

Le mode d'organisation optimal des ressources et des services en Montérégie: une réflexion critique

Quatrième colloque montérégien
sur les réseaux locaux de services

Raynald Pineault, MD, Ph.D.
avec la participation de
Marjolaine Hamel
Liliane Foisy

25 et 26 mai 2006
Château Vaudreuil

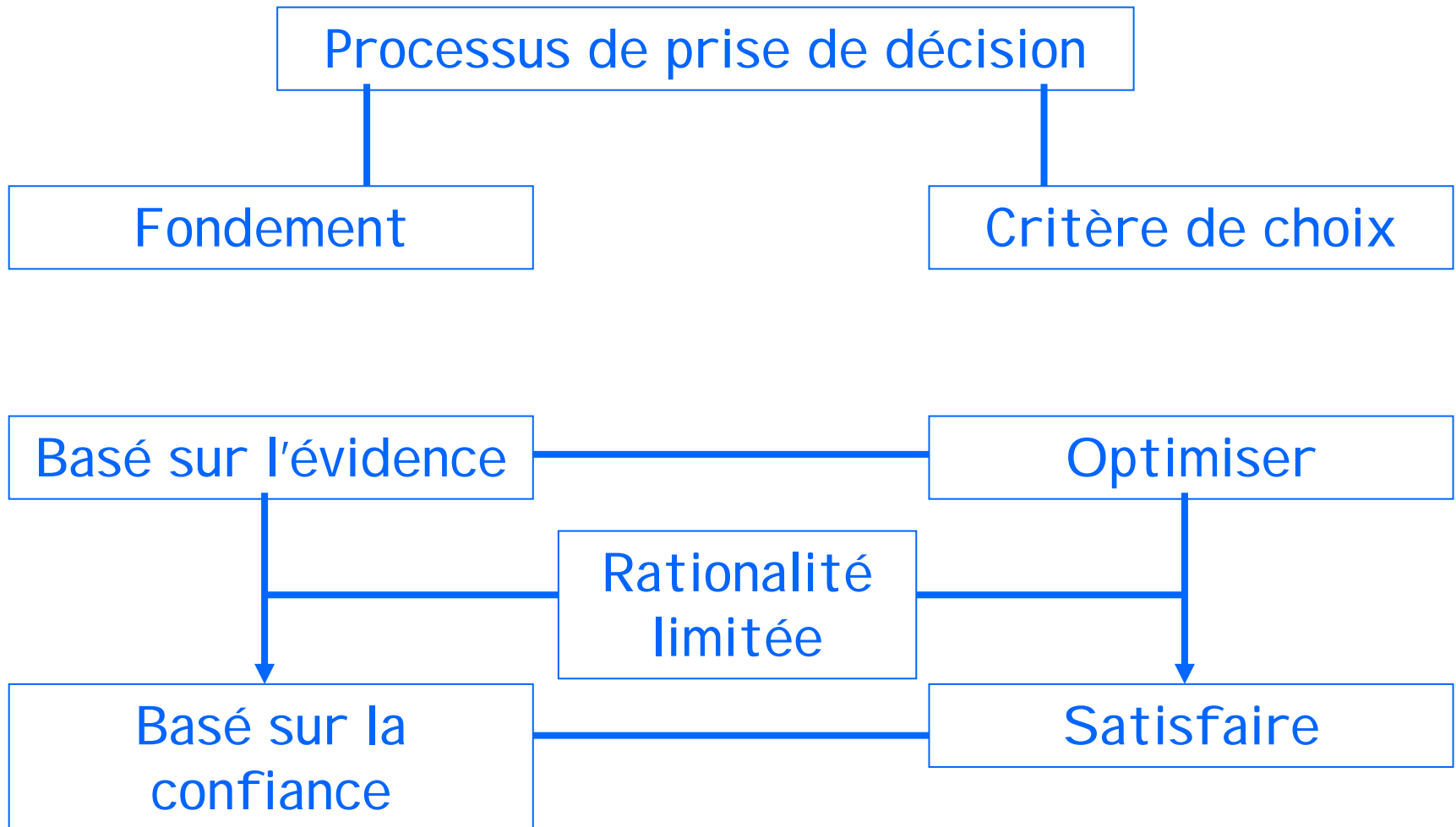
Plan de la présentation

1. Éléments de réflexion sur l'évidence (données probantes) en matière de modèles d'organisation
2. Existe-t'il des modèles organisationnels optimaux de première ligne?
3. Quelques données sur l'organisation de la 1^{re} ligne en Montérégie: ses forces, ses points faibles

