

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

RAPPORT
D'APPRÉCIATION DE
LA PERFORMANCE
DU SYSTÈME DE
SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

2009 CONSTRUIRE SUR LES BASES D'UNE
PREMIÈRE LIGNE DE SOINS RENOUVELÉE

*Revoir nos façons
de faire pour mieux répondre
aux besoins*
En quelques mots



En quelques mots

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS EST UNE ENTREPRISE COLOSSALE QUI EXIGE L'INTÉGRATION D'UN ENSEMBLE IMPOSANT D'INFORMATIONS. NOTRE PREMIER RAPPORT ANNUEL D'APPRÉCIATION EST LE REFLET DE CETTE COMPLEXITÉ ET DE CETTE NÉCESSITÉ DE PRÉSENTER DE MANIÈRE STRUCTURÉE UNE FOULE DE RENSEIGNEMENTS DIVERS ET UTILES POUR ALIMENTER LA RÉFLEXION. À TRAVERS **QUATRE DOCUMENTS**, QUI S'ADRESSENT À DIFFÉRENTS LECTEURS, CE PREMIER RAPPORT BROSSE UN PORTRAIT DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME, PARTICULIÈREMENT CELLE DE SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS, QUI EST SOUVENT LE PREMIER POINT DE CONTACT DES CITOYENNES ET DES CITOYENS AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

Les quatre documents font écho aux quatre principales fonctions du Commissaire à la santé et au bien-être, soit apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyennes et citoyens, notamment par l'intermédiaire de son Forum de consultation, les experts et les acteurs du système ; informer des résultats le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale, les citoyens ; et, aussi, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

SAVIEZ-VOUS QUE la mission du Commissaire à la santé et au bien-être est d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois ?

CONSTRUIRE SUR LES BASES D'UNE PREMIÈRE LIGNE DE SOINS RENOUVELÉE >

L'exercice d'appréciation a permis de faire ressortir ce qui va bien tout comme ce qui doit être amélioré. Des gains ont été faits ces dernières années à l'égard de l'organisation des soins à l'échelle locale et régionale avec la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services ainsi qu'avec l'émergence de nouveaux modèles d'organisation tels les groupes de médecine de famille (GMF). Toutefois, à la lumière des écarts de performance relevés, force est de constater qu'il reste du travail à faire.

Notre approche distinctive, basée sur l'analyse d'indicateurs de performance et la consultation, nous a permis d'identifier des causes organisationnelles à ces écarts de performance. C'est dans cet esprit que nous avons formulé des recommandations qui, nous le croyons, peuvent aider les cliniciens, les professionnels de la santé, les gestionnaires de tous les niveaux à planifier, à offrir et à évaluer des services, tout en maintenant, pour les années futures, d'excellents niveaux de qualité de soins.

Comme toute organisation qui évolue, notre système de santé et de services sociaux devra s'adapter aux besoins de la population qui changent. Au fil des ans, en observant l'évolution du portrait de sa performance, le Commissaire cherchera à mettre en évidence les meilleures façons d'organiser et de rendre les soins, les services de santé et les services sociaux et d'appliquer les pistes de solution les plus prometteuses.

Nous croyons qu'avec la collaboration de l'ensemble des acteurs du système, il sera possible d'atteindre, ici au Québec, les niveaux de performance que certains pays ont déjà atteints.

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
EST COMPLEXE AU POINT QU'IL N'EST PAS TOUJOURS
BIEN COMPRIS. SON ENVERGURE AMÈNE LE COMMISSAIRE À ADOPTER
UNE ATTITUDE HUMBLE DEVANT L'AMPLEUR DE LA TÂCHE QUI CONSISTE
À EN APPRÉCIER LA PERFORMANCE.

SAVIEZ-VOUS QUE le système de santé et de services sociaux représente le plus important poste budgétaire du gouvernement du Québec avec un budget de dépenses atteignant un peu plus de 24 milliards de dollars, pour l'année 2007-2008 ? Il représente ainsi plus de 44 % des dépenses de programme du gouvernement. Au Québec, 72 % des dépenses totales de santé sont des dépenses publiques contre 28 % qui sont prodiguées par le secteur privé.

SAVIEZ-VOUS QUE l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, c'est 280 000 personnes, soit 6,7 % de la main-d'œuvre active au Québec ? C'est aussi 294 établissements institutionnels qui gèrent 1 754 installations ou lieux physiques qui offrent des services ! Le réseau comprend également plus de 2 000 cliniques médicales de médecine de famille et cliniques spécialisées, 1 660 pharmacies communautaires et plus de 3 000 organismes communautaires...

