

# La transformation des organisations de santé: L'implantation de réseaux locaux de services

Présentation à  
l'Institut d'administration publique de Québec

**Léonard Aucoin, M. Ps, M.P.H.**

3 mars 2005



**infoveillesante.com**

# Le plan

- Quelles sont les tendances et enjeux derrière la réforme ?
- Quels sont les principaux changements annoncés ?
- Quels seront les principaux impacts sur les gestionnaires ?



**Quelles sont les tendances et enjeux  
derrière la réforme ?**



# Un double constat de départ

- Ailleurs et ici, mêmes pressions et enjeux
- Pas de solution simple : des systèmes en mutation continue



# 1. Pressions à la hausse sur la demande

- Demande croissante de services, tant en volume qu'en intensité:
  - Effet combiné de la “chronicisation” de la maladie et du vieillissement
  - Impacts du “style et conditions de vie” (Ex.: obésité, tabac, etc.)
  - Problèmes majeurs de sécurité et de qualité des soins
    - Infections nosocomiales, erreurs évitables, enquêtes CHSLD, CJ
  - Développement de maladies infectieuses émergentes et réémergentes (SRAS, C Difficile, SARM, ERV → résistance aux antibiotiques)
  - Population plus informée et exigeante, qui accorde plus de “valeur” à sa santé, veut du “service” en plus des soins (Consommateur)



## 2. Pressions à la hausse sur l'offre

- “Offre” croissante de services, tant en quantité qu'en diversité:
  - Développement de la recherche biomédicale et de la technologie
    - Nouveaux médicaments, nouveaux implants, nouveaux équipements
    - Traitements plus complexes, plus longs
  - Nouveaux savoirs, nouvelles pratiques de soins et services
  - Nouveaux professionnels de la santé (Spécialisation)
  - On utilise moins l'hôpital mais on ne traite pas moins
    - “Virage ambulatoire” croissant:: chirurgie laparoscopique, progrès en anesthésie, nouveaux médicaments
    - Virage milieu en services sociaux



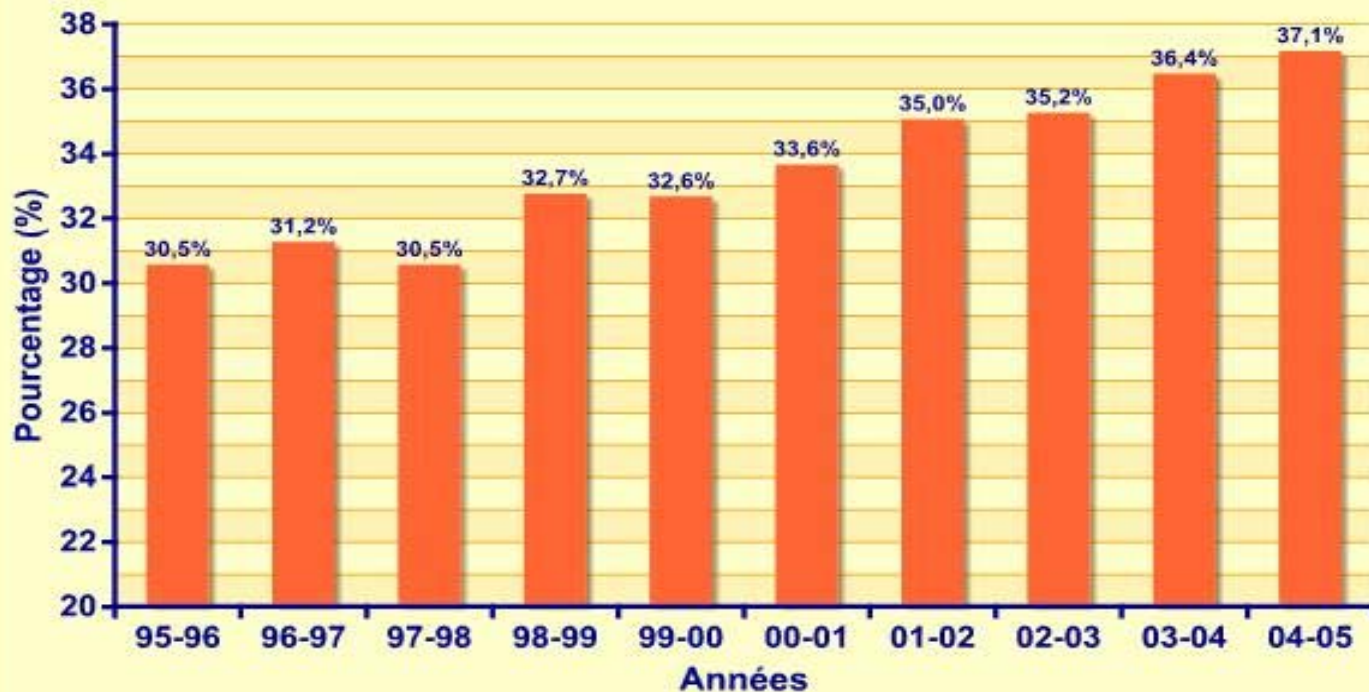
## 3. Pressions à la hausse sur les \$\$\$