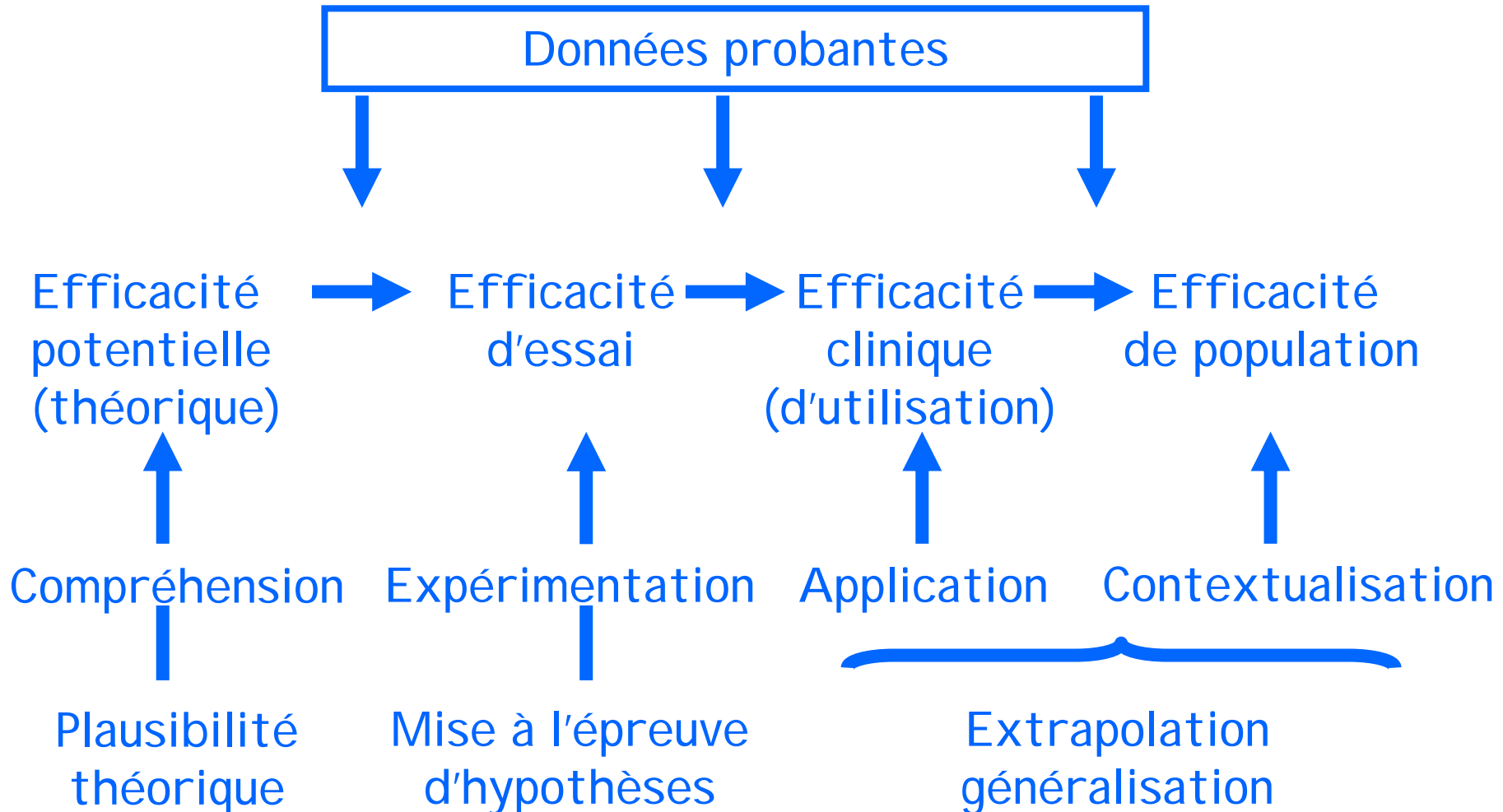
1. Réflexion sur l'évidence

- L'évidence absolue n'existe pas (comme la certitude) et elle est insuffisante pour la prise de décision éclairée
- Il n'y a pas une évidence, mais des évidences
- L'optimalité est une utopie dans les organisations

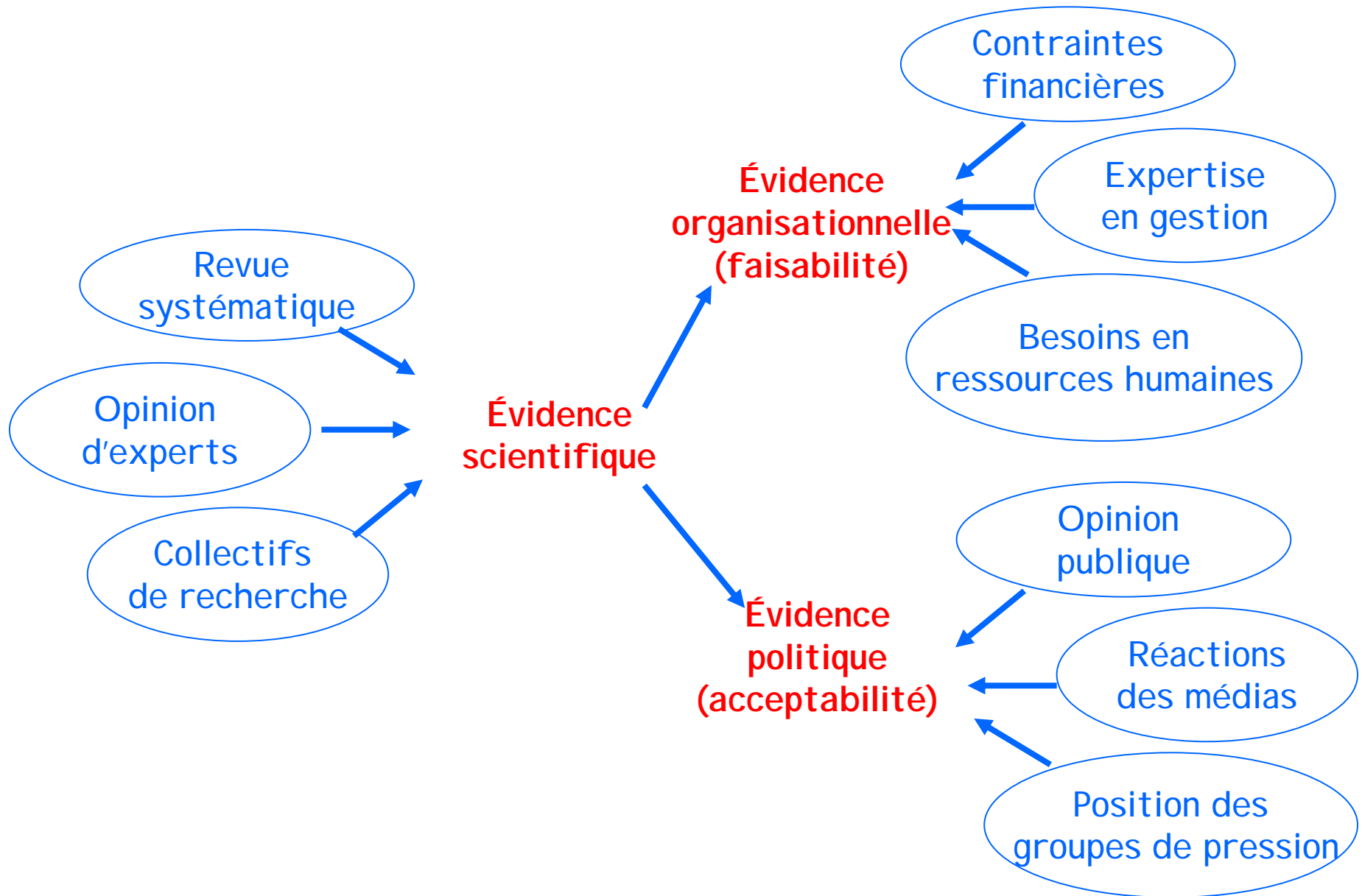
Le processus décisionnel: fondé sur l'évidence ou la confiance?



