

NOTES DE DISCOURS

D^r Susan J. Hutchison
Présidente, Forum sur la pratique générale

AUDIENCES PUBLIQUES SUR LA RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES

Exposé présenté au Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie

Ottawa (Ontario)
Le 22 mai 2002

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

*A healthy population... a vibrant medical profession
Une population en santé... une profession médicale dynamique*



Monsieur le président,

Bon après-midi. Je vous remercie de me permettre de prendre la parole aujourd'hui. Je m'appelle Susan Hutchison et je suis médecin de famille en exercice. Je vous présenterai le point de vue des présidents des groupes de pratique générale et familiale des divisions provinciales et territoriales de l'AMC.

Comme l'a indiqué le D^r Barrett dans son exposé, le «système de soins médicaux primaires» sert de base à la prestation des services médicaux au Canada. Les médecins de famille, en collaboration avec leurs collègues spécialistes, constituent un réseau assurant le continuum des soins. Les médecins de ce réseau collaborent avec les professionnels du secteur paramédical afin d'assurer la prestation de tout un éventail de services dans divers milieux de soins, allant de l'établissement le plus spécialisé au domicile du patient. Ce réseau de professionnels a servi de base à un système de soins de santé universels de renommée mondiale.

Le Comité a demandé à l'AMC de se pencher sur une liste de questions articulées autour de l'enjeu des soins primaires. Ces questions servent de base au présent exposé. En vue d'y répondre, il importe que nous réfléchissions d'abord à ce qu'est la réforme des soins primaires.

L'expression «réforme des soins primaires» est loin d'être porteuse d'une signification précise. On l'associe parfois à la «planification de l'efficience», synonyme de compressions budgétaires. Dans certains secteurs, on l'utilise pour faire entrer dans le système les prestataires parallèles, et dans d'autres, pour désigner une panacée curative de tous les maux de notre système actuel. La terminologie de la réforme porte à confusion et doit être clarifiée.

Si l'on entend par réforme des soins primaires la prestation des mêmes services, voire d'un plus grand nombre de services, à un coût moindre, elle est morte dans l'œuf. Si, en revanche, on entend par là une recherche de moyens de dispenser un plus grand éventail de soins mieux intégrés, tout en maintenant la qualité que les Canadiens méritent, il y a alors un terrain d'entente sur lequel fonder le travail ambitieux qui consiste à envisager des solutions de rechange au système actuel et à les étudier dans le cadre de projets pilotes.

Les médecins appuient les changements dans le système lorsqu'ils sont évalués avant leur instauration. Il faut évaluer l'impact sur les soins aux patients des modèles de rechange au système actuel. L'adoption de changements non éprouvés dans le système actuel pourrait avoir des effets négatifs sur la santé des patients. Les projets pilotes portant sur les soins primaires ont été le point de mire du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada. Le rapport de synthèse sur les projets pilotes devrait être rendu public dans quelques semaines. Il comprendra certaines mesures des résultats de divers modèles de prestation des soins. L'interprétation de ces rapports pose toutefois un problème.

Il n'existe pas d'ensemble valable et fiable de données de référence avec lesquelles comparer les changements. Compte tenu de l'échéancier serré du FASS, il est peu probable que les rapports présentent de véritables mesures des résultats pour la santé des patients, de sorte qu'il sera difficile d'interpréter définitivement ces initiatives. Les médecins doivent faire partie intégrante du processus de réforme, car leurs connaissances dans le domaine sont nécessaires à l'interprétation exacte des résultats des projets pilotes.

Il faut du temps et des ressources, lesquels se font rares, pour achever cette évaluation, ce qui ralentit le processus de réforme. Il faut toutefois prendre le temps de peser attentivement les options. Les retards ne dépendent pas de la profession, mais sont caractéristiques du temps nécessaire pour élaborer un système complexe.

Les comptes rendus anecdotiques provenant des projets pilotes indiquent néanmoins clairement que les modèles de rechange sont plus coûteux que le système actuel.

Au nombre des options de la réforme des soins primaires, l'élargissement des équipes de prestation des soins pour y joindre des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels de la santé a été examiné, mais la question de savoir si d'autres compétences spécialisées sont nécessaires pour répondre aux besoins du patient n'a pas été posée. La plupart des propositions de réforme envisagent la participation des infirmières praticiennes, en dépit de la crise des soins infirmiers qui sévit actuellement. D'autres possibilités pourraient être étudiées. Le recours aux adjoints médicaux, comme on le fait par exemple au sein des Forces canadiennes, est une possibilité. Dans le secteur public, le recours aux techniciens ambulanciers qui composent nos équipes d'intervention d'urgence est une autre façon de mettre des compétences médicales à la disposition des patients, là et quand ils en ont besoin. Les infirmières cliniciennes apportent des compétences particulières et peuvent jouer beaucoup d'autres rôles en dehors du contexte des soins primaires, par exemple, dans des cliniques spécialisées pour les patients atteints de troubles cardiaques ou de diabète. Les options de réforme du système doivent tenir compte de la meilleure façon d'affecter les ressources rares.