Désireux d'informer et de porter l'analyse au-delà des recommandations, le travail d'appréciation du Commissaire ne se veut pas une réponse toute faite, ni un palmarès, mais bien une invitation à nous apprivoier, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Chacune et chacun, à notre façon, nous pouvons contribuer à sa performance, à son évaluation et à son amélioration.

LE PREMIER RAPPORT DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Le Commissaire à la santé et au bien-être a reçu le mandat d'apprécier la performance du système de santé et de services sociaux. À l'instar de la citoyenne et du citoyen, il a souhaité comprendre comment fonctionne notre système. Dans les faits, on lui reconnaît certains problèmes ! Comment intervenir pour y remédier ? Quelles recommandations privilégier ?

DÉBUTER PAR FAIRE LE POINT >

Le Commissaire a choisi de dresser d'abord un portrait du système pour mieux connaître son historique, son organisation et ce que l'on sait déjà relativement à sa performance.

Le premier document, intitulé **État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins**, dresse un portrait sommaire de notre système, mais, en particulier, de la première ligne de soins. Pour mieux en saisir les enjeux organisationnels, il faut, au départ, en comprendre la structuration et l'organisation. Un ensemble imposant de renseignements ont été analysés de façon systématique, en plus de données inédites sur le Québec. Le premier document s'adresse à toute personne qui désire mieux comprendre le système de santé et de services sociaux et sa première ligne de soins.

Au Québec, **les services de première ligne** représentent la porte d'entrée, souvent le **premier point de contact** de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent, notamment, les services médicaux de dépistage, de consultation psycho-sociale, de diagnostic et de traitement. La deuxième ligne de soins porte davantage sur les activités prodiguées en centre hospitalier ou à la suite de la recommandation d'un professionnel de la santé.

Les principaux constats de cet état de situation démontrent que, si les soins prodigués demeurent d'une grande qualité et si les personnes s'en montrent très satisfaites :

- La première ligne de soins ne réussit pas à répondre aux besoins des citoyens.
- Des problèmes à avoir un médecin de famille (affiliation) sont présents et des problèmes d'accès aux soins médicaux en découlent.
- Le Québec affiche une pénurie relative de main-d'œuvre médicale en première ligne et une productivité moindre que dans d'autres contextes (autres provinces ou pays), malgré un niveau de ressources humaines comparable.
- Cette situation est également en rapport avec une désaffection envers la pratique de médecine familiale au profit d'une pratique de médecine spécialisée et hospitalière.
- De plus, le fait que les médecins de famille eux-mêmes tendent à se spécialiser et à réduire leur champ de pratique et le fait qu'ils exercent dans les établissements hospitaliers ne font qu'accroître l'impact potentiel de ces constats sur les soins qui s'adressent à la population du Québec.

SAVIEZ-VOUS QUE chaque année, au Québec, on dénombre près de 6 millions de personnes qui reçoivent des services médicaux, plus de 600 000 hospitalisations de courte durée, environ 450 000 chirurgies et plus de 300 000 personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile ? Quelque 87 % des adultes ont utilisé des services de santé au cours des deux dernières années, 71 % ont reçu une ordonnance pour des tests de laboratoire ou de radiologie et 47 % ont été dirigés vers une spécialité. Il n'y a pas à dire, notre système de santé et de services sociaux offre un imposant volume de soins et services, surtout en première ligne.

ANALYSER LES DONNÉES DISPONIBLES >

Le Commissaire à la santé et au bien-être s'est aussi doté d'un ensemble d'indicateurs quantitatifs qui sont le reflet de diverses composantes du système de santé et de services sociaux. Il a comparé notre système aux résultats atteints dans d'autres contextes pour identifier les aspects du système qui méritent notre attention. Ainsi, quelques constats et divers questionnements ont pu être tirés de ces observations.

Le deuxième document, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance: analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Si, dans l'ensemble, la performance se situe dans la moyenne des territoires comparés, des variations ont été notées et les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats de cette analyse, à l'échelle provinciale autant que régionale, nous invitent à examiner tous ensemble les raisons pouvant expliquer les écarts de performance et à réfléchir aux améliorations possibles.