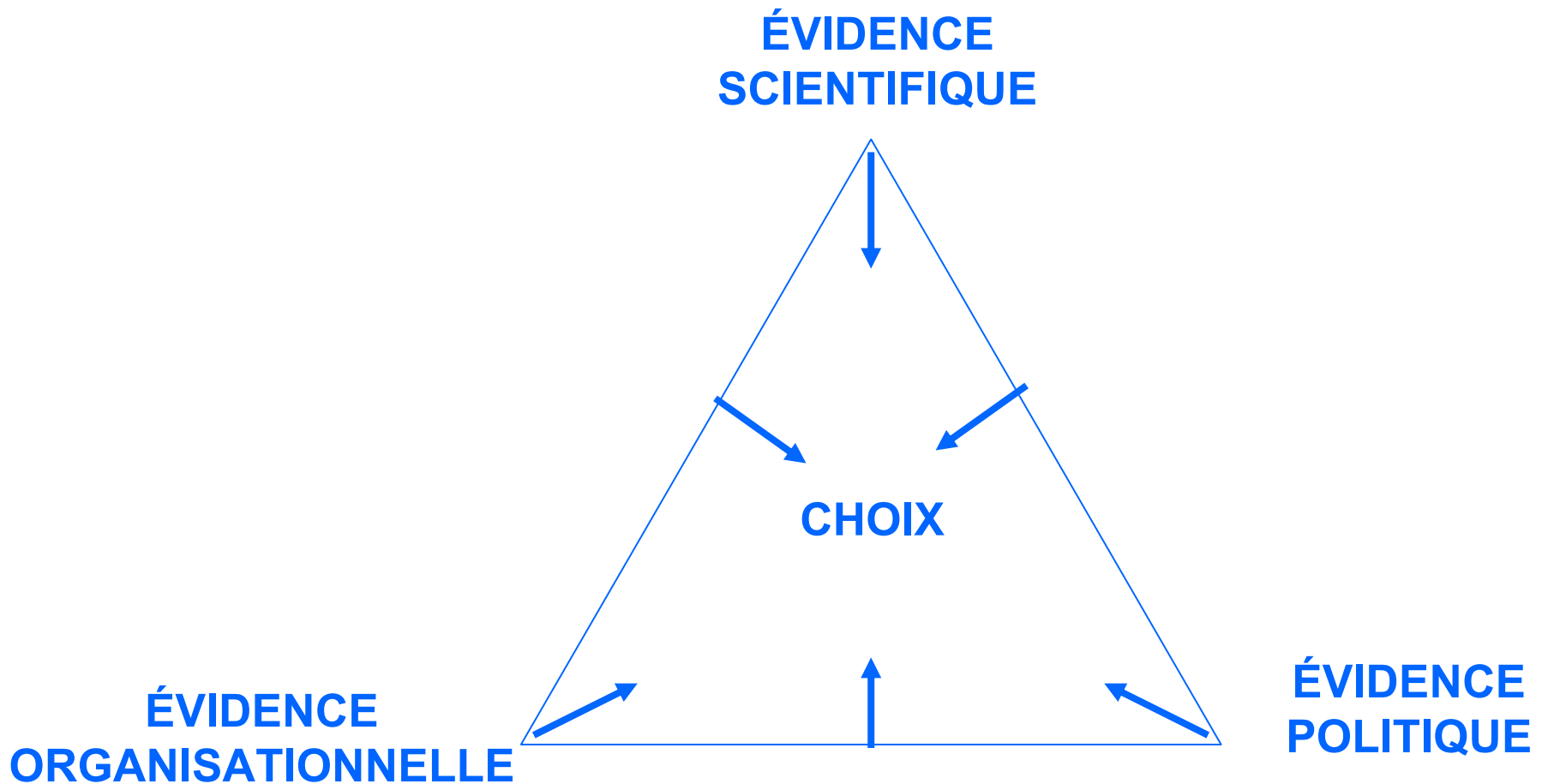
Les données probantes révèlent différents types d'efficacité



