper. » (Fournisseurs variés)

« [En] Finlande, en matière de promotion des saines habitudes de vie, ils se sont donnés 20 ans et les résultats ne sont rien de moins que spectaculaire. C'est en prévention, promotion, santé. » (Innovation – Experts)

Ils ont aussi déploré la prise de contrôle du curatif dans l'organisation des soins et services. *« Ce qui est fascinant, c'est qu'on a fait l'adéquation entre santé et système de santé. » (Innovation – Experts)* Mais du même souffle reconnu que les déterminants de la santé sont plus vastes et le fruit d'une collaboration entre différents ministères, organismes et acteurs du secteur public, parapublic et de la société civile dans son ensemble. *« La santé, c'est global, ça commence à l'école.*

Il y a eu des coupures majeures dans les cours d'éducation physique, les enfants marchent très peu pour aller à l'école, et les initiatives citoyennes sont marginales. » (Innovation – Experts)

Un des intervenants dans le groupe des experts soutient que les solutions de taxation ou d'incitatifs ne sont possiblement pas celles qui donneront les meilleurs résultats en matière de promotion de la santé. En particulier, l'argent dépensé pour financer un programme de soutien à l'activité sportive par des crédits d'impôt ou des incitatifs à l'achat d'équipement pourrait être bien mieux investi dans un programme plus ciblé sur les milieux de travail :

« Je pense [...] que les gens ne font pas la bonne équation. 4 ou 5 heures d'activité physique par semaine, sur les 116 que vous êtes éveillé, ce n'est pas un gros pourcentage d'augmentation d'activité du métabolisme. Le problème dont on ne parle pas, c'est la sédentarité au travail. C'est énormément de choses. Moi je préfère avoir dans mon bureau un éboueur qui ne fait pas d'activité physique que quelqu'un qui travaille comme informaticien et qui fait 5 heures d'exercice par semaine. L'éboueur va être en bien meilleure condition physique. [...] Être assis 8 h sur une chaise à travailler à l'ordinateur est un passeport pour avoir une hernie discale cervicale ou lombaire, de l'obésité, du diabète et tout ça. Je veux bien qu'on taxe les boissons énergisantes, c'est gentil, mais je pense que le problème principal n'est pas adressé et c'est véritablement la qualité de l'environnement de travail en termes d'activité. » (Innovation – Experts)

Par ailleurs, des échanges intéressants ont été entendus à propos de cet effet systémique des efforts des différents acteurs, en particulier ceux des secteurs municipal et provincial pour réduire les problèmes respiratoires : *« Si les gens ne vivaient pas dans des logements insalubres, il n'y aurait pas de problèmes d'asthme, ils n'iraient pas à l'hôpital nécessairement... Santé, services sociaux et environnement, c'est relié. » (Innovation – Experts)* Un autre participant au même groupe enchaîne : *« ...et ils ne vivraient pas dans des logements insalubres s'ils avaient de l'éducation, un emploi, et une certaine forme de richesse. » (Innovation – Experts)*

Cette idée d'une santé populationnelle issue d'une vision systémique a fait vraiment consensus dans les groupes de discussion. Cependant le corolaire qui découle de cette vision est qu'il faut se concerter entre les acteurs et décentraliser l'action pour aller rejoindre les populations dans leur environnement bâti, dans leur univers social et dans leur milieu de travail ou d'étude.

- Sur l'importance de travailler en collégialité et proche des milieux d'intervention :

« La santé, c'est plus large qu'un système de santé. Il faut le prendre du début du spectre jusqu'à la toute fin. La réforme ne se fait pas par des gens dans un bureau à Québec, ça doit se faire en collégialité. » (Innovation – Experts)

« [Le cas de la Finlande] démontre la subsidiarité, donc de redonner le pouvoir à ceux qui sont le plus près du milieu d'intervention. En ce moment au Québec, on est exactement aux antipodes de ça. On s'en va dans un mur. » (Innovation – Experts)

- Sur l'importance de commencer très tôt et le levier fondamental de l'éducation :