- Les coûts de soins de santé et services sociaux croissent rapidement:
  - Croissance des coûts par cas traité:
    - Nouvelles technologies, maladies chroniques, problèmes sociaux complexes
  - Croissance de la prévalence des cas traités (N / 100 K)
  - Croissance démographique
- Taux de croissance annuelle :
  - \$\$\$ Services santé et sociaux: ↑ 4 à 7 %
  - Inflation: ↑ 2 à 3 %
  - PIB: ↑ 1 à 4 %



# 3. Pressions à la hausse sur les \$\$\$

**Évolution des dépenses gouvernementales en Santé et Services sociaux**  
En pourcentage des dépenses gouvernementales totales, Québec, 1995-96 à 2004-05



Source: MSSS, Service du développement de l'information, avril 2004





### 3. Pressions à la hausse sur les \$SS

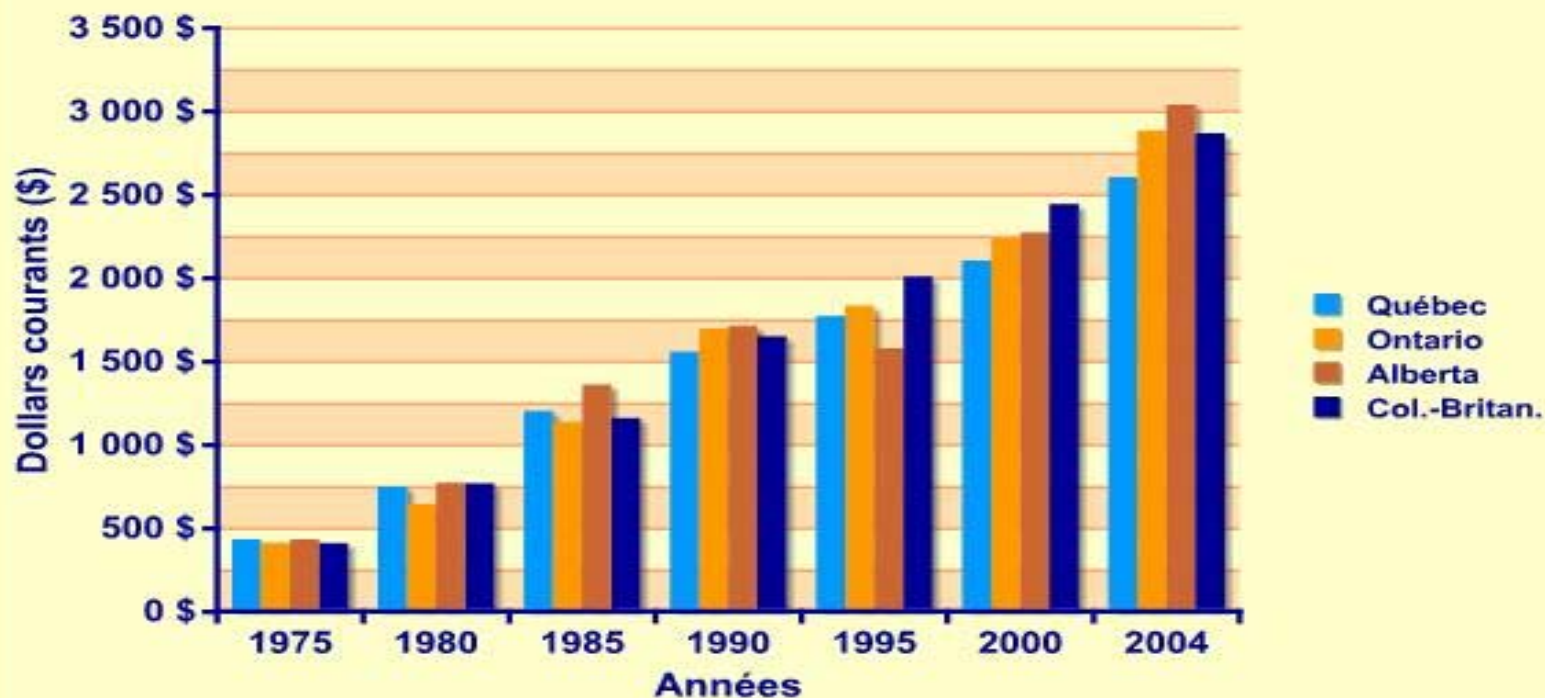
- Une richesse collective plus faible (PIB / habitant, 2003)
  - Québec: 34 120 \$
  - Ontario: 40 998 \$
  - Alberta: 50 589 \$
- La dette la plus lourde : 45% du PIB
- Un fardeau fiscal élevé : 39% du PIB
- Un vieillissement plus rapide qu'ailleurs
- “Déséquilibre fiscal” Fédéral / Provinces ???

