

Commentaire/Commentary

Pourquoi davantage de médecins ne résoudra pas les problèmes du système de santé

R. WARREN BELL

En Colombie-Britannique, au Canada, près d'un million de patients n'ont pas d'accès établi aux soins primaires. Ma profession, les médecins de famille, proclame haut et fort que ceci est dû à un manque de médecins, ou encore au fait que nous ne sommes pas suffisamment payés. Le vrai problème n'est pas là selon moi et selon la plupart des observateurs qui ne sont pas médecins ou qui ont une compréhension globale de la situation. J'écris donc le présent commentaire avec un mélange d'étonnement et de tristesse, dans l'espoir d'un avenir meilleur dans cette région du monde.

Le 10 mai 2022, le ministre de la santé de la Colombie-Britannique, Adrian Dix, a prononcé un discours à l'Assemblée législative au sujet de la restructuration du système de santé

provincial afin d'aborder le problème du manque de praticiens de première ligne pour près d'un million de personnes.[1] Il a « osé » dire que parfois (pas toujours, mais parfois) les infirmières praticiennes performant mieux que les médecins, en grande partie dû au fait qu'elles passent plus de temps avec leurs patients.

Ce commentaire (un parmi bien d'autres dans son discours) a provoqué un tollé immédiat — et embarrassant. Doctors of BC (l'association médicale de même qu'une organisation de lobbying pour les médecins de la province) ainsi que de nombreux médecins de famille et certains politiciens ont fortement dénoncé les propos du ministre Dix; les médecins ont par ailleurs promis des revendications « plus stridentes » pour accroître le nombre de médecins de famille, identifiés par plusieurs comme la seule solution valable au problème des patients « orphelins » (c'est-à-dire sans médecin attitré).

Je qualifie cette réaction d'embarrassante parce qu'elle s'appuie sur une interprétation tellement étroite d'un problème complexe et qu'elle est évidemment intéressée.

Voici pourquoi

Tout d'abord, le nombre de médecins de famille diplômés d'universités au Canada est en croissance depuis plusieurs décennies. À l'Université de la Colombie-Britannique seulement, les finissants s'élevaient maintenant au nombre de 288 étudiants; lorsque j'y étais dans les années 1970, nous étions 60. Il s'agit d'une augmentation de 480%. Pendant la même période, la population de la Colombie-Britannique a presque doublé. Il y a donc plus de médecins — mais malgré cela le nombre de personnes sans médecin de famille, lui, a augmenté de façon notable.

Par ailleurs, et plus important encore, le nombre de médecins par 1000 habitants n'est pas directement lié aux résultats de santé d'une population. Au Canada et ailleurs dans le monde, une bonne ou une mauvaise santé est bien plus influencée par un revenu minimum, l'état de la chaîne alimentaire, les opportunités d'emploi, les tendances climatiques (un problème grandissant), l'existence ou l'absence de violence et de conflit et le niveau général d'équité. Des indicateurs d'équité incluent notamment l'existence d'un système de soins de santé financé par les fonds publics et accessible à tous, l'absence de disparités salariales extrêmes, l'accès généralisé à des logements abordables et l'existence d'un filet de protection sociale disponible pour tous. De tels éléments influencent davantage les résultats de santé d'une population que le nombre de médecins.

Des données probantes robustes indiquent qu'une pénurie de médecins de famille n'est pas la véritable raison pour laquelle il y a tant de patients orphelins. Le problème est d'ordre structurel, résidant dans la manière dont le système de soins primaires fonctionne.

Les soins primaires désignent les soins prodigués en première instance à une personne pour un problème de santé qui n'a pas encore été qualifié. Ce sont des soins de niveau général plutôt que spécialisé, pour toute personne sollicitant un médecin, une infirmière ou un autre fournisseur de santé.

Soins « de base » ne veut pas dire soins « simples ». De fait, il peut être bien plus compliqué d'aborder un problème à partir de rien plutôt qu'un problème déjà caractérisé. Travailler en soins primaires est très exigeant — de bien des façons, bien plus exigeant que les soins spécialisés, où les interventions sont souvent prévisibles et routinières.

La manière dont les médecins pratiquent en Colombie-Britannique, toutefois, a fortement changé depuis les 30-40 années. Les médecins de famille sont bien moins accessibles pour leurs patients. En-dehors des heures régulières de bureau,

les seules options pour la plupart des gens sont les cliniques sans rendez-vous (communément appelée la « McMédecine ») ou les départements d'urgence. Il est intéressant de constater que les Canadiens recourent aux départements d'urgence à une fréquence largement supérieure à la moyenne des pays développés. En Colombie-Britannique, bon nombre de médecins de famille limitent leurs rendez-vous à 10 minutes, exigeant que les patients ne présentent qu'un seul problème par visite. Plusieurs postent d'ailleurs des affiches à cet effet. De plus, les heures pendant lesquelles les médecins voient des patients sont généralement beaucoup plus courtes maintenant — typiquement de 10h à 16h.