« La Finlande a fait un travail remarquable sur la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. Évidemment, si on veut penser faire une réforme de la santé au Québec, ça ne passe pas par le ministère de la Santé. Ça passe par l'éducation, ça passe éventuellement par l'environnement de travail aussi. Et oui, la nutrition c'est bien, mais en gros, un des volets qui est très important, mais négligé, c'est au niveau des jeunes et leur éducation aux saines habitudes. Il faudrait qu'on leur apprenne ce qui est bon pour leur santé, qu'il les mobilise (les cours d'éducation physique sont super importants) et que, au niveau du travail on développe éventuellement, une promotion pour la mobilisation des gens. Je crois que l'approche doit être beaucoup plus globale. » (Innovation – Experts)

- Sur l'importance des dimensions sociales dans la santé globale des populations :

« L'OMS de plus en plus, dans ses réflexions autour de ce qu'on qualifie de bonne santé a un nouvel indicateur qui prend la couleur rouge parce qu'il est sous-estimé, c'est la dimension grégaire de l'individu ou, si vous préférez, la dimension sociale. De plus en plus, la santé, ce n'est pas de bien manger et de faire de l'activité physique, mais aussi d'avoir un réseau social qualifiant et stimulant. On parle d'implication bénévole et de réseaux sociaux comme facteur de santé des personnes âgées. Il faut trouver un espace pour valoriser cette implication et ce développement de réseau pour briser l'isolement social. » (Innovation – Experts)

Pertinence et efficacité des politiques de santé publique

Les échanges à propos des enjeux de santé publique ont été particulièrement nourris dans le groupe de discussion qui rassemblait des experts et des innovateurs. Sans surprise, plusieurs des commentaires recueillis font écho aux résultats de recherche disponibles; cette cohorte étant particulièrement au fait des évidences de recherche et des pratiques à travers le monde. À ce propos, Sassi (2010) rappelle que beaucoup de gouvernements ont commencé à élaborer des normes et lignes directrices nutritionnelles

bien avant que l'obésité ne devienne une préoccupation majeure de santé publique, et ils intensifient maintenant leurs efforts pour promouvoir une culture de l'alimentation saine et de l'activité.

En soutien au scepticisme de nos participants sur l'efficacité des incitatifs à l'activité physique pour soutenir une meilleure santé populationnelle, mentionnons que, selon l'OCDE qui a réalisé une enquête en 2008 sur les politiques nationales visant à lutter contre les mauvais régimes alimentaires et les modes de vie sédentaire, une grande majorité des initiatives déclarées par les pays visent à améliorer les régimes alimentaires plutôt qu'accroître l'activité physique (Sassi, 2010). Les politiques de promotion de l'activité physique seraient plus souvent poursuivies au niveau local ou communautaire. On dénombrerait aussi un certain nombre de pays qui ont adopté des stratégies complètes de promotion de la santé au niveau national qui incluent effectivement des actions visant à accroître l'activité physique.