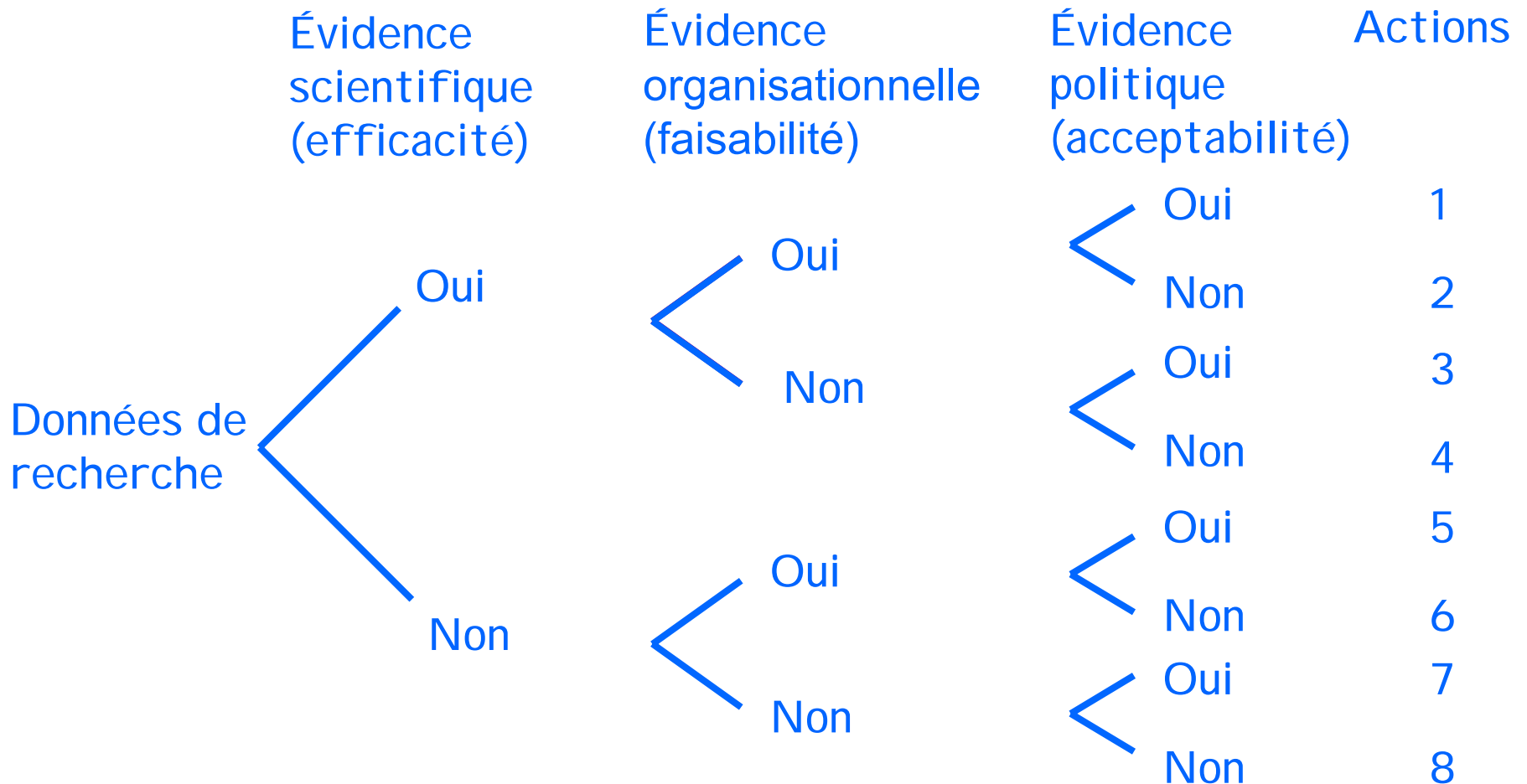
Les types d'évidence selon Klein



Les choix basés sur les évidences selon Klein



Algorithme pour le choix de priorités





**Collectif de recherche
sur l'organisation
des services de santé
de première ligne
au Québec**

Auteurs du rapport synthèse

Raynald Pineault, M.D., Ph. D.

Pierre Tousignant, M.D., M. Sc.

Danièle Roberge, Ph. D.

Paul Lamarche, Ph. D.

Daniel Reinharz, M.D., Ph. D.

Danielle Larouche, M. Sc.

Ginette Beaulne, B. Sc., P.N.P.

Dominique Lesage, inf., M. Sc.

Résultats des recherches

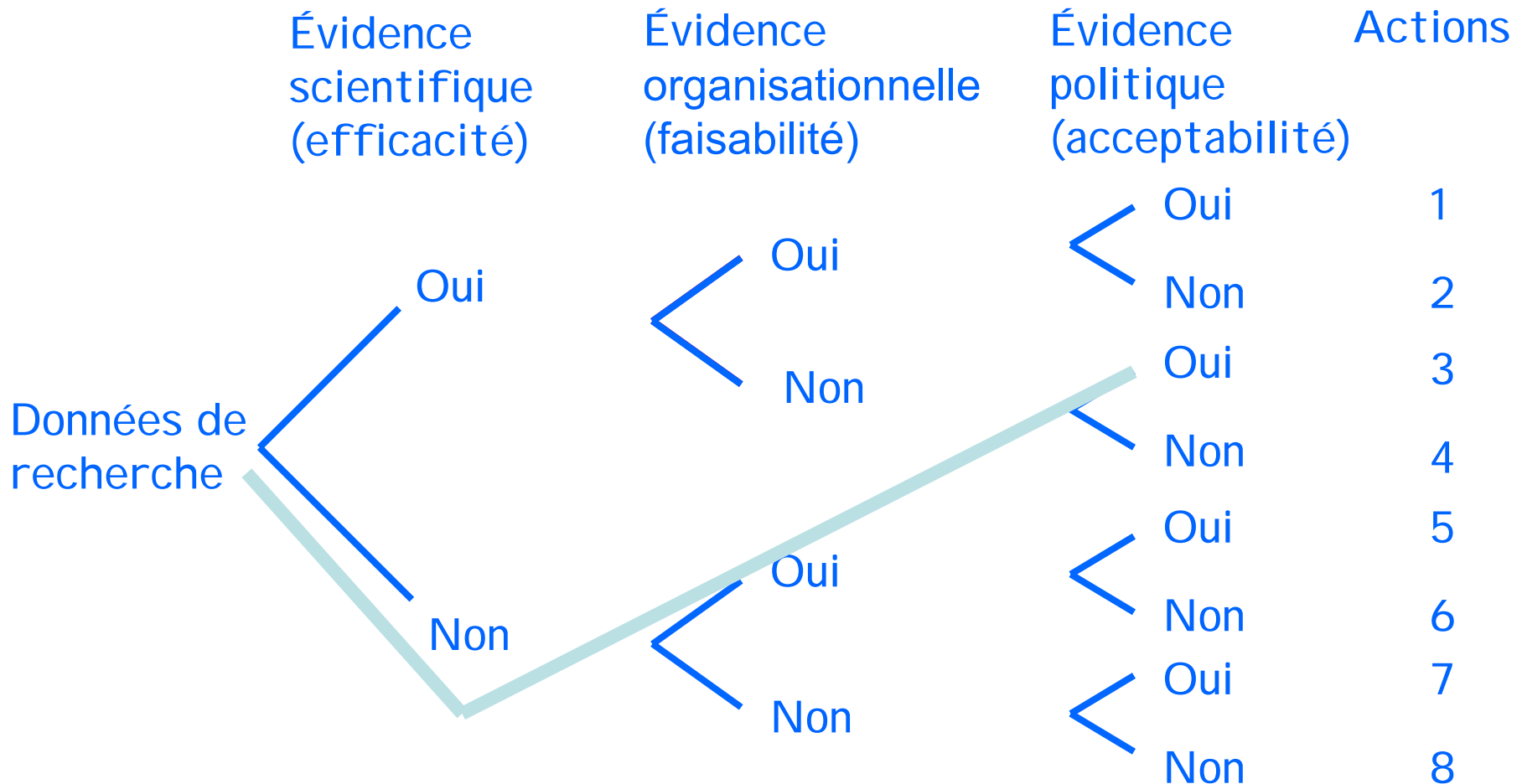
Le recours aux fusions ou à l'intégration des établissements peut retarder l'émergence ou la mise en œuvre des réseaux intégrés (28)