Les retards dans l'échéancier de la réforme sont fonction du défi que posent le financement et les ressources humaines. L'autre grande difficulté à ce chapitre vient de ce que la création et la mise en œuvre de la technologie de l'information tardent. Il faut concevoir la technologie de façon à ce qu'elle soit au service du système. Les concepteurs de programmes travaillent depuis des années à cette fin. L'implantation de la technologie prend beaucoup de temps et son utilisation est un autre élément du système auquel il faudra consacrer des ressources supplémentaires. Dans ce domaine, le coût est le principal motif du retard. Par ailleurs, l'application de la technologie de l'information à la pratique de la médecine, quoique nécessaire, est coûteuse. À courte échéance, la mise en œuvre de la technologie de l'information augmentera les coûts en ressources humaines et financières dans le système. On s'attend à ce qu'un pareil investissement permette un jour de gagner du temps et d'éviter des dépenses. C'est possible. Nous ne pouvons toutefois pas nous contenter de supposer que ces possibilités se réaliseront. C'est pourquoi il est plus prudent d'envisager la technologie de l'information sous l'angle de ses possibilités avantageuses pour le système, sans trop insister sur les économies qui pourraient en découler.

Il y a de nombreux modèles de réforme des soins primaires, qui comprennent plusieurs options de rémunération. Nous avons appris que quel que soit le mode de rémunération, le résultat sera positif si le financement est suffisant. Les médecins semblent préférer une rémunération mixte qui conjugue la rémunération à l'acte à une rémunération à la séance ou à salaire.

Les services que peuvent inclure les modèles varient. En règle générale, il est toutefois impossible d'inclure dans le budget actuel des services qui n'étaient pas financés auparavant sans que d'autres ressources soient engagées. Il en découlera l'échec de mesures de réforme.

Vous avez demandé si nous pouvons envisager les soins primaires au Canada comme des équipes servant d'acheteurs de soins pour le compte de leurs patients. Je répondrai spontanément qu'il serait impératif d'éviter les incitatifs pervers produisant des soins qui sont loin d'être optimaux dans le système des soins dirigés aux États-Unis. Comme point de départ, je pense que vous devriez examiner de près l'expérience de la gestion des fonds au Royaume-Uni, laquelle, sauf erreur, s'est soldée par un «succès mitigé».

En ce qui concerne les champs de pratique, nous savons que les médecins se préoccupent des questions de formation et de responsabilité, de même que des enjeux législatifs, et qu'il faut beaucoup de temps pour mener à bien ces processus. Les médecins travaillent en collaboration avec les infirmières depuis des années. De nombreux médecins, qui déjà embauchaient des infirmières dans leur cabinet, ne peuvent plus se le permettre, car la rémunération des infirmières reposait sur les facturations pour rémunération à l'acte. Bon nombre de médecins ont signalé qu'ils souhaiteraient revenir au modèle de collaboration précédent. Il faudrait appuyer des mécanismes de financement de ces initiatives.

La composition des effectifs de prestataires de soins de santé varie selon les besoins de la population. Il n'y a pas de composition idéale. La formule qui donne les meilleurs résultats fait appel à des ressources humaines suffisantes pour répondre aux besoins de la population. Les services nécessaires à la satisfaction des besoins des patients commandent la composition des effectifs de prestataires. L'éventail optimal des services offerts par une «équipe» en particulier dépendrait des besoins de la population et des effectifs de prestataires disponibles. Les besoins pourraient varier considérablement entre divers groupes de population et pourraient différer, par exemple, dans les communautés autochtones.

La réforme des soins primaires, si elle repose sur un continuum de soins médicaux, un financement suffisant, un plan de ressources humaines réaliste, des structures de gouvernance englobantes et une infrastructure de technologie de l'information dotée de la connectivité appropriée, pourrait améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Si le financement le permet, on pourrait affecter plus de ressources à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Cela pourrait permettre d'améliorer davantage l'état de santé global de la population. Le coût des mesures de réforme sera important et dépendra des éléments retenus.

Quel que soit le système de rechange proposé, les médecins doivent conserver leur autonomie et leur rôle de défenseur des patients.

Les soins médicaux constituent un continuum. Les options de réforme doivent appuyer le continuum des soins médicaux. Il faut, avant qu'elles ne soient mises en œuvre, que les options de réforme fassent l'objet d'une évaluation, laquelle doit comprendre des mesures des résultats pour la santé des patients. Il faut un éventail de modes de rémunération et de modèles de prestation des services afin de répondre aux besoins de la population; il n'y a pas de modèle unique. Les médecins doivent participer directement à la planification et à la mise en œuvre des options de réforme. Les médecins doivent conserver leur autonomie dans la prise de décisions cliniques, ainsi que leur rôle de défenseur des patients. Les médecins doivent être appuyés par des adjoints médicaux dans leur pratique. Il faut utiliser prudemment les ressources rares.

La réforme sera fructueuse seulement si elle part de la base. Une réforme obligatoire et unilatérale risquerait fort de déstabiliser dangereusement un système déjà instable et fragile.

En ce qui concerne la rémunération, nous savons qu'elle doit reposer sur un financement suffisant, quel que soit le mode. Nous savons en outre que tous les modes de rémunération ont une fonction dans le système, pour différents motifs, lorsqu'ils sont assortis d'un financement suffisant.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole devant le Comité. Nous reconnaissons l'importance et l'envergure considérables de la tâche que vous avez acceptée et vous souhaitons le meilleur des succès dans les efforts constants que vous employez à examiner ce système fondamental qui a bien servi la population canadienne.