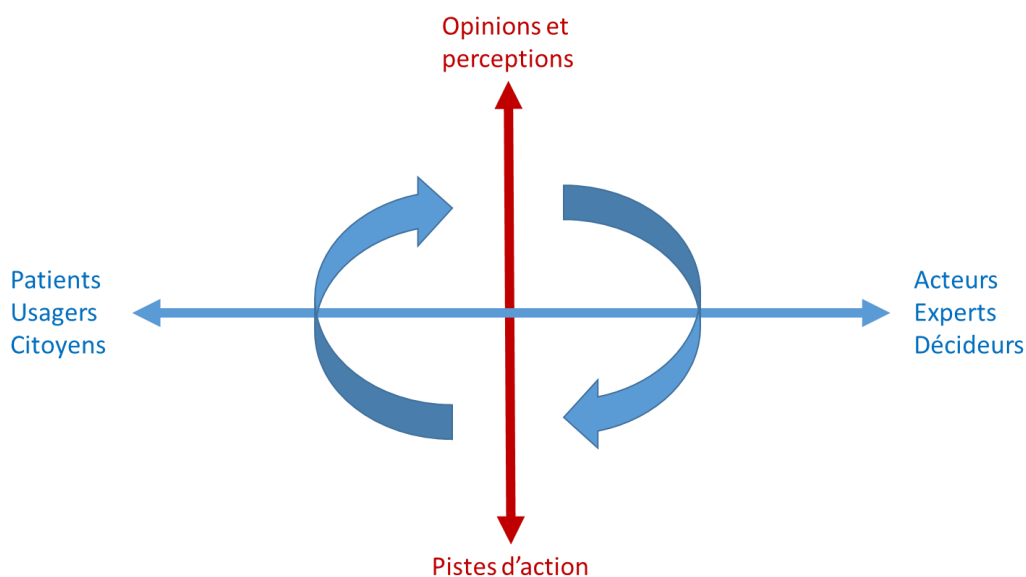
« Dans la plupart des cas, ces interventions sont conduites ou coordonnées par les ministères de la Santé, même si elles font souvent intervenir d'autres administrations (éducation, agriculture, industrie, transports, sports) et sont souvent mises en œuvre à l'extérieur des frontières traditionnelles du secteur de la santé. Ces initiatives comportent souvent l'élaboration, la diffusion et la promotion de lignes directrices nutritionnelles. » (Sassi, 2010, p. 169)

Bien que beaucoup de gouvernements de l'OCDE utilisent les taxes et les exemptions fiscales, notamment sur les marchés des produits alimentaires, depuis un certain temps, Sassi rapporte aussi que les mesures qui interfèrent peu avec la volonté des individus seraient les mesures les plus efficaces. Ainsi, interdire complètement quelque chose ou obliger une pratique (par exemple le port obligatoire du casque à vélo) serait globalement moins efficace que la promotion de saines pratiques.

Conclusion

Cette recherche est le fruit d'une mobilisation de plusieurs artisans du réseau de la santé et de la société civile, tous motivés à doter le Québec d'un système de santé apte à relever les défis démographiques, économiques et technologiques auxquels nous faisons et ferons face dans les années à venir. Nous voulions d'abord dresser un portrait de la situation mais aussi identifier et structurer des pistes d'actions porteuses pour épouser les défis d'aujourd'hui et ceux de demain.

L'équipe du Pôle santé a travaillé sur deux axes orthogonaux pour aborder la situation. Sur le premier axe, nous avons bien entendu voulu d'une part, dresser un constat de la situation et sonder les opinions et perceptions. D'autre part, une telle étude est stérile si elle ne mène pas à l'identification de pistes d'actions. Ainsi, à l'autre bout de cet axe, nous avons ouvert la discussion sur les solutions et les actions concrètes à entreprendre. La littérature est venue solidifier l'expression des solutions avancées.



Sur l'autre axe, nous avons d'abord sondé les principaux intéressés, c'est-à-dire les patients, les usagers et les citoyens pour connaître leurs opinions et leur vision d'un système performant. Puis, à l'autre extrême, nous avons sondé les acteurs du système, ceux qui gèrent les établissements privés et publics, les innovateurs, les professionnels et ceux qui ont un pouvoir d'influence et un périmètre d'action dans notre réseau. Cette vision sur 360° nous a permis de jeter un regard lucide sur le système et son fonctionnement mais aussi de dégager les actions à entreprendre tout en mobilisant une panoplie d'acteurs dans cette vaste aventure.

Cette démarche fut menée en trois temps :

- Un sondage CROP sur la perception et les opinions des Québécois à l'égard de leur réseau de santé;
- Une consultation des acteurs de la santé sous la forme de groupes de discussion;

- Et finalement, des entrevues individuelles avec des intervenants clés et des experts.

À chaque étape, nous avons stimulé la réflexion avec les résultats obtenus dans les phases précédentes. Ce protocole nous a permis de voir poindre une convergence réelle sur les maux de la santé mais aussi sur une vaste gamme de solutions à envisager.

Clairement, les points de tension perçus des usagers du système autour de l'accès et des embuches du parcours patient ont été validés par les acteurs et les experts du réseau rencontrés. Le portrait est triste mais il est lucide. Les Québécois n'ont pas le système qu'ils souhaitent et les services qu'ils sont en droit de recevoir.

