



Le re-silofication des soins de santé

*John Wootton, MD
Shawville (Qué.)*

*Rédacteur scientifique,
JCMR*

*Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0*

Précisons une chose — j'aime les silos. Il peut être dangereux d'y tomber, mais ils créent des horizons agréables à l'œil derrière les champs de foin et à côté des granges et des bâtiments de la ferme familiale. Une grande partie du Canada rural dépend du silo pour l'entreposage et pour sa survie. C'est donc avec un pincement au cœur que j'emprunte ici les connotations négatives qu'un économiste blagueur a rattachées à cette structure que je reconnais très verticale. C'est en fait son seul défaut : la haute structure verticale solitaire qui semble n'avoir aucun lien avec le monde (même si nous savons que ce n'est pas le cas).

En matière de métaphores, les planificateurs des soins de santé préfèrent les structures horizontales : elles sont reliées les unes aux autres, elles peuvent partager, avoir des liens, réaliser de multiples tâches simultanément et distribuer le travail entre de nombreux intervenants.

L'image fonctionnait bien jusqu'à ce que l'on introduise la « mesure ». Au début, il ne semblait pas y avoir de problème, mais il est devenu assez vite évident que les structures horizontales intégrées et distribuées sont en réalité très difficiles à gérer et encore plus à mesurer. Comme le travail était réparti entre de nombreux intervenants, il a fallu les obliger à produire des rapports sur leur volet de la tâche. Or, certains produisaient de meilleurs rapports que d'autres et dans l'ensemble, le processus était insatisfaisant, surtout lorsque la mission consistait à gérer. Vous vous rappelez le slogan : « Si vous mesurez, vous devez gérer » ? On a maintenant fait volte-face et on affirme : « Pour gérer, il faut mesurer ».

D'où la structure verticale — qui est plus facile à mesurer si on regroupe les tâches autour de thèmes communs entre les mains d'équipes dévouées. Cancer, diabète, insuffisance cardiaque globale, obésité ... tous ces problèmes sont gérés

tellement plus facilement par des programmes spécialisés où les patients deviennent leur maladie. Combien de patients atteints d'ICG prennent des bêta bloquants ? Réponse instantanée : il suffit de consulter la base de données. Depuis combien de temps le patient X attend-il de subir l'intervention Y ? Pas de problème : il suffit de demander au gestionnaire de programme.

Tout va donc bien, semblerait-il.

J'avoue toutefois ne pas en être certain. Si nous éliminons une partie de la terminologie à la mode pour creuser plus loin que la surface de cette folie de la mesure, trouverons-nous en fait de meilleurs résultats ou simplement des résultats mieux connus ? Que risquons-nous de sacrifier en cours de route ? Le généraliste, peut-être, qui s'occupe de divers volets des soins ? Le médecin holistique d'hier qui considérait que les patients sont plus que la somme de leurs parties (défaillantes) ? Le médecin rural tous services qui constitue le point de convergence des soins de santé en milieu rural ?

Dans la partie du monde que je connais le mieux, c'est effectivement ce qui se produit, c'est-à-dire une planification descendante du type le plus flagrant. Cette planification centrophile est conçue pour des lieux où il est possible de concentrer logiquement les statistiques pour l'amour de l'efficacité. Autrement dit, c'est une planification urbaine. Elle est toutefois motivée aussi par un désir crédible d'améliorer les soins et de mieux répondre aux besoins des personnes, particulièrement lorsque ces besoins se regroupent autour d'une pathologie, ce qui suffit souvent pour qu'il vaille la peine de comprendre l'approche.

Le défi, pour les petites localités, et en particulier pour celles qui fournissent peut-être déjà des soins complets et très personnels (même s'ils ne sont pas scrutés à la loupe) de grande qualité, consiste à gérer toutes ces mesures. Bonne chance !