Ce n'est qu'une fois que les progrès ont été réalisés en matière d'intégration clinique que les acteurs sont convaincus de l'importance de regrouper les établissements (23)

Points de vue exprimés par les décideurs le 3 février 2005

Le cadre législatif (lois 25 et 83) et les fusions d'établissements vont faciliter la réalisation des projets cliniques

Application de l'algorithme de priorisation: la création des CSSS (fusion des établissements)



Cependant, toujours selon les recherches,

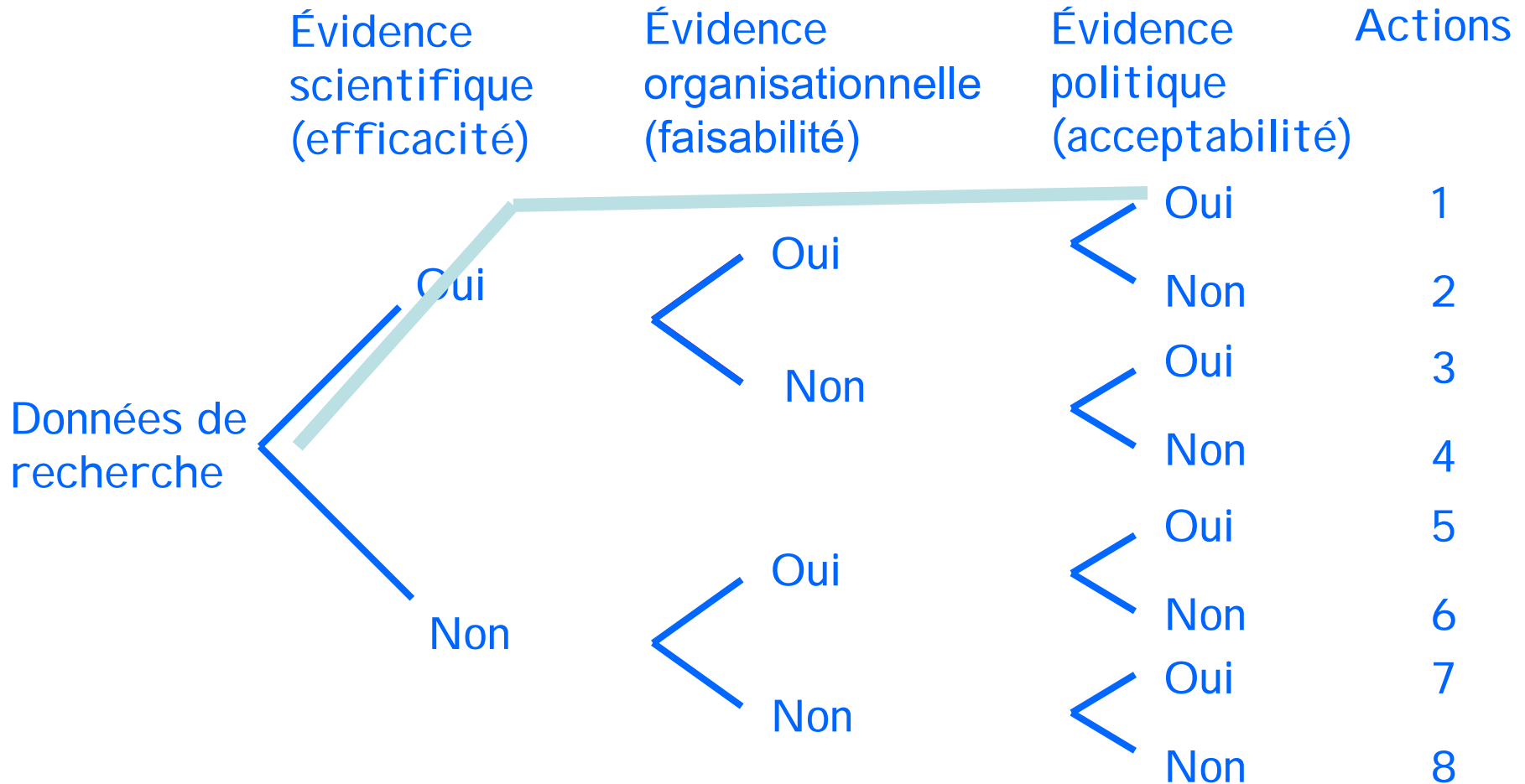
Conditions favorables à l'implantation

- histoire locale de projets réussis
- pratiques médicales polyvalentes et coordonnées
- implication active de la population
- soutien et implication des organisations locales

- pas de modèle unique; dépend des dynamiques locales
- place importante accordée aux pratiques professionnelles plutôt qu'à l'administratif
- mais soutien de l'administration : important
- beaucoup de temps/patience

- incitatifs financiers, professionnels et autres appropriés et clairs
- vision partagée du changement
- relation de confiance entre les professionnels et les gestionnaires

