

# Offrir les meilleurs services qui soient

**Guyline Lefebvre, MD, FRCSC**

Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Toronto, Toronto (Ont.)

Nous ne sommes pas payés pour offrir les meilleurs services qui soient.

La plupart des médecins pratiquent selon un modèle de rémunération à l'acte, dans le cadre duquel nous sommes payés pour des tâches particulières. Le même principe s'applique aux avocats, aux dentistes et à de nombreux autres professionnels. La différence, en ce qui concerne les médecins au Canada, c'est que nos honoraires sont établis au niveau provincial et qu'il n'y a que peu ou pas de marge de manœuvre pour tenir compte de considérations particulières. Apparemment, les médecins font partie de la tranche supérieure de 2 % des Canadiens en matière de revenus. Nous passons un plus grand nombre d'heures au travail et nous assumons plus de responsabilités que le Canadien moyen, mais nous en tirons un revenu annuel fort honorable. En réalité, cependant, force est de constater que nous ne sommes pas payés en fonction de la qualité de notre travail; nous sommes plutôt rémunérés en fonction du volume de tâches, ce qui exerce une influence considérable sur la pratique.

Les patients aux prises avec une maladie chronique qui peuvent compter sur les services d'un médecin de famille ont moins souvent recours aux services d'urgence et connaissent moins d'hospitalisations que les patients qui ne disposent pas d'un fournisseur de soins primaires de façon constante<sup>1</sup>. Et pourtant, du point de vue d'un médecin de famille, il est beaucoup plus lucratif d'assumer des quarts de travail au sein d'un établissement de consultation sans rendez-vous que d'établir une pratique desservant des patients qui nécessitent des soins chroniques. Dans la plupart des régions au Canada, il est de plus en plus difficile de trouver des médecins de famille disposés à prendre de nouveaux patients. Les nouveaux diplômés doivent déjà s'évertuer à acquérir toutes les réponses à tous les maux; ils pourraient donc être tentés de choisir l'option du travail de suppléance et en clinique, plutôt que de faire face aux frais

et à l'engagement que nécessite la mise sur pied d'une pratique<sup>2</sup>.

Nous ne disposons toujours pas de données propres à l'obstétrique-gynécologie en ce qui concerne les milieux de pratique, mais nous détenons tout de même certains faits. En Ontario, il n'y a pas de différences en ce qui concerne les frais exigés pour une hystérectomie abdominale ou vaginale; les frais chirurgicaux sont les mêmes pour chaque intervention. La patiente qui évite une laparotomie est en mesure de retourner à la maison dans les 24 heures suivant sa chirurgie et de reprendre des activités normales plus tôt que la patiente qui subit une laparotomie; et pourtant, deux tiers des femmes qui connaissent une hystérectomie en Ontario subissent une laparotomie.

Lorsque nous sondons les gynécologues ontariens, nous constatons que des questions d'ordre monétaire font partie du problème<sup>3,4</sup>. Nous ne disposons pas des fonds nécessaires pour assurer le préceptorat ou pour assumer les coûts de la formation. Nous ne disposons également pas des fonds qui nous permettraient de compenser le fait que le nombre d'interventions à effraction minimale que nous pouvons mener en une journée est moins grand que le nombre de laparotomies classiques qu'il serait possible d'effectuer au cours de la même journée, particulièrement au début. Compte tenu des limites quant au temps opératoire, le fait d'opérer plus de patientes par jour compte un certain avantage. Ainsi, pourquoi chercherions-nous à apprendre la façon de mener des interventions à effraction minimale plus complexes? Pour le bien-être de nos patientes, bien sûr; cependant, cela revient à dire qu'il incombe aux chirurgiens de s'acquitter des frais du progrès.

La chirurgie robotisée est dorénavant à la portée de la plupart des Américains et la gynécologie en constitue le segment de marché qui connaît la plus forte croissance aux États-Unis. Notre capacité à offrir cette technologie au Canada est limitée en raison des frais considérables qui sont associés à l'acquisition du matériel nécessaire. Cependant, même lorsque nous parvenons à convaincre nos systèmes de financement de nous procurer cette technologie, nous devons prendre des décisions difficiles quant à l'identité des

chirurgiens qui apprendront la technique et à la façon dont nous les rémunérerons. Il est coûteux pour un médecin de prendre un congé de formation et de passer de précieuses heures en salle d'opération à mener moins d'interventions que s'il adoptait des approches traditionnelles. Contrairement à nos collègues américains, nous ne pouvons exiger des honoraires supplémentaires lorsque nous menons des interventions plus sophistiquées. Nous ne devrions pas limiter l'accès aux techniques novatrices et améliorées pour nos patientes canadiennes simplement en raison de ce qu'il en coûte pour le médecin, n'est-ce pas? Pendant ce temps, tous ceux d'entre nous qui choisissent d'investir temps et argent pour se former et ouvrir la voie aux nouvelles techniques doivent se poser la question à savoir si le jeu en vaut la chandelle.