**Faible marge de manoeuvre budgétaire**



# 3. Pressions pour contrôler la hausse des \$

**Évolution des dépenses de santé du secteur public, par habitant**  
Québec, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, de 1975 à 2004, en dollars courants



Source: Institut canadien d'information sur la santé (2004). Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2004



## 4. Dit autrement, on a des problèmes...

- D'accessibilité :
  - Difficulté d'accès à un médecin de famille, à des services sociaux courants, à des lits de CHSLD, listes d'attente en chirurgie, en CJ, en CR
- De continuité :
  - Surtout chez les malades chroniques et les problèmes psycho-sociaux complexes
- De qualité :
  - Infections nosocomiales, "erreurs évitables", enquêtes CHSLD et CJ.
- D'efficacité et d'efficience :
  - Questions sur la pertinence et la productivité de certaines interventions cliniques, de certaines décisions administratives
- De financement
  - Rythme des dépenses + élevé que les budgets accordés



**Quels sont les principaux  
changements annoncés ?**



# Création des CSSS et des RLS



# Deux principes directeurs

- Responsabilité populationnelle
- Hiérarchisation des services



# Responsabilité populationnelle

- La réforme Couillard → Une gouverne (CA) :
  - Responsable de l'offre directe de X% des services de santé et des services sociaux à la population de son territoire (services de CLSC-CHSLD-CH, services généraux et clientèles particulières)
  - Responsable de l'accès à 100% des services de santé et des services sociaux pour 100% de la population de son territoire, peu importe où et par qui (sur et à l'extérieur de son territoire).
  - Responsable, conjointement avec d'autres, du suivi et de l'amélioration de l'état de santé de 100% de la population de son territoire



# Responsabilité populationnelle

- La réforme Couillard :
  - Une enveloppe budgétaire globale, par programme, pour la population du territoire
  - Un palier de décision unique (CA) pour allouer les ressources et organiser la 1<sup>ère</sup> ligne et liens avec 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne
  - Un **projet clinique** de services de santé et sociaux... incluant un **projet de santé publique** (au sens large)





# Hiérarchisation des services

- Organisation et utilisation optimale des services :
  - Organisation cohérente d'une forte 1e ligne de services intégrés, santé et social (CSSS / RLS)
  - Mise sur pied des 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)
  - Ententes contractuelles bi-directionnelles pour « corridors de services », référence judiciaire et support clinique et organisationnel
    - Avec le CH régional et le RUIS associé
    - Avec Centre Jeunesse et Centres de réadaptation



**Quels seront les principaux impacts  
sur les gestionnaires ?**



# Une nouvelle perspective de gestion

- D'une perspective d'établissements à une perspective de services
- D'une responsabilité clientèle à une responsabilité "collective" clientèle et populationnelle
- D'une perspective de services cliniques à une perspective de services cliniques et de santé publique
- D'une préoccupation d'accès à des "services spécifiques" à une préoccupation d'accès à "l'ensemble des services"
- D'une gestion essentiellement centrée sur la production interne de services à une gestion centrée à la fois sur la production interne et sur la négociation d'ententes avec des acteurs externes
- D'un budget par établissement à un budget par population et par programme