Plusieurs médecins ne prennent pas d'appels. Je ne fais pas référence ici aux consultations téléphoniques implantées dans le cadre de la COVID-19, mais des appels de patients s'informant de résultats de tests, désirant poser une question ou nécessitant un renouvellement de prescription. Au lieu de cela, les patients doivent prendre des rendez-vous formels pour de tels motifs, surchargeant par le coup même les horaires des médecins avec des visites mineures qui seront facturées au système de santé.

Plusieurs raisons sous-tendent ces problèmes structurels

Historiquement, les écoles de médecine étaient financées à même les fonds publics, de telle sorte que les étudiants payaient peu de frais pour leurs cours. L'on présumait que leur rôle en société était assez important que le financement de leurs études était un bien public. De nos jours, les universités reçoivent moins de fonds publics et opèrent donc davantage comme des entreprises, notamment par le biais de systèmes de recouvrement de coûts — un terme poli désignant le fait de refiler aux étudiants la presque totalité des frais de leur scolarité.

Et les études médicales coûtent cher. Lorsque j'ai obtenu mon diplôme dans les années 70, j'avais une dette étudiante de 1 500\$, contractée avant mon entrée à l'école de médecine. Je n'étais pas plus endetté à la fin de mes études et ce, incluant ma résidence en médecine familiale. Mon épouse travaillait à temps partiel, et moi aussi lorsque c'était possible, et nous vivions de façon modeste. Mais les études médicales étaient peu coûteuses : aujourd'hui, les étudiants paient pour la presque totalité de leur scolarité et il n'est pas rare qu'ils aient contracté des dettes allant jusqu'à 300 000\$. D'ailleurs, les banques leur prêtent de telles sommes avec enthousiasme, sachant que le système de paiement des médecins ne fera jamais défaut et qu'ils recouvreront l'entièreté des sommes prêtées.

Cet état de fait nuit au système de santé de plusieurs façons

Premièrement, cela amène les médecins à se concentrer principalement sur le remboursement de leurs dettes d'études pendant leurs premières années de pratique — ce qui les attire souvent vers la « McMédecine » (sans rendez-vous) ou d'autres moyens d'augmenter rapidement leurs revenus afin de rétablir leurs finances.

Deuxièmement, cela veut dire que, à moins d'avoir des parents fortunés ou une autre source de revenus, un.e étudiant.e avec une aptitude pour la médecine pourrait décider de se consacrer à autre chose, faute de pouvoir payer les frais de scolarité requis.

Troisièmement, et particulièrement dommageable, les étudiants en médecine n'ont pas un sentiment net que la société veut d'eux. Au début de leurs études, on leur dit qu'ils sont uniques, spéciaux et importants, mais par la suite ils se heurtent à des coûts significatifs qu'ils doivent assumer seuls. Ils développent le sentiment qu'ils doivent se débrouiller seuls et que l'école de médecine est un fardeau financier personnel — un sentiment contraire au signal que la société valorise leurs services (même si c'est le cas).

Pour les étudiants en médecine, toute disposition altruiste qui pourrait les avoir inspirés à choisir cette profession peut se voir écraser par une lourde dette et remplacer par un sentiment plus pragmatique les amenant à se préoccuper d'eux-mêmes et à rechercher des compensations maximales pour leurs activités professionnelles. Il est surprenant qu'un nombre non-négligeable d'étudiants reçoivent leur diplôme tout en conservant un certain idéalisme et un désir de servir.

Lorsque les étudiants terminent leurs études, ils entrent dans le système standard de paiement des médecins, c'est-à-dire le paiement à l'acte : chaque fois qu'un médecin voit un patient, il ou elle reçoit une rémunération fixe peu importe les interventions réalisées. Un frais de visite ordinaire est d'environ 40\$.

Les consultations téléphoniques, implantées pendant la pandémie à la COVID-19, rapportent le même montant. Auparavant, il n'y avait pas de frais associés aux appels; par conséquent, les médecins appelaient rarement leurs patients. Maintenant, cette activité peut être facturée, faisant que ces appels sont devenus communs. Dans certains cas, ils sont devenus trop routiniers, parfois remplaçant complètement des consultations en personne. Les rendez-vous téléphoniques favorisent les consultations brèves et très ciblées, car il est plus facile pour le médecin de contrôler le déroulement de la

discussion et d'y mettre fin lorsqu'il ou elle le désire. Ces visites rapportent autant que des échanges plus longs et détaillés. Ceci tend à décourager l'attention portée au contenu des rencontres et à encourager la brièveté de celles-ci.