Application de l'algorithme de priorisation: les conditions associées au succès d'implantation des CSSS



2. Modèles organisationnels de 1^{re} ligne

- 2.1 Un seul modèle ne peut réaliser tous les objectifs souhaitables
- 2.2 Besoin de combiner plus d'un modèles pour atteindre l'ensemble des objectifs dans un système ou un réseau

Contexte est important

- 2.3 Un même modèle peut « performer » de façon différente dans différents contextes (interaction modèle/contexte)
- 2.4 Configurations de modèles qui émergent, différents d'un contexte à l'autre (interaction combinaison de modèles/contexte)

Synthèse des politiques Services de première ligne

Fondation canadienne de la recherche sur les services de
santé,
Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau
Brunswick,
Ministère de la Santé de la Saskatchewan,
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec,
Santé Canada

Chercheurs : P. Lamarche, M.D. Beaulieu, R. Pineault,
A.P. Contandriopoulos, J.L. Denis, J. Haggerty

Collaborateurs : D. Larouche (coord.), L. Cazale,
R. Geneau, J.M. Jalhay, R. Lebeau, A. Moursli,
M. Perron, G. Tré

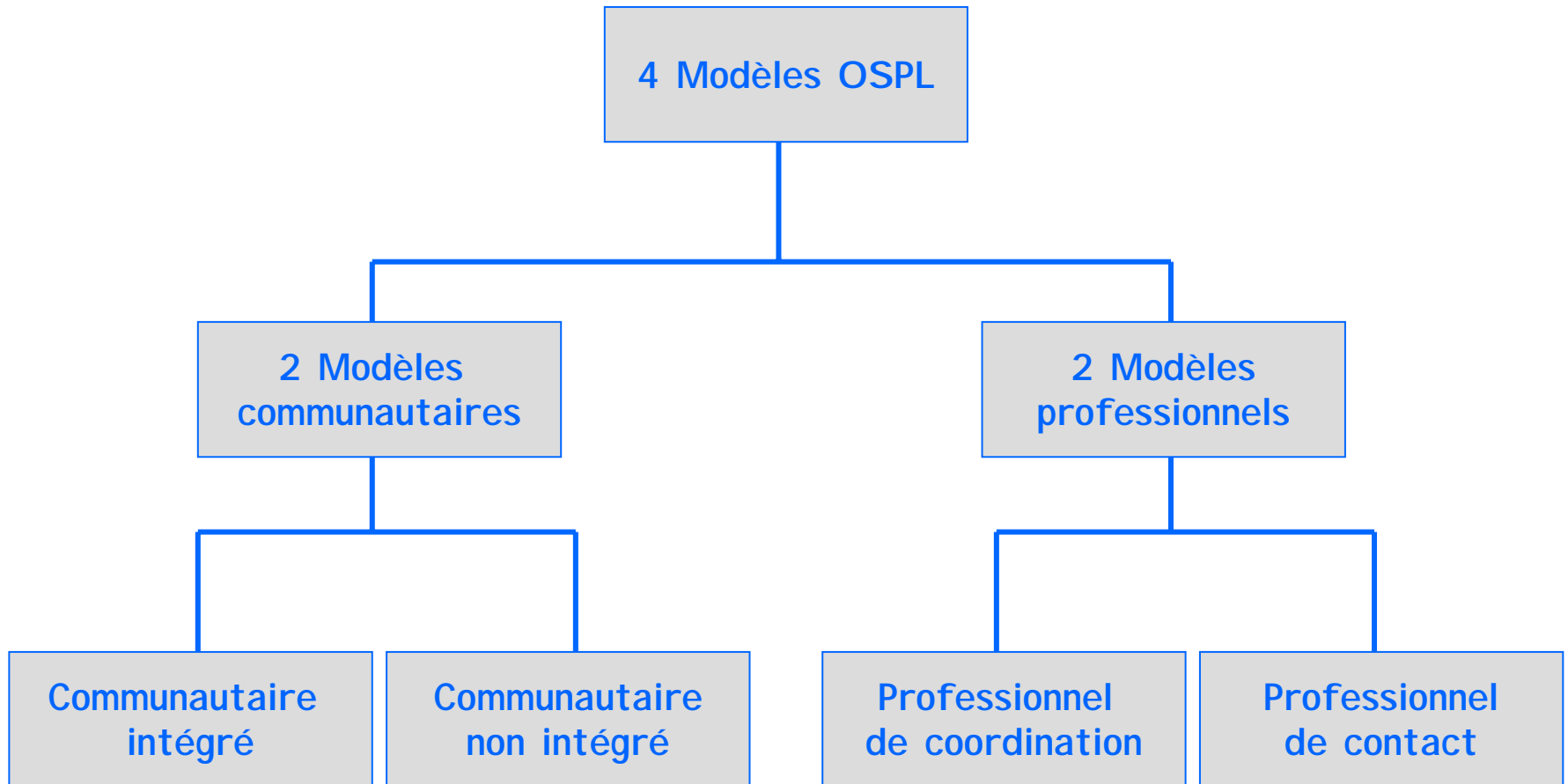
Sélection cas

28 cas sélectionnés

❖ Provenance :