- > Certains constats ont trait à l'organisation des services de santé et de services sociaux en général et suggèrent que **les gens qui accèdent aux soins de santé réussissent à obtenir des services de qualité et en sont satisfaits dans l'ensemble**. C'est un point extrêmement positif à souligner.
- > De plus, les analyses réalisées démontrent que des gains substantiels ont été obtenus au cours des dernières années en ce qui a trait à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux. Ces gains permettent de répondre à l'accroissement des besoins en soins, découlant de la transformation des problèmes de santé de la population, ainsi qu'à l'accroissement constant des capacités d'intervention et de traitement.
- > D'autres constats montrent par contre que certains aspects du système présentent des écarts de performance, et ce, à l'échelle provinciale autant que régionale. La façon dont sont organisés les soins et la productivité méritent une attention particulière.
- > Les variations importantes entre les régions par rapport à l'atteinte des balises de performance, c'est-à-dire les valeurs de référence, indiquent une performance variable et nous invitent à un examen approfondi des modalités particulières de planification, d'organisation, de gestion et d'évaluation des services, qui pourraient être à l'origine de telles variations. **L'intention est d'apprendre de ces écarts de performance et d'échanger sur les pratiques les plus prometteuses** afin d'améliorer davantage la performance du système.

- Si plusieurs des constats qui ont été faits portent sur un ensemble divers de secteurs ou d'activités du système de santé et de services sociaux, d'autres portent plus spécifiquement sur la première ligne de soins. Parmi ces constats, notons le niveau de ressources médicales et les indicateurs liés au climat organisationnel, qui sont favorables au Québec comparativement à l'ensemble canadien.
- Par ailleurs, d'autres constats placent moins favorablement notre système comparativement aux autres provinces. Parmi ces constats, notons des problèmes d'accès aux soins et d'affiliation au médecin de famille ainsi que le recours important à l'urgence pour des problèmes qui peuvent être traités dans les cliniques de première ligne.
- Finalement, la première ligne de soins ne semble pas bénéficier d'une structure organisationnelle moderne comparativement à celle d'autres provinces ou pays comparés, particulièrement en ce qui concerne la pratique médicale de groupe et l'implantation de nouvelles technologies de l'information et de la communication.

SAVIEZ-VOUS QUE le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca) présente un ensemble de tableaux de données et de balisages mis à jour de manière cyclique ainsi qu'un ensemble de produits d'évaluation de la performance ? Vous y trouverez également de plus amples détails au sujet des 200 indicateurs répertoriés dans cet exercice d'appréciation, tels que leurs sources, leurs définitions et les périodes de références utilisées dans les calculs.

CONSULTER POUR MIEUX COMPRENDRE >

La consultation et la délibération sont au cœur de la manière de faire du Commissaire. Le Commissaire à la santé et au bien-être, dans le cadre de sa démarche de consultation, a entendu cliniciens, experts, gestionnaires et citoyens qui possèdent tous, à divers degrés, de l'information utile à une meilleure compréhension de ce qui fonctionne bien, de ce qui fait défaut et des améliorations les plus prometteuses à apporter au système de santé et de services sociaux. Ces consultations ont permis d'échanger sur ce qui serait efficace, faisable et acceptable dans notre contexte.

Le troisième document, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*, fait état des constats et des observations tirés de la consultation. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, certaines conditions liées à leur implantation ont été détaillées.

Rencontre des savoirs scientifiques, organisationnels et démocratiques, chaque étape de la consultation exerce une influence sur le déroulement des autres étapes.

- Dans le contexte de la consultation sur la première ligne de soins, les experts consultés ont élaboré des visions associées à neuf domaines et ils ont ensuite formulé des actions afin d'actualiser ces visions.
- Par la suite, les décideurs ont bonifié, dans certains cas, les visions proposées par les experts et ils se sont penchés sur les actions et la faisabilité de celles-ci.
- Enfin, les membres du Forum de consultation du Commissaire ont manifesté des préoccupations, des conditions à considérer dans l'implantation éventuelle de certaines actions en tenant compte de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs valeurs.

Finalement, ces connaissances combinées à la revue de la documentation et à l'analyse des indicateurs de performance ont permis au Commissaire de formuler des recommandations afin d'améliorer la performance globale du système, tout en misant sur des actions concrètes pour la première ligne de soins qui s'inscrivent dans la réalité et en cohérence avec les valeurs de la société québécoise.

