

# La performance du secteur de la santé: le rôle de la flexibilité

Ali Béjaoui Ph.D  
Université du Québec en Outaouais et CIRANO

# La performance, à quel coût?

- + *«Une soixantaine d'examens diagnostiques, principalement pour le cancer (Tep-CT), ont dû être annulés au cours des deux dernières semaines au pavillon de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) » La Presse, 04 octobre 2011*
- + *«Ces annulations sont directement liées au départ de quatre spécialistes qui digèrent mal la fusion de leur service avec la radiologie, La Presse, 04 octobre 2011*
- + *«les patients sont en quelque sorte «laissés à eux-mêmes» et doivent chercher à passer leur examen dans d'autres hôpitaux, ou dans le privé», La Presse, 04 octobre 2011*
- + *«À la direction du CHUM, on a déjà indiqué à La Presse que la décision de fusionner les deux services visait «le bénéfice des patients». Dans le futur CHUM, il y aura trois appareils pour la tomographie par émission de positrons (Tep-CT), ainsi qu'un centre intégré de cancérologie», La Presse, 04 octobre 2011*
- + *«Le président de l'Association canadienne de médecine nucléaire, le Dr Norman Laurin, il est clair que cette «désaffection» résulte de la «tutelle hostile» imposée par la direction. «C'est aberrant, ce qui se passe. Tout ça découle du refus de la direction de nommer un spécialiste en médecine nucléaire à titre de chef de service. Dans les hôpitaux anglophones, les services son fusionnés et ça fonctionne bien. Mais il faut souligner que ça fonctionne bien parce que les chefs sont indépendants et qu'ils ont leur propre budget pour l'équipement et le reste.» , La Presse, 04 octobre 2011*

# Plan de la présentation

- + Le contexte
- + Les défis
- + Le rôle de la flexibilité
- + Le cas de la flexibilité fonctionnelle.
- + Conclusion

# Le contexte: Canada

- + Au Canada, les dépenses en santé sont estimées à 191,6 milliards de dollars en 2010. Soit 5 614 \$ par habitant
- + Ces dépenses représentent 11,7% du PIB
- + Autour de 70% des coûts sont assurés par le secteur public
- + La destination des dépenses:
  - + Les hôpitaux: 28,9%
  - + Les médicaments: 16,3 %
  - + Les médecins: 13,7 %

*Source: Institut canadien d'information sur la santé*

# Le contexte: Au Québec

- + Les dépenses en santé au Québec s'élevaient à 38,1 milliards de dollars en 2009 (soit 12 % du PIB)
- + Les dépenses en santé comptent pour 45 % des dépenses de programmes en 2010-2011 (comparé à 31% en 1980)
  - + Les dépenses en éducation (2<sup>e</sup> poste budgétaire) comptent pour 14,8 %
- + Depuis 2003-2004, le secteur de la santé a accaparé 54 % de l'augmentation des dépenses de programmes.
- + Un secteur qui emploie 400 000 personnes (dont 70 % au système public)

*Source: Budget 2010-2011*

# Les défis

- + À l'instar des autres provinces et pays, le système de santé Québécois doit faire face à un vieillissement de la population
- + Les personnes âgées de 65 ans ou plus, qui représentaient 15,4 % de la population en 2010, représenteraient 25,6 % en 2031.
- + Cette tendance, conjuguée à un endettement du gouvernement, a remis la performance du secteur de la santé en avant scène.
- + Le vieillissement de la population affecte le secteur de la santé, non seulement en tant que premier bénéficiaire du financement public, mais aussi comme un employeur de taille.

# Le rôle de la flexibilité

- + La flexibilité pourrait améliorer la performance du secteur de la santé, dans la mesure où:
  - + Caractère imprévisible de la demande (quantité et qualité)
  - + Vieillesse de la population et nature des soins (soins à domicile, soins de longue durée, santé mentale)
  - + Une main-d'œuvre en majorité féminine
  - + Besoin pressant de collaboration entre les différents professionnels de la santé.
- + La flexibilité, si elle n'est pas adoptée dans une logique d'amélioration de l'accès à des soins de qualité ET d'amélioration de l'environnement de travail, elle peut être contre productive.