Malgré la mosaïque variée de personnes rencontrées dans le cadre des rencontres de groupe et des entrevues individuelles, des convergences importantes ont été constatées lorsque vient le temps d'identifier les grandes variables de gouvernance qui expliquent les lacunes constatées du système. Les thèmes de la centralisation, de la complexité, de la qualité, de l'accès et de la diffusion de l'information sur la performance du système, de la collaboration interprofessionnelle, des incitatifs et de la rémunération ont largement mobilisés les débats. Aussi, il appert par cette recherche que l'information concernant les bons coups, les innovations et les améliorations de performance, notamment au sujet des délais d'attente et de l'accès aux médecins, n'est pas suffisamment diffusée auprès de la population et qu'un travail important de communication doit être mis en branle.

La livraison mixte des services a aussi été reconnue comme une piste à mieux exploiter, notamment pour offrir le choix souhaité par la population, quand vient le temps de consommer des services. La littérature et les expériences de par le monde sont par ailleurs abondantes sur ces sujets et viennent appuyer les avis recueillis. Bref, nous savons quels sont les principaux problèmes de notre système et nous connaissons assez largement les meilleures pratiques pour baliser la gouvernance efficace du réseau. Alors, pourquoi ne pas les appliquer?

Historiquement, nos initiatives pour aller dans le sens souhaité ont souvent été timides, les parcours ont été semés d'embuches et les tentatives de réformes sont souvent mortes dans l'œuf avant d'avoir été mises en œuvre. Nos groupes de discussion ont d'ailleurs mis à jour beaucoup de freins structurels et historiques à nos difficultés à amender le système.

D'abord les dispositions de la Loi canadienne sur la santé et les ententes cadres avec les médecins pour leur rémunération limitent grandement la capacité de réforme de la gouvernance. Par ailleurs, la politisation du réseau de santé et les rigidités administratives (financement historique par budget annuel, règles d'approvisionnement du plus bas soumissionnaire conforme, etc.) ont été identifiées comme des freins majeurs à la capacité du réseau à se moderniser et à surmonter la bureaucratie qui le caractérise aux yeux des citoyens et de ses usagers. Le consensus s'est aussi dégagé sur les rigidités syndicales et sur le corporatisme des ordres professionnels et des fédérations qui minent la capacité à collaborer et à travailler efficacement sur des continuums de soins et à offrir les services autrement.

Tous nos intervenants se sont aussi entendus sur la piètre qualité de l'information médicale, de gestion et de performance échangée au sein du réseau mais aussi avec les citoyens et les patients. À la fois perçue comme un frein mais aussi comme LE premier pas à franchir pour favoriser la transformation du réseau, l'accessibilité de l'information et la décision éclairée ont été exprimées avec force dans nos rencontres. Dans la foulée, nous avons aussi constaté l'utilisation anémique des technologies de l'information et des communications pour répondre aux besoins du patient dans un format convivial et pertinent pour lui.

Il appert aussi que l'équilibre entre, d'une part, le curatif et, d'autre part, la prévention et la promotion de la santé est aussi à repenser. L'importance de l'investissement en amont sur les déterminants de la santé s'est imposée dans les rencontres de groupes et a été appuyé fortement par certains des leaders d'opinion que nous avons rencontrés. À ce sujet, l'éducation semble une voie porteuse pour corriger les maux de notre système, en limitant son utilisation de par une population qui prend en charge sa propre santé et qui est ainsi... plus en santé!

En guise de conclusion, il nous apparaît important de compléter cette recherche par un appel à l'action. Bien que les idées présentées dans ce rapport ne sont pas neuves et qu'elles ont été avancées et commentées par plusieurs sources au Québec et ailleurs. L'originalité de cette recherche est d'en avoir dressé un portrait intégré et d'avoir identifié des lignes de forces qui rassemblent au lieu de polariser. En effet, chaque groupe de travail, chaque fédération ou chaque commission a pris des enjeux sous des angles spécifiques. Pour reprendre une analogie populaire, on touche tous l'éléphant à des endroits différents et on y va de notre interprétation et de nos recommandations morcelées et parcellaires. Cette recherche a permis de rassembler des acteurs de tous les horizons et de dégager des consensus forts sur des éléments de solution structurants. Il ne s'agit plus d'opinions mais bien maintenant d'une volonté collective d'agir qui se dessine. Le statut quo n'est ni souhaité, ni souhaitable !

