

L'urgence et les services de première ligne Enjeux de la réforme Couillard

Journées annuelles de santé publique

Léonard Aucoin, M.Ps. M.P.H.

Montréal

1^{er} décembre 2004



Les constats


infoveillesante.com

Cette présentation a été effectuée le 1^{er} décembre 2004, au cours de la journée « L'urgence dans notre système de santé : un lieu révélateur des problèmes et une occasion d'action pour la santé publique » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2004. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/>.

Diagnostic de la Commission Clair

- Problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité, de coordination, surtout en **première ligne**:
 - "Silos", rigidité organisationnelle, incitations "non alignées", etc.
- **Urgence** = porte d'entrée la plus accessible (24 / 7)
 - Pour les patients
 - Accès à un médecin
 - Pour les médecins
 - Accès au plateau technique
 - Admission à l'hôpital
 - Suivi de patients

Les solutions proposées par
la réforme Couillard

Des CSSS et des RLS

- Centre de santé et de services sociaux (CSSS) = Un nouvel établissement
 - issu de la fusion de CLSC-CHSLD et, sauf exception, de CH
 - une population, un territoire local
 - une gouverne (CA - DG)
 - gère les anciens établissements et coordonne un RLS
- Réseau local de services (RLS) = CSSS + GMF et cabinets + organismes communautaires + entreprises d'économie sociale + pharmacies + ressources privées d'hébergement

CSSS ≠ RLS

RLS > CSSS



Deux principes directeurs

- Responsabilité populationnelle
- Hiérarchisation des services



Responsabilité populationnelle

- 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

Hierarchisation des services

- Organisation et utilisation optimale des services :
 - Organisation cohérente d'une forte 1^{re} ligne de services intégrés, santé et social.
 - Référence judicieuse à la 2^e et 3^e ligne
 - Ententes contractuelles bi-directionnelles pour « corridors de services »
 - Avec le CH régional et le RUIS associé
 - Avec Centre Jeunesse et Centres de réadaptation (RUISS ?)
 - Déconcentration

Un « projet clinique » à bâtir

- Organisation des services cliniques autour de 9 programmes-services:
 - 2 programmes pour l'ensemble de la population
 - Santé publique
 - Services généraux – activités cliniques et d'aide
 - 7 programmes pour des problématiques particulières
 - Perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Déficience physique
 - Déficience intellectuelle et TED
 - Jeunes en difficulté
 - Dépendances
 - Santé mentale
 - Santé physique

 infoveillesante.com

Un « projet clinique » à bâtir

- 2 réserves face aux documents de l'AHQ-ACCO:
 - AHQ - ACCO:
 - Urgence intégrée dans Programme santé physique avec soins aigus spécialisés et surspécialisés (2^e ligne)
 - Activités de santé publique (prévention) trop séparées des activités cliniques
 - Ma perception:
 - Urgence :
 - Une des portes d'entrée dans le réseau (souvent à défaut.de...)
 - Lieu de 1^{re} ligne (surtout en région)
 - Lieu d'interface entre 1^{re} et 2^e ligne
 - Il faut mieux intégrer les activités de prévention et les activités cliniques

 infoveillesante.com

Des solutions suffisantes pour réorganiser les services de 1^{re} ligne et d'urgence ?


infoveillesante.com

CSSS = un mandat élargi

- Responsabilité et pouvoir d'assurer l'accès aux services à sa population et d'en suivre / améliorer l'état de santé:
 - Cohabitation d'une logique de services cliniques et d'une logique de santé publique
 - Gestion des services du CLSC, CHSLD et CHCD (sauf exception)
 - Coordination / négociation des services RLS
 - Négociation avec CH / RUIS
- Mandat d'organiser, avec les partenaires, les services de 1^{re} ligne, y inclus les services d'urgence
- Mandat d'analyser la situation de l'urgence de façon systémique


infoveillesante.com

Une analyse “systémique” de l’urgence

- La **clientèle**:
 - Combien ? Elle vient d’où ? Pour quelles raisons ? Seule ou référée ? Par qui ?
 - Peut-on la catégoriser (PAPA, maladies chroniques, santé mentale, trauma, etc.) ?
 - Pour chaque catégorie,
 - Qu’est-ce qui se passe: en amont ? à l’urgence ? en aval ?
 - Y a-t-il des “trajectoires” (*workflow*) continues ? ou brisées?
 - Où sont les bris ?