- ✓ International: 1
- ✓ Canada : 16
- ✓ Europe: 8
- ✓ ÉU: 1
- ✓ Océanie: 2

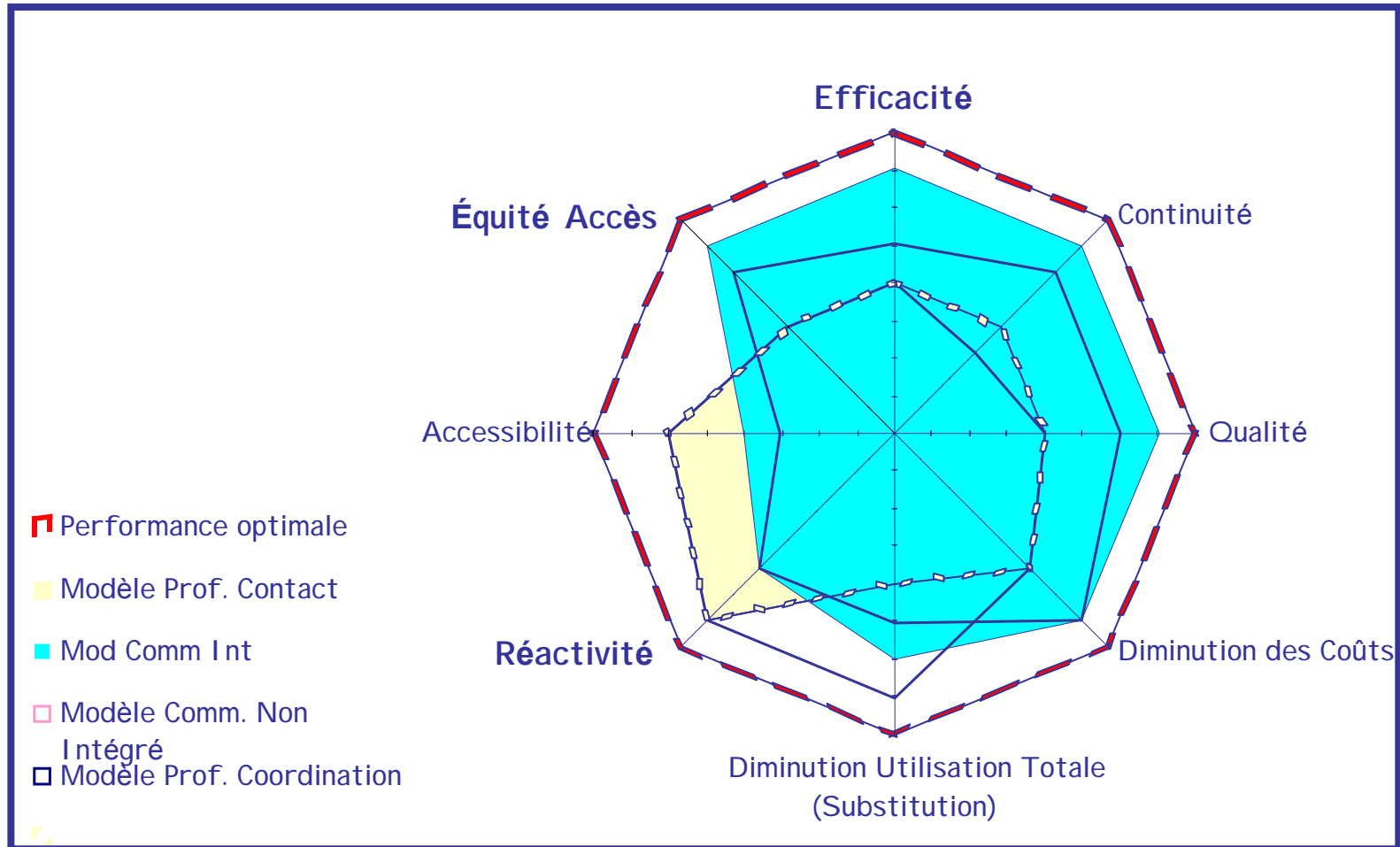
Taxonomie de modèles d'organisation de services de 1ère ligne : résultats



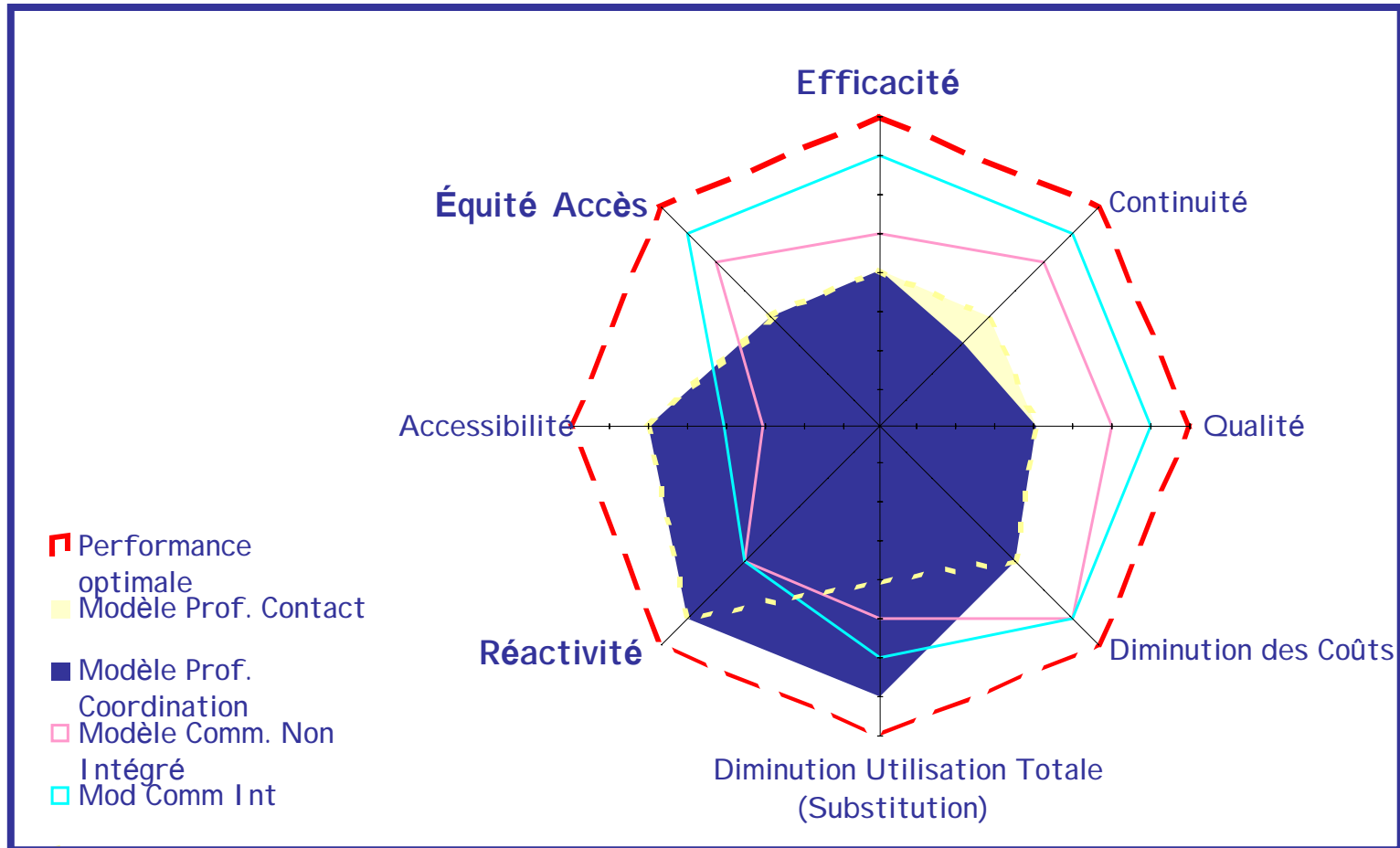
Caractéristiques les plus discriminantes pour différencier les modèles de la taxonomie