Forts de cette légitimité, nous proposons donc, à la conclusion de cette recherche, un appel puissant à repenser le système de fond en comble. Il ne s'agit cependant pas d'un plaidoyer contre la réforme en cours présentement. Pour plusieurs des éléments mis de l'avant par le MSSS, il y a du bon à dire et ces pièces maîtresses pourraient construire avec solidité notre nouveau système. Cependant, il nous apparaît important de développer une vision intégrée et de conceptualiser de façon holistique le système idéal, non pas en ajoutant des rustines ici et là, mais bien aussi en revoquant les pierres de ses fondements.

Entre autres, il faut repenser la dynamique de pouvoir et redonner les clés de la gouvernance aux citoyens. Ils ont le droit et la responsabilité de prendre des décisions éclairées sur leur avenir et la consommation de leurs soins, dans le respect de leurs valeurs. Pour ce faire, le système ne peut plus agir de façon paternaliste et tenir dans l'obscurité des citoyens sur les coûts et la performance des services offerts.

Depuis 1966, où les principes fondateurs de la Loi canadienne sur la santé ont été jetés et les bases de la rémunération médicale fixées, le Québec ne s'est pas autorisé à effectuer une réflexion de fond et de repenser le système sur la base des connaissances et expériences que nous avons acquises sur le fonctionnement des meilleurs systèmes dans le monde.

Nous avons dégagé beaucoup de pistes d'action dans ce rapport mais avec humilité nous reconnaissons qu'il nous reste à faire le design intégral du système à venir. C'est sur cette piste que nous nous lançons en proposant une réflexion collective sur le système de santé qui nous convient à tous. C'est à partir de cette vision que nous pourrons tracer avec efficacité les étapes d'une réforme en profondeur du réseau, ce qui est essentiel si nous souhaitons réellement améliorer notre système de santé

Références

- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* Ottawa: ICIS.
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Prévention de maladies chroniques Plan stratégique 2013-2016*.
- AMC. (2016). *Les modes de rémunération*. Récupéré sur CMA.ca: <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/chap-1-f.pdf>
- AQESSS. (2014). *Bilan des rendez-vous nationaux sur l'avenir du système public de santé et de services sociaux*.
- Assemblée Nationale. (2006). *Projet de loi 33: loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec.
- Barua, B., Timmermans, I., Nason, I., & Esmail, N. (2016). *Comparing Performance of Universal Health Care Countries, 2016*. Fraser Institute.
- Benomar, N., Castongay, J. J.-H., & Lespérance, F. (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec*.
- Benomar, N., Castongay, J., Jobin, M.-H., & Lespérance, F. (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec*. Montréal: CIRANO – Pôle santé HEC Montréal.
- Benomar, N., Castongay, J., Jobin, M.-H., & Lespérance, F. (2017). *Politiques favorables à l'innovation en santé*. CIRANO – Pôle santé HEC Montréal.
- Blomqvist, Å., & Busby, C. (2015). *C.D. Howe Institute Commentary No.420: Rethinking Canada's Unbalanced Mix of Public and Private Healthcare: Insights from Abroad*.
- Boyчук, G. W. (2008). *The Regulation of Private Health Funding and Insurance in Alberta Under the Canada Health Act: A Comparative Cross-Provincial Perspective*. Calgary: The School of Policy Studies.
- Brimacombe, G. G., Antunes, P., & McIntyre, J. (2001). *The Future Cost Of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability*. Conference Board of Canada.
- CIRANO - Nathalie De Marcellis-Warin et Ingrid Peignier. (2017). *Perception des risques - Baromètre Cirano 2017*. Montréal: Presses internationales Polytechnique.

- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., & Fortin, B. (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030: projections et déterminants*. Montréal: CIRANO.
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers No. 15. OECD Publishing. Récupéré sur <http://dx.doi.org/10.1787/527211067757>
- Commissaire à la Santé et au Bien-être. (2015). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois*. Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*. Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). *La performance du système de santé et de services sociaux 2016*. QUÉBEC: CSBE.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016-2). *Apprendre des meilleurs: étude comparative des urgences du Québec*. Gouvernement du Québec.
- Conseil de la santé et du bien être . (2002). *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*.
- Conseil Médical du Québec. (1999). *L'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé*.
- Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). *Mirror, mirror on the wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. The Commonwealth Fund.
- Denis, J., & Pomey, M.-P. (2017). *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*. Québec: FRSCQ. Récupéré sur http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_annexes_Remuneration-medicale.pdf/f6f6be0c-8ee5-421e-ae5c-c48006c65ddd
- Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C., & Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Volume 2*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- FHF. (2015, avril 07). *Les tarifs et remboursements*. Récupéré sur [Hôpital.fr: http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-tarifs-et-remboursements](http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-tarifs-et-remboursements)
- Flood, C. M., & Archibald, T. (2001). The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 825-830.
- Fournier, C., & Murphy, M. (2016). *L'autogestion des maladies chroniques, l'état de santé et l'utilisation services hospitaliers: exploration de données d'enquêtes populationnelle*. Institut de la statistique du Québec.

- Godbout, M. (2016, octobre 17). *Cliniques médicales : des centaines de millions de dollars dont Québec ne peut suivre la trace*. Récupéré sur radio-canada.ca: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/809059/cliniques-medicales-majoration-medecins-quebec-problemes-transparence>
- Goldratt, E. M., Cox, J., & Whitford, D. (2004). *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*. North River Press Publishing.
- Guénette, J., & Frappier, J. (2013). *La médecine privée au Québec*. Montréal: Institut Économique de Montréal.
- Health Policy Monitor. (2007). *Extended free choice of hospital - waiting time*. Récupéré sur Health Policy Monitor.org: http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-_Denmark/10/Extended_free_choice_of_hospital_-_waiting_time.html
- Hébert, G. (2016). *La rémunération des médecins québécois*. IRIS.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance through better Care Coordination*. OECD Health Working Papers , No. 30 . OECD Publishing. Récupéré sur <http://dx.doi.org/10.1787/246446201766>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*. Ottawa: ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*. Ottawa, ON: ICIS.
- Institut canadien de l'information sur la santé. (2016). *Infographie: profil des médecins au Canada, 2015*. Récupéré sur Cih.ca: https://www.cih.ca/sites/default/files/infographic_physicians_2015_fr_web.pdf
- Jacinthe, T. (2008, 11 12). La CSST, acheteur no1 de soins privés au Québec. *Le Devoir*. Récupéré sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/215606/la-csst-acheteur-no1-de-soins-privés-au-quebec>
- Jobin, M.-H., & Fortin, A.-H. (2016). *Conditions de succès et obstacles aux collaborations public-privé en santé au Québec*. Montréal: Pôle santé HEC Montréal.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015, April). The Patient-as-Partner Approach in HealthCare: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4).
- Kirby, M. (2002). *The Health of Canadians – the Federal Role*.
- Labrie, Y. (2015). *L'arrêt chaoulli et les réformes en santé : un rendez-vous manqué?* Montréal: Institut Économique de Montréal.