SAVIEZ-VOUS QUE le Forum de consultation du Commissaire est composé de 27 membres, dont 18 citoyennes et citoyens, venant de chacune des régions du Québec, et 9 personnes possédant une expertise particulière en lien avec le domaine de la santé et du bien-être ? Ces gens sont nommés pour un mandat de trois ans. Le Forum doit fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions qu'il lui soumet dans le contexte de ses travaux. En vertu de la loi qui institue le Commissaire, le rapport d'appréciation sur la performance doit faire état de la consultation du Forum de même que de ses conclusions ou recommandations sur chacun des éléments ou questions qui lui auront été soumis au cours de la consultation. Quel bel exercice de participation citoyenne !

REVOIR NOS FAÇONS DE FAIRE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS >

Afin d'éclairer le débat public et la prise de décision gouvernementale à l'égard du système de santé et de services sociaux, le Commissaire a porté un regard sur les données, les études, les fruits de la consultation, et, à la lumière de l'état de situation dressé, a porté un jugement et suggéré des actions visant à accroître la performance du système. Ultimement, année après année, le Commissaire pourra observer l'évolution de la situation et réitérer l'importance de mettre en œuvre certaines mesures.

Le quatrième document, *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée: recommandations, enjeux et implications*, intègre au sein de la discussion entourant les constats et les recommandations du Commissaire les principaux éléments qui ont émergé des trois processus de consultation décrits précédemment. Ces éléments permettront de nuancer les recommandations ou de faire ressortir des aspects qui doivent être considérés dans leur application éventuelle. Ce dernier document fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations sur les plans organisationnel, économique et éthique.

Les 10 recommandations que suggère le Commissaire sont liées les unes aux autres et sont interdépendantes. Ces recommandations se rapportent à quatre aspects fondamentaux des systèmes de santé : l'organisation des soins et les ressources ; les pratiques cliniques et la prestation de services ; la planification et la gestion des activités cliniques ; et le financement.

> AGIR SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET LES RESSOURCES

Recommandation 1

Favoriser la pratique médicale de groupe en première ligne

À la lumière de l'information recueillie, il semble pertinent de poursuivre l'accroissement de la pratique de groupe dans le contexte des soins de première ligne pour permettre aux recommandations subséquentes de s'implanter.

En effet, il serait difficile, voire impossible, d'implanter les autres recommandations dans des milieux cliniques caractérisés par la pratique en solo ou le simple partage de locaux entre médecins. La pratique de groupe a fortement démontré qu'elle est un terreau fertile à l'implantation d'un ensemble plus global d'innovations organisationnelles et de pratiques exemplaires. Un tel accroissement de la pratique de groupe est entamé au Québec, principalement dans le contexte de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF). Nous devons poursuivre sur cette lancée prometteuse.

Recommandation 2

Soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable

Au cours des consultations et dans la documentation scientifique, nous avons observé que l'informatisation est revenue constamment comme un élément fondamental. Plus qu'une fin en soi, l'informatisation des activités cliniques est perçue comme un outil fondamental à l'amélioration des soins et à l'implantation de modèles organisationnels performants. Les exigences de la pratique interdisciplinaire, de la planification des services et de l'évaluation de leur performance nécessitent d'ailleurs une telle base technologique pour s'actualiser. De plus, l'informatisation est un outil clé pour l'inscription de la population (c'est-à-dire faire partie d'une liste de personnes associées à un médecin) et pour la reconnaissance de leurs besoins en soins et services.

Recommandation 3

Accroître l'interdisciplinarité dans la pratique de groupe en première ligne de soins

L'accroissement de l'interdisciplinarité, essentiellement possible dans le contexte de la pratique de groupe et grandement facilitée par le partage d'une assise informationnelle, semble aussi être la base sur laquelle de nouvelles modalités de consultation pourraient permettre d'adapter l'offre de soins aux besoins des populations. Cette interdisciplinarité pourrait également permettre une meilleure participation des personnes et un meilleur soutien aux proches aidants.

> AGIR SUR LES PRATIQUES CLINIQUES ET LA PRESTATION DE SERVICES

Recommandation 4

Explorer de nouvelles modalités de prestation de soins

L'amélioration de la performance passe aussi par l'introduction de nouvelles façons de prodiguer les soins. Il faut dépasser le cadre de la consultation en face-à-face et adjoindre, à l'aide des nouvelles technologies de l'information, de nouveaux modes de consultation adaptés à la modification des problèmes de santé et des capacités des personnes à prendre en charge leur santé (consultations de groupes, consultations par les pairs où les patients atteints d'une maladie partagent leur expertise auprès d'autres patients, par exemple).