# Un défi

- Faire cohabiter 2 logiques dans un même « **projet clinique** »:
  - Une logique de **services cliniques**  
et
  - Une logique de **santé publique**  
ce qui implique
  - Une approche **différente de gestion**



# Une logique de services cliniques

- Objectifs : ↑ qualité, ↑ accessibilité, ↑ continuité, ↓ ↑ coûts
- Sujets : patients-clients et groupes
- Activités :
  - Volet production de services + activités de prévention individuelle
  - Volet coordination de services:
    - Locale (cabinets, GMF, pharmacies, organismes communautaires, etc.)
    - Régionale et suprarégionale: “corridors de services”
    - Majeure: “négociations” externes



# Une logique de santé publique

- Objectifs : ↑ État de santé de la population
- Sujets : population, groupes à risque, déterminants de la santé
- Activités :
  - Volet connaissance et surveillance de l'état de santé (indicateurs)
  - Interventions sur les déterminants autres que les services cliniques:
    - Prévention de la maladie et des problèmes sociaux
    - Protection de la santé
    - Promotion de la santé
  - Liens étroits avec les services cliniques: même population
  - Interventions auprès d'autres secteurs d'activités (éducation, voirie, etc.)
- Support de l'expertise régionale et nationale (Santé publique)
- Conseil d'administration : rôle plus politique



# Ex : Maladies cardio-vasculaires et AVC

- Logique de **services cliniques**
  - Chaque patient : accès, qualité, continuité des soins
    - Services diagnostiques, traitement, localement et ailleurs
    - “Corridor de services” avec un RUIS (U Laval)
    - Meilleures pratiques préventives: bêta-bloquants et statines, contrôle de l’hypertension artérielle. S’assurer de l’observance.
  - Groupe de patients: activités préventives
    - Organiser un suivi systématique des patients:
      - Identification des symptômes avant-coureurs
      - Exercice physique (groupes de marche)
      - Cours de nutrition



# Ex : Maladies cardio-vasculaires et AVC

- Logique de **santé publique**
  - Connaissance de l'incidence et de la prévalence des MCV et AVC dans la population de chaque CSSS et dans la région
  - Connaissance des facteurs de risque reconnus :
    - Mauvaise alimentation, absence d'activité physique, consommation de tabac
    - Surpoids / obésité, hypertension artérielle
  - Actions sur les facteurs de risque (Exemples)
    - Travail avec la Commission scolaire: activités d'éducation physique, qualité nutritive de la nourriture dans les écoles (machines), etc.
    - Interventions auprès des milieux de travail: environnement sans fumée, pauses d'activité physique, qualité nutritive de la nourriture
    - Etc.





# Des fonctions stratégiques à valoriser

## 1. Gestion de l'état de santé de la population

- Connaissance de sa population: indicateurs de santé et indicateurs sociaux
- Connaissances des déterminants de la santé autres que les services: habitudes de vie, conditions sociales, environnement
- Actions prioritaires **ciblées** :
  - Prévention de la maladie et des problèmes sociaux
  - Promotion de la santé
  - Protection de la santé



# Des fonctions stratégiques à valoriser

## 2. Gestion de l'information et du savoir

- Information et savoir : principaux outils de travail clinique, de santé publique et de gestion (données, indicateurs, « *best practices* », protocoles, etc.)
- Comment se font l'accès et le partage d'information et de savoir:
  - Entre clients - population et professionnels ?
  - Entre professionnels ? Entre cliniciens et santé publique ?
  - Entre professionnels et gestionnaires ?
  - Entre organisations ?
- Se donner les outils requis.