- Labrie, Y. (2015). *L'autre système de santé: quatre domaines où le secteur privé répond aux besoins des patients*. Montréal: Institut Économique de Montréal.
- Lacoursière, A. (2017, janvier 31). *Médecins: un mode de rémunération «sous-optimal*. Récupéré sur LaPresse.ca: <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201701/31/01-5064809-medecins-un-mode-de-remuneration-sous-optimal.php>
- Méthot, D. (2016). *La mixité public / privé dans les systèmes de santé au Québec et des pays occidentaux*. Cossette Lab.
- Ministère des Finances du Québec. (2016, décembre). Récupéré sur Finances Québec: <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/index.asp>
- MSSS. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec.
- MSSS. (2014, 09 25). *Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux*. Récupéré sur Réforme du réseau de la santé et des services sociaux - Le patient au centre de nos décisions: <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=809>
- MSSS. (2015). *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec .
- MSSS. (2015). *Projet de loi no 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec, Québec, Canada: Assemblée Nationale.
- MSSS. (2015, 02 12). *Réorganisation du réseau*. Récupéré sur MSSS: <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>
- MSSS. (2016). Récupéré sur http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf
- MSSS. (2016, décembre 14). *Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux*. Récupéré sur MSSS: <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1227>
- MSSS. (2016, Juillet 6). *Le ministre Barrette lance l'appel d'offres ayant pour objectif de déterminer le coût par parcours de soins et de services dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Récupéré sur Communiqué de Presse du Ministère de la santé et des services sociaux: <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1148>
- MSSS. (2017, janvier 26). *Soins et services*. Récupéré sur MSSS: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/frais-accessoires/>
- Nantel, J. (2016). *Présentation au colloque Santé au Pluriel*. Montréal.
- OCDE. (2011). *Un nouveau regard sur les systèmes de santé de l'OCDE : typologie, efficacité et politiques. In Réformes économiques 2011 : Objectif croissance* . OCDE.

- OECD. (2011). Comment les infrastructures nationales d'information sur la santé peuvent-elles améliorer la mesure de la qualité des soins ?". Dans *Améliorer la performance des soins de santé: Comment mesurer leur qualité*. Paris: OECD Publishing,.
- OECD. (2011). *Comment les infrastructures nationales d'information sur la santé peuvent-elles améliorer la mesure de la qualité des soins ?". Dans Améliorer la performance des soins de santé: Comment mesurer leur qualité*. Paris: OECD Publishing.
- Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Sarnak, D. O., & Schneider, E. C. (2016, Novembre). In New Survey of 11 Countries, U.S. Adults Still Struggle with Access to and Affordability of Health Care. *Health Affairs*.
- Papin, F. (2017, février 1). *Les modes de rémunération ne sont pas un problème, le manque de régulation, si*. Récupéré sur ProfessionSanté: Damien Contandriopoulos, Institut de recherche en santé publique : <http://www.professionsante.ca/medecins/actualites/enjeux/les-modes-de-remuneration-ne-sont-pas-un-probleme-le-manque-de-regulation-si-41220>
- Papin, F. (2017, février 01). *Rémunération des médecins: changer l'équation*. Récupéré sur Professionsanté.ca: <http://www.professionsante.ca/medecins/actualites/remuneration-des-medecins-changer-lequation-41222>
- Paulus, R. A., Davis, K., & Steele, G. D. (2008). Continuous Innovation In Health Care: Implications Of The Geisinger Experience. *Health Affairs*, 27(5), pp. 1235–1245. Récupéré sur <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1235>
- Pomey, M.-P., Bernier, M., & Denis, J.-L. (2016). Les modes de rémunération des médecins pour accroître la performance : quelles leçons pour le Québec? *Le Point en santé et services sociaux*, 11(4), 37-42.
- Pomey, M.-P., Bernier, M., & Denis, J.-L. (2016). Les modes de rémunération des médecins pour accroître la performance : quelles leçons pour le Québec? *Le Point en santé et services sociaux*, 11(4), 37-42.
- Portail Québec. (2015, mai 6). *Fil d'information - Exode des médecins vers le privé - « Les effets pervers des quotas imposés dans le projet de loi 20 se font déjà sentir »* . Récupéré sur PORTail Québec: <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2305061549>
- Porter, M. E. (2009). A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. . *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 361(2), pp. 109–112.
- Régie d'Assurance Maladie du Québec. (2017, 02 21). *Assurance Médicament*. Récupéré sur Régie d'Assurance Maladie du Québec: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/Pages/assurance-maladie.aspx>
- Rochon, M. (2012, novembre 13). *Radiologistes au Québec : rémunération moyenne de 527 000 \$*. Récupéré sur Radio-Canada.ca: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/587255/sante-salaires-medecins>