Pourtant, de nombreux médecins n'apprécient pas le modèle de paiement à l'acte et préféreraient être à salaire (ou quelque chose de semblable) afin de pouvoir passer plus de temps avec leurs patients et se concentrer sur la qualité plutôt que sur la quantité des visites.[2] Cependant, de nombreux médecins plus établis sont résistants à un tel changement, tout comme ils résistent à donner leur contrôle de leur pratique à quelqu'un d'autre.

Il y a encore un autre élément digne de mention. Lorsque les étudiants en médecine débutent leur formation, ils se font encore dire qu'ils sont no1 (c'était déjà le cas dans les années 70, à mon plus grand agacement!). On leur dit encore qu'en tant que médecins, ils sont foncièrement spéciaux et d'une importance critique. Dans un monde où l'on a de la difficulté à accepter la valeur, le rôle et la situation sociale de chaque personne et où reconnaître la « diversité » fait partie de nos meilleures aspirations collectives, se faire endoctriner avec la notion que l'on fait partie d'une stratosphère rarissime de supériorité est décidément obsolète et déconnecté. Cela crée des attentes inutiles auxquelles il est impossible de répondre dans le vrai monde — notamment en ce qui concerne les coûts d'éducation assumés par les étudiants.

À Cuba, en revanche, l'éducation est financée par les fonds publics jusqu'au niveau postdoctoral. Il n'est pas surprenant que les médecins cubains soient reconnus pour leur altruisme remarquable, à Cuba même et ailleurs dans le monde. L'on crée quelque chose de puissant lorsque la communauté valorise un travail suffisamment pour qu'elle en assume les coûts de formation.

Des expériences réalisées avec un revenu minimum garanti, d'ailleurs, ont démontré la même chose

La recherche montre que, dans presque tous les pays, un système de santé en vertu duquel les soins sont prodigués dans des équipes coordonnées et au sein duquel les activités de prévention s'articulent avec les soins directs donne de meilleurs résultats de santé qu'un système fragmenté en « silos ». Le Costa Rica, par exemple, s'est doté d'un système en ce sens, et les statistiques de santé de ce pays sont excellentes, bien que son PNB par personne équivaille à 25% de celui du Canada.[3]

En Colombie-Britannique, plusieurs aspects du système de santé peuvent être modifiés afin d'améliorer son fonctionnement.

Les infirmières praticiennes notamment — l'élément de controverse avec lequel j'ai débuté ce commentaire — font partie du système de santé canadien depuis plus de 100 ans, pratiquant principalement dans des régions éloignées où les médecins ne voulaient pas travailler. Elles sont maintenant plus répandues et plus visibles, avec des programmes de formation sophistiqués et organisés. Et elles travaillent enfin en centres urbains où les médecins pratiquent aussi. Ma profession, en Colombie-Britannique en particulier, s'est montrée à la fois orgueilleuse et excessivement sensible, pour les raisons susmentionnées, à l'égard de toute suggestion qu'elle ne soit pas l'élément le plus important de l'équipe de soins.

En tant que médecins, nous devons être plus nuancés et ouverts aux solutions permettant de remédier aux enjeux des soins de santé. Nous devons reconnaître que le fait de travailler en équipes multidisciplinaires, de connaître nos patients de façon plus intime et approfondie et d'accepter la valeur des autres professionnels de la santé facilitera grandement l'identification de solutions et l'amélioration des résultats de santé.

Références

- 1.Harnett CE. Dix under fire from doctors for comments praising nurse practitioners. Times Colonist [Internet]. 2022 May 12. Disponible sur <https://www.timescolonist.com/local-news/dix-under-fire-from-doctors-for-comments-praising-nurse-practitioners-5362258>
- 2.Brcic V, McGregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Les types de pratique et de rémunération que préfèrent les médecins de famille de Colombie-Britannique en début de pratique. Can Fam Physician. 2012;58(5):e275-e281.
- 3.Gawande A. Costa Ricans Live Longer Than We Do. What's the Secret? The New Yorker [Internet]. 2021 August 23. Disponible sur <https://www.newyorker.com/magazine/2021/08/30/costaricans-live-longer-than-we-do-whats-the-secret>

R. Warren Bell BA MDCM CCFP FCFP(LM)

Ancien Président fondateur, CAPE (Association canadienne des médecins pour l'environnement)

Président fondateur, WA:TER (Wetland Alliance: The Ecological Response)

Précepteur rural, University of British Columbia