# Des fonctions stratégiques à valoriser

## 3. Gestion des processus d'accès et de continuité des services

- Portes d'entrée dans le réseau ?
- Cheminement des personnes – trajectoire de services ?
- Barrières à l'accès? Barrières à la continuité ?
- Cibles réalistes à atteindre en termes d'accessibilité et de continuité?
- Mécanismes de gestion des processus (*Workflow*)



# Des fonctions stratégiques à valoriser

## 4. Gestion de l'interdépendance

- Gérer la dynamique **interprofessionnelle**
  - Mécanismes de participation des professionnels, favoriser les liens entre services cliniques et santé publique, faciliter l'émergence de solutions, encourager la révision des pratiques cliniques et de santé publique
- Gérer la dynamique **interorganisationnelle**
  - Mécanismes de négociation, ententes et « corridors » de services
  - Au sein du CSSS et avec les autres organisations du RLS
  - Entre le local, le régional et le national



# Des fonctions stratégiques à valoriser

## 5. Gestion de l'évaluation

- Identifier cibles réalistes à atteindre:
  - Services de santé et sociaux:
    - Pertinence, qualité, accessibilité, continuité, efficience
  - État de santé
  - Impacts sur certains indicateurs
- Mécanismes d'évaluation et d'imputabilité
  - Évaluation locale → Imputabilité régionale et nationale
  - Support de l'expertise en recherche-évaluation (Agence, AÉTMIS, RUIS, etc)
  - Évaluation des services : court terme
  - Évaluation des impacts sur l'état de santé : long terme (5-10 ans)



# Des conditions de succès

- Importance d'un **leadership clinique**
  - Les professionnels ont l'expertise et l'expérience du "terrain"
  - Ils connaissent les problèmes de services et doivent orienter les solutions
  - Ils ont un pouvoir discrétionnaire sur leurs activités
  - Sur le plan organisationnel, plusieurs sont autonomes (cabinets, GMF, pharmacie)
- Importance d'un **leadership de santé publique**
  - Santé publique : expertise en analyse d'état de santé, épidémiologie, pratiques de prévention, promotion et protection de la santé
  - Santé publique: peu présente sur le terrain local
  - Il faut créer un pont entre la santé publique et les cliniciens



# Des conditions de succès

- Un **leadership administratif** dynamique
  - Rôle essentiel du CA et de la DG:
    - Recentrer les fonctions stratégiques du CA et de la DG
      - Ex.: 5 fonctions stratégiques vues plus tôt
      - Préoccupations stratégiques RLS à l'ordre du jour du CA
    - Recentrer les fonctions de support (RH, RF, RM, RI) pour :
      - Faciliter la réalisation du projet clinique et de santé publique
      - Faciliter la gestion "transversale" du RLS
    - Ajuster le plan d'organisation en conséquence
    - Réclamer les ressources et les leviers à la mesure des responsabilités confiées



# Des conditions de succès

- Des gestionnaires dédiés au projet clinique local
- Un nombre limité de règles simples
  - Ex.: Priorité aux groupes les plus vulnérables
  - Ex.: Choix d'interventions qui ont le plus d'impacts sur la santé de la population
- Ne pas tout chambarder : protéger ce qui va bien !
- Se donner quelques cibles réalisables et débiter par un succès





# Des conditions de succès

- Créer un climat de confiance et de collaboration facilitant le travail interdisciplinaire
- Impliquer les professionnels et les personnes concernées (population) dans l'analyse des problèmes et la définition des solutions
  - Projet clinique et de santé publique adapté aux conditions locales
- Faire appel à la compétence, à l'intelligence, au jugement et à la créativité des personnes
- Décider, agir, évaluer, ajuster : ajustement mutuel continu



En guise de conclusion...



# En guise de conclusion...

- Tous les leviers ne sont pas en place
- Aller de l'avant et provoquer les changements !
  - Fenêtre d'opportunité limitée
  - Ne pas tout attendre du MSSS et de l'Agence: les gestionnaires peuvent et doivent les influencer
  - Exiger les leviers nécessaires
- Pas de modèle unique : adapter l'organisation à la réalité locale



# En guise de conclusion

- Leviers de changement essentiels du MSSS:
  - Systèmes d'information et d'aide à la décision clinique
  - Approche budgétaire population / programmes-services, avec incitations, et budget triennal.
  - Mesures incitatives pour les médecins
- Support et transfert (?) de ressources (santé publique)
  - Agences → CSSS
- Et... à quand une organisation nationale de gestion intégrée du système de santé ≠ du MSSS / RAMQ ???



Merci beaucoup !



**infoveillesante.com**