- Rochon, M. (2017, février 02). *Des médecins millionnaires... à vos frais*. Récupéré sur Radio-Canada: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1014346/medecins-millionnaires-institut-oeil-laurentides-quebec-ophtalmologiste>
- Romanow, R. J. (2002). *Building on values : the future of health care in Canada*.
- Roy, M. (2016, septembre 21). *Un chirurgien millionnaire gonfle ses revenus en profitant du système*. Récupéré sur Radio-Canada.ca: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/804324/remuneration-medecins-specialistes-issam-el-haddad-abitibi-la-sarre>
- Roy, M. (2017, février 02). *Voici pourquoi des médecins peuvent facilement abuser des fonds publics*. Récupéré sur Radio-Canada: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1014372/pourquoi-medecins-peuvent-abuser-systeme-quebec>
- Sampieri-Teissier, N., & Sauviat, I. (Octobre 2001). Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client. *Séminaire du RECEMAP*. Rouen.
- Sassi, F. (2010). *L'obésité et l'économie de prévention : Objectif Santé*. OCDE.
- Sassi, F. (2010). *L'obésité et l'économie de prévention : Objectif Santé*. OECD Publishing.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Taylor, M. G. (1978). *Health Insurance and canadian public policy: the seven decisions that created the Health Insurance System and their outcomes*. Montreal & Kingston: McGill - Queen's University Press.
- Wing, P. C. (1997). Patient or client? If in doubt, ask. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 287-289.
- Young Foundation. (2011, (December), 78.). *NHS chief executive's review of innovation in the NHS Summary of the responses to the Call for Evidence and Ideas*.

Remerciements

Le Pôle santé HEC Montréal tient à remercier tous les participants aux groupes de discussion qui ont accepté d'offrir de leur temps pour partager généreusement leurs réactions, leurs préoccupations et leurs idées, à chaud. Certains ont accepté d'être nommés, d'autres ont choisi l'anonymat. Merci à :

Paul Arbec	Jean Lacharité
Véronique Bastien	Alexandre Lalancette
Anne Beauchamp	Johanne Lapointe
Valérie Bellavance	André Lemieux
Emmanuelle Belleau	François Lemoyne
Claude Belley	Chantale Lessard
Luc Bessette	Richard Lessard
Pierre Blain	Michel Limoges
Bertrand Bolduc	Eric Litvak
Érik Bouchard-Boulianne	France Mailhot
Christian Campagna	Hélène Marcoux
Claude Champagne	Lyne Marquis
Ghislaine Cleret de Langavant	Lisa Massicotte
Philippe Crevier	Claire Montour
Lise Denis	Josée Morin
Francis Desjardins	Monique Nadeau
Chantal Dubuc	Denis Pelletier
Arnaud Duhoux	Johanne Pratte
Jean-Marc Dumas	Sophie Quevillon
Jean-François Fortin Verreault	Normand Rinfret
Jean-Pierre Girard	Claude Rivard
Julie Grenier	Vincent Simonetta
Gérald Hubert	Ruth Vander Stelt
Martin Juneau	Geneviève Verrier
Lucie Labbé	Ainsi que tous les autres.

Nous remercions aussi chaleureusement les personnes qui ont été rencontrées en entrevue individuelle pour approfondir certains sujets :

- André-Pierre Contandriopoulos, professeur émérite en administration de la santé
- Robert Ouellet, radiologue et ancien président de l'Association Médicale du Québec et du Canada
- Jacques Nantel, professeur émérite au département de Marketing à HEC Montréal
- Benoit Morin, président directeur général (PDG) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Pierre Lavoie, cofondateur du défi Pierre Lavoie
- Denis Roy, vice-président science et gouvernance clinique à l'INESSS

- Dre Diane Francoeur, présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Dr Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Dr Philippe Karazivan, Directeur et Alexandre Berkesse, conseillère sénior de la Direction collaboration partenariat patient
- Un expert anonyme