# La flexibilité fonctionnelle: Le cas des infirmières praticiennes

## Les justifications

- + Réduction des coûts: délégation de certaines tâches traditionnellement dispensées par les médecins à des infirmières
- + Améliorer la qualité des soins: plus de temps avec le patient et un meilleur suivi
- + Améliorer l'accès: faire face à la pénurie de médecin



# La flexibilité fonctionnelle: Le cas des infirmières praticiennes

## Évaluation de la performance

- + Amélioration de l'accès aux services et réduction du temps d'attente
- + Même qualité des soins que les médecins (en ce qui concerne le premier contact et le suivi des patients)
- + Satisfaction des patients (conseils et éducation)
- + *Ces évaluations ne tiennent pas compte des coûts (gains en salaire vs durée de consultation et nombre de tests)*

# La flexibilité fonctionnelle: Le cas des infirmières praticiennes

Les facteurs qui influencent le recours à cette flexibilité

- + L'intérêt des médecins (chevauchement vs complémentarité)
- + La rémunération des médecins (à l'acte ou basée sur la performance du groupe)
- + Législations et règlements qui régissent les professions (rôles et responsabilités)
- + Systèmes d'éducation (contenu et durée, importance du travail en équipe)
- + Financement

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

**+** *Chaque jour, le médecin consacre son temps à questionner, examiner, investiguer, diagnostiquer et prescrire des traitements. Peu à peu, d'autres intervenants ont réclamé leur part du gâteau. Chacun a voulu élargir son champ de compétence, empiétant du coup sur notre territoire. Les physiothérapeutes questionnent, les inhalothérapeutes examinent, les chiropraticiens investiguent et les pharmaciens prescrivent. Bien mince consolation, il reste aux médecins le diagnostic, chasse gardée entre toutes.*

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

- + La règle actuelle prévoit que l'infirmière praticienne travaille en collaboration avec un médecin associé et doit se référer à ce dernier lorsque la situation dépasse sa compétence. Cela implique aussi que le médecin se porte garant des actes de son infirmière, même s'il ne la supervise pas directement. Avec tous les privilèges qui lui sont accordés, le problème peut évoluer longtemps avant d'en arriver à ce que l'infirmière le perçoive comme étant hors de sa zone de confort. Et le rôle confié alors au médecin de famille consiste-il uniquement à référer au spécialiste lorsque les limites du savoir-faire de son infirmière praticienne sont atteintes? Est-ce vraiment cela qui nous attend?*

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

- + La règle actuelle prévoit que l'infirmière praticienne travaille en collaboration avec un médecin associé et doit se référer à ce dernier lorsque la situation dépasse sa compétence. Cela implique aussi que le médecin se porte garant des actes de son infirmière, même s'il ne la supervise pas directement. Avec tous les privilèges qui lui sont accordés, le problème peut évoluer longtemps avant d'en arriver à ce que l'infirmière le perçoive comme étant hors de sa zone de confort. Et le rôle confié alors au médecin de famille consiste-il uniquement à référer au spécialiste lorsque les limites du savoir-faire de son infirmière praticienne sont atteintes? Est-ce vraiment cela qui nous attend?*

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

**+** *Le lien de confiance qui se bâtit au fil des rencontres et des années, amenant le lien thérapeutique à un autre niveau. Cette notion de suivi à long terme est intrinsèque à la médecine de famille et permet de soigner au-delà de la maladie. Ce lien est déjà atténué avec la prise en charge explosée de bien des patients qui impliquent plusieurs spécialistes. Alors si on dilue encore plus ce contact en le ponctuant de visites à l'infirmière praticienne, qu'en restera-t-il? Finie cette complicité qui guérit quelquefois aussi bien que la science.*

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

- + Mais a-t-on encore besoin de dupliquer les rôles? N'y a-t-il pas un chevauchement de responsabilités à craindre si l'infirmière praticienne prend la première place? Et si on pousse encore, l'infirmière voudra accentuer sa présence jusqu'à prendre une clientèle en charge. Actuellement, le phénomène commence à se produire et on assiste à l'ouverture de cabinets d'infirmières praticiennes sans médecin. Déjà un pied sur la pente dangereuse de la professionnelle indépendant. Alors à ce moment, l'infirmière praticienne ne sera ni plus ni moins qu'un substitut de médecin de famille.*

## Infirmières praticiennes: menace à notre profession?

OUI

Guylaine Laguë, MD

présidente du comité de développement professionnel continue du Collège québécois des médecins de famille

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602618/>

*Là où le bât blesse encore plus, c'est que cette nouvelle super infirmière prend 5 ans à former, contrairement à 7 pour un médecin de famille. (On peut ici s'interroger sur l'équivalence entre ces 2 formations académiques, de durée et de contenu si distincts...comment peut-on arriver au même standard de soins par des chemins si différents?) L'infirmière sera donc 2 ans de plus sur le marché du travail, et elle travaille à un coût beaucoup moindre si on le compare à celui d'un médecin. La moitié du prix. Pour un gouvernement aux prises avec des dépenses toujours plus importantes dans le domaine des soins de santé, l'alternative devient plus qu'alléchante.*



# Conclusion

- + Performance économique vs performance sociale (Efficacité vs équité)
- + Performance à CT vs performance à LT
- + (Input/output) vs (intrant/extrant), notion de système
- + Des réformes à la pièce vs une redéfinition de l'organisation du travail dans le secteur de la santé
- + Collaboration entre les différents acteurs autour d'un objectif commun, à savoir la qualité des soins.