Récemment, certaines des femmes qui m'ont consultée en vue d'une hystérectomie entretenaient des attentes irréalistes en ce qui concerne la capacité de cette intervention à régler leurs problèmes chroniques. J'ai alors dû passer beaucoup plus de temps à leur expliquer qu'elles ne nécessitaient pas une opération qu'il ne m'en aurait pris pour réserver une date pour la chirurgie. Nous ne pouvons recevoir un grand nombre de ces femmes au cours d'une journée de consultations, mais nous estimons que nous pouvons leur venir en aide par des moyens médicaux et que nous permettons ainsi au système de réaliser des économies. Rares sont les établissements qui offrent des approches exhaustives aux femmes affectées par des douleurs pelviennes chroniques. Les praticiens qui assurent cette prise en charge ne sont peut-être pas en mesure de recevoir de nombreuses patientes, mais ils leur rendent un grand service. . . à leurs frais.

Nous savons que nous pourrions offrir de meilleurs soins aux femmes si nous avions accès à des structures d'équipe réellement multidisciplinaires et multiprofessionnelles. Les femmes et leur famille pourraient alors consulter un médecin et également bénéficier du soutien d'infirmières en pratique avancée, de sages-femmes, de travailleurs sociaux et de physiothérapeutes, au besoin. Tous ces services s'accompagnent de coûts et nécessitent de grands efforts de planification et d'organisation. Qui se charge donc de la note? Si un obstétricien travaillait aux côtés d'un médecin de famille, d'une sage-femme et d'une infirmière, chaque praticien pourrait assurer la prise en charge de ce qu'il connaît le mieux; de plus, ces praticiens pourraient, ensemble, offrir des soins exhaustifs à un plus grand nombre de femmes que s'ils œuvraient tous de façon autonome. Les soins offerts seraient ainsi continus et soucieux du bien-être des patientes. Cependant, le système donne la priorité au volume, et non à la qualité. En Ontario, nous anticipons une

hausse du nombre de sages-femmes et d'infirmières praticiennes; toutefois, si cette hausse ne se manifeste pas dans le cadre d'équipes multiprofessionnelles, comment parviendra-t-elle à améliorer la qualité des soins que nous offrons?

Dans le cadre de mes voyages dans des pays en développement au cours des quelques dernières années, j'ai été stupéfaite de constater que l'infertilité était une sous-spécialité fortement prisée des étudiants en dernière année de gynécologie. Il m'a été difficile de comprendre les raisons pour lesquelles des populations grandement fertiles et connaissant des taux de mortalité maternelle de nombreuses fois supérieurs à ceux du Canada vouaient leurs ressources limitées à la prise en charge de l'infertilité. La clé de l'énigme se résume au fait que, pour obtenir des services de fertilité, certaines femmes sont prêtes à déboursier de l'argent, tandis que de nombreuses femmes enceintes ne disposent pas même des moyens de payer leur médecin. Ce dernier doit après tout gagner sa vie! L'ordre de grandeur en matière de financement n'est pas comparable, mais les questions ainsi soulevées sont assez semblables de par le monde.

Avons-nous une solution? Eh bien, les salaires, les allocations et les plans de rechange en matière de financement ont tenté d'aborder certaines de nos réalités financières. Le problème, c'est que si vous ne financez pas chacune des interventions, vous nuisez également à la productivité, pour le meilleur ou pour le pire. Quoi qu'il en soit, un espoir subsiste. Malgré le fait que nous ne sommes pas payés pour l'offre de « meilleurs » services, nous sommes tout de même en mesure de constater les avantages de l'offre de bons soins et de l'adoption de meilleures approches pour nos patientes. Nous avons la satisfaction personnelle de savoir que nous ne fondons pas nos décisions sur le bilan financier en fin de mois. De surcroît, au Canada, nous disposons d'une main-d'œuvre composée de merveilleux spécialistes des soins génésiques, et ce, malgré le fait que nous ne sommes pas payés pour offrir les « meilleurs services qui soient ».

## RÉFÉRENCES

1. Glazier RH, Moineddin R, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG et coll. *The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions*. ICES Investigative Report, Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2008.
2. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. « Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada », *Soc Sci Med*, vol. 67, 2008, p. 1153-63.
3. McCracken G, Robertson D, Lefebvre G. « Minimally invasive hysterectomy: are we there yet? », *J Pelvic Surg*, vol. 13, n° 3, 2007, p. 125-32.
4. Brown A, Lefebvre G. *Study on "Enhancing the Quality of Physician Care" Hysterectomy Services Hospital Report Research Collaborative (HRRRC)*. Présenté dans le cadre de l'assemblée clinique annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada tenue à Québec, au Québec, en 2005.