infoveillesante.com

Une analyse “systémique” de l’urgence

- Les **ressources**: double “mapping”
 - **Nature** des ressources, localisation, perceptions
 - **Processus** d’accès aux ressources, liens, modalités, perceptions
 - En **amont** : cabinet de médecins, GMF, services pré-hospitaliers d’urgence, info-santé, soins à domicile, services sociaux, etc.; accessibilité aux médecins avec ou sans rendez-vous, accessibilité aux plateaux techniques, aux consultations, gestion de crises santé mentale, information sur les services et leur accessibilité, etc
 - À l’urgence : omnipraticiens vs urgentologues vs infirmières cliniciennes ou praticiennes, etc.; fonction de triage, accès aux plateaux techniques et consultations, etc.
 - En **aval** : lits de CHCD, lits de CHSLD et autres ressources d’hébergement, soins et maintien à domicile, services psycho-sociaux et de santé mentale, etc.


infoveillesante.com

Une analyse “systémique” de l’urgence

- L’organisation et les incitations:
 - Responsabilités, prise de décision
 - Dynamique interprofessionnelle et interorganisationnelle
 - Leadership clinique et leadership de gestion
 - Mécanismes de participation des cliniciens
 - Mécanismes de coordination
 - Incitations financières et organisationnelles

Une analyse “systémique” de l’urgence

- L’accès et le partage d’informations et de savoirs
 - Les informations cliniques (accès au dossier médical, au dossier pharmacologique, aux résultats de tests et de consultation, etc.)
 - Les informations de gestion (volume et nature des cas, nature des interventions, informations sur le processus [attentes, délais, etc.])
 - Les savoirs cliniques et de gestion

Une analyse “systémique” de l’urgence

- Les “Meilleures pratiques”:
 - Pour le fonctionnement de l’urgence et sa gestion
 - Pour les principales clientèles de l’urgence:
 - Les interventions cliniques
 - Les interventions de prévention secondaire
 - Les interventions de santé publique
 - Les modalités de gestion


infoveillesante.com

Une analyse “systémique” de l’urgence

- La **place relative** de l’urgence dans le système local de soins :
 - Urgence d’un hôpital tertiaire universitaire (CHUM ou CUSM)
vs
 - Urgence d’un hôpital sous-régional ou régional (Rimouski)
vs
 - Urgence d’un petit hôpital communautaire (Îles-de-la-Madeleine)
- Toutes reçoivent une clientèle dite de 1^{re} ligne, mais leur rôle va varier


infoveillesante.com

Une stratégie de mise en place

- Vision du "souhaité" vs le "réel" : écarts à combler
- Identifier les forces et les opportunités
- Cibles prioritaires, réalisables : commencer par un succès
- Engagement du CA, de la DG, du CMDP, CII, des partenaires, etc.
- Impliquer les professionnels et les gestionnaires de premier niveau: faire appel à la créativité, à l'intelligence
- Choisir les meilleures personnes pour la "job" à faire : leadership clinique, de santé publique et de gestion
- Structure de pilotage, plan de déploiement, mécanismes de soutien, mesures de résultats, monitoring
- Décider, agir, évaluer, ajuster : processus itératif

Les enjeux

Des enjeux...

- **Cliniques:**
 - Comment améliorer les problèmes d'accessibilité ? de continuité ? de qualité / sécurité ?
 - Comment mieux répondre aux maladies chroniques ?
 - Comment améliorer accès et partage d'informations et de savoirs ?
- **Organisationnels:**
 - Comment faire travailler, en vrai "réseau", les différentes disciplines, les différentes organisations lorsque requis ?
 - Comment faire émerger un leadership clinique et de santé publique ?
 - Comment assumer la gouverne clinique et de gestion?


infoveillesante.com

Des enjeux...

- **Socio-politiques:**
 - Comment améliorer la satisfaction des utilisateurs et de la population?
 - Comment mieux maîtriser la croissance des coûts ?
 - Comment concilier standardisation – flexibilité, centralisation – décentralisation ?
- **Éthiques:**
 - Équité vs Performance technologique vs Pertinence vs Efficience
 - Respect de la personne (confidentialité, consentement, dignité)
 - Répartition de ressources limitées


infoveillesante.com

En conclusion...

- Si l'urgence = révélateur des problèmes du système de santé, pourquoi ne pas:
 - En faire une analyse systémique ?
 - Dans l'optique d'un réseau local de services de 1^{re} ligne pour une population
 - En interface avec la 2^e et 3^e ligne
 - En intégrant logique clinique et logique de santé publique
 - En tirer les leçons et les appliquer ?