Recommandation 5

Favoriser les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution des proches aidants

Dans un avenir rapproché, ces nouvelles modalités de consultation, dans un contexte interdisciplinaire, et une participation accrue et plus efficace des personnes à leurs soins faciliteraient, de fait, l'inscription complète de la population auprès de cliniques de première ligne. La contribution des proches aidants doit, par ailleurs, être soutenue.

Recommandation 6

Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne

Une telle inscription est nécessaire à une meilleure planification des services et à l'intégration d'activités préventives dans les soins donnés au cours des diverses étapes de la vie. Par contre, de réelles inquiétudes sont présentes au sein du système quant à notre capacité d'assurer, à l'ensemble de la population, un accès à des cliniques de première ligne. Nous proposons que l'inscription de l'ensemble de la population qui le désire puisse se faire dans la mesure où des gains sont réalisés à l'égard des autres recommandations dont le but est d'améliorer la performance de la première ligne de soins. Parallèlement, les gains obtenus en ce qui concerne l'inscription des personnes pourraient faciliter l'implantation d'autres recommandations.

> AGIR SUR LA PLANIFICATION ET LA GESTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

Recommandation 7

Revoir les responsabilités cliniques des médecins de première et de seconde ligne

Les modifications organisationnelles dans les façons de rendre les services représentent la base sur laquelle une meilleure planification des services peut se concrétiser. Ces modifications faciliteront la révision du partage des responsabilités entre les professionnels de première et de seconde ligne, dont les rôles sont parfois confondus dans la situation actuelle. Par ailleurs, elles devraient permettre aux équipes de première ligne de se concentrer sur leur rôle de premier contact avec la personne et de prise en charge globale de celle-ci et de sa santé.

Recommandation 8

Mettre au point des mécanismes de gouverne clinique en première ligne de soins

Et

Recommandation 9

Planter des mécanismes d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique

Les instruments de gouverne clinique et d'appréciation de la performance permettront d'ajuster l'offre de services en fonction des besoins prioritaires des personnes et des populations par l'emploi de méthodes démontrées comme efficaces de même que par l'amélioration continue de la qualité.

> AGIR SUR LE FINANCEMENT DES SOINS

Recommandation 10

Réaligner le mode de rémunération des médecins

De manière ultime, le sujet de la rémunération des médecins de première ligne est revenu comme un autre thème central. Plus qu'une fin en soi, la révision des modes de rémunération, dans le contexte du financement public des services médicaux, s'est révélée comme un des éléments pouvant faciliter l'implantation des autres mesures telles que la pratique de groupe interdisciplinaire, l'inscription de la population et l'appréciation de la performance.

10 recommandations intimement liées entre elles

Nous avons tenté de déterminer les causes organisationnelles des écarts de performance de notre système. Nous avons ainsi formulé des recommandations qui pourront aider les cliniciens, les professionnels de la santé et les gestionnaires de tous les niveaux à planifier, à offrir et à évaluer des services, tout en maintenant, pour les années futures, d'excellents niveaux de qualité de soins. La pénurie de ressources humaines que nous vivons s'est révélée être, entre autres, le résultat d'une utilisation inappropriée des professionnels et d'un faible soutien organisationnel pour en maximiser la contribution. Ainsi, il ne s'agit pas uniquement d'ajouter des ressources ou de leur demander de faire la même chose, de la même façon qu'auparavant, mais surtout de réorienter l'action des médecins et des autres professionnels et de les aider dans cette tâche.

Les soins directs aux patients représentent environ 90 % des activités des médecins de famille. Alors que 62 % des médecins de famille canadiens indiquent exercer principalement dans un cabinet ou une clinique privée, au Québec, près de 50 % des médecins de famille pratiquent en centre hospitalier, plus de 25 % le font en salle d'urgence et plus de 10 %, en cliniques sans rendez-vous.

FAISONS NÔTRE LE PROJET D'AMÉLIORATION CONTINUE PROPOSÉ! >

Nous convions le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'ensemble des acteurs du réseau, à considérer attentivement les dix recommandations et à les voir dans une séquence logique. Elles représentent, nous le croyons, les jalons importants d'une démarche d'amélioration de la performance de la première ligne de soins pour les prochaines années. **À court terme, ce sont des répercussions importantes pour notre système qui pourraient en découler**, autant en ce qui concerne la satisfaction envers la première ligne et l'état de santé des personnes qu'en ce qui concerne son impact sur la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux.