		Responsabilité à l'égard	
		d'une population	d'une clientèle
Intégration/ Coordination	+	Modèle communautaire intégré	Modèle professionnel de coordination
	-	Modèle communautaire non intégré	Modèle professionnel de contact

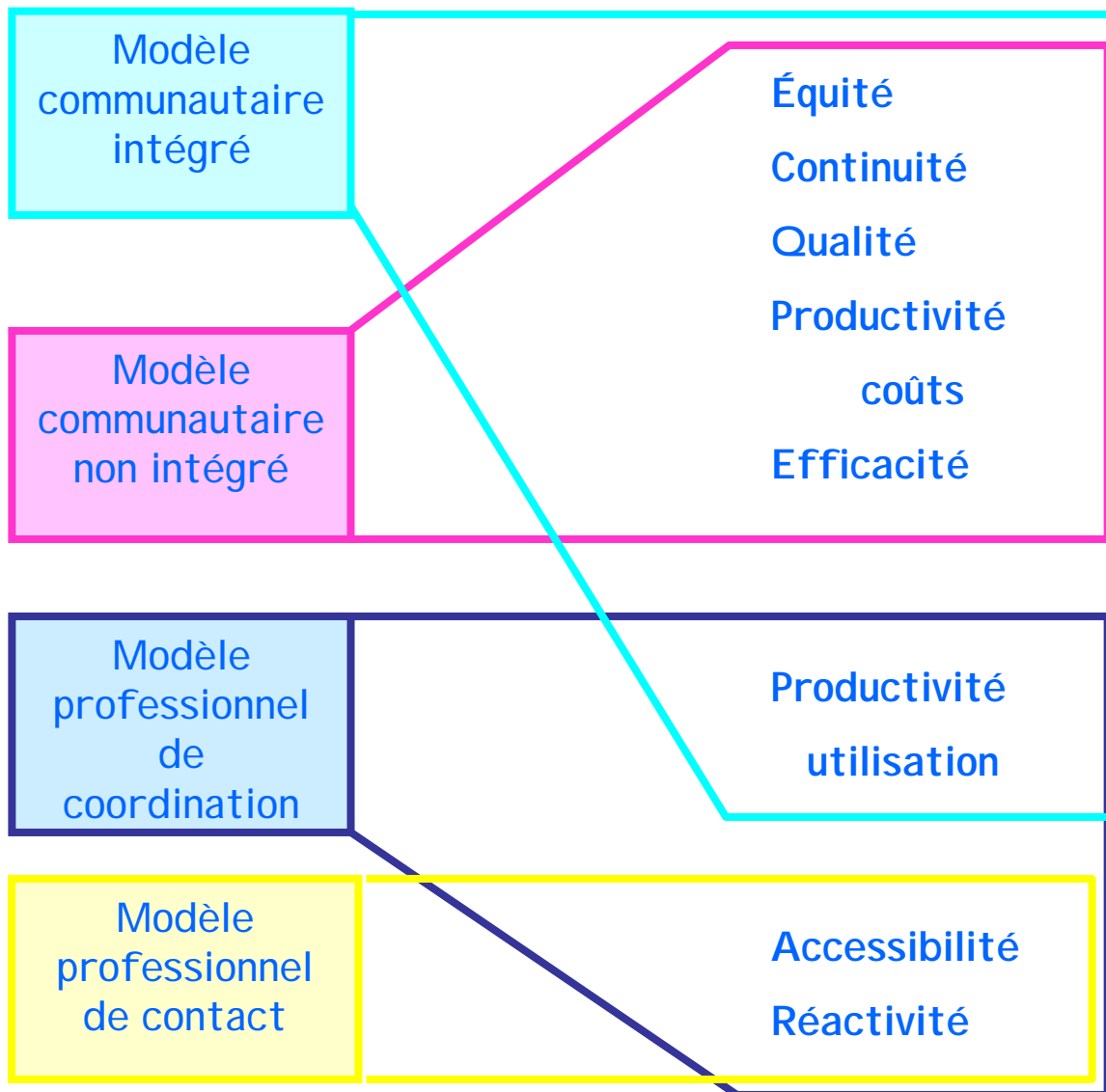
Effets des modèles communautaires



Effets des modèles professionnels



Configuration d'effets liés aux modèles



Cette synthèse a proposé un outil utile pour l'analyse des choix de politiques de santé

- a) Si les objectifs à atteindre sont précisés, il permet le choix d'un ou de modèles le(les) plus susceptible(s) de les réaliser
- b) Si un modèle est préféré a priori, ou une combinaison de modèles, il permet d'anticiper les résultats qui seront atteints et d'assumer les conséquences de ce choix

3. Quelques caractéristiques de l'organisation des services de 1^{re} ligne en Montérégie



L'accessibilité et la continuité des services de santé

Une étude sur la première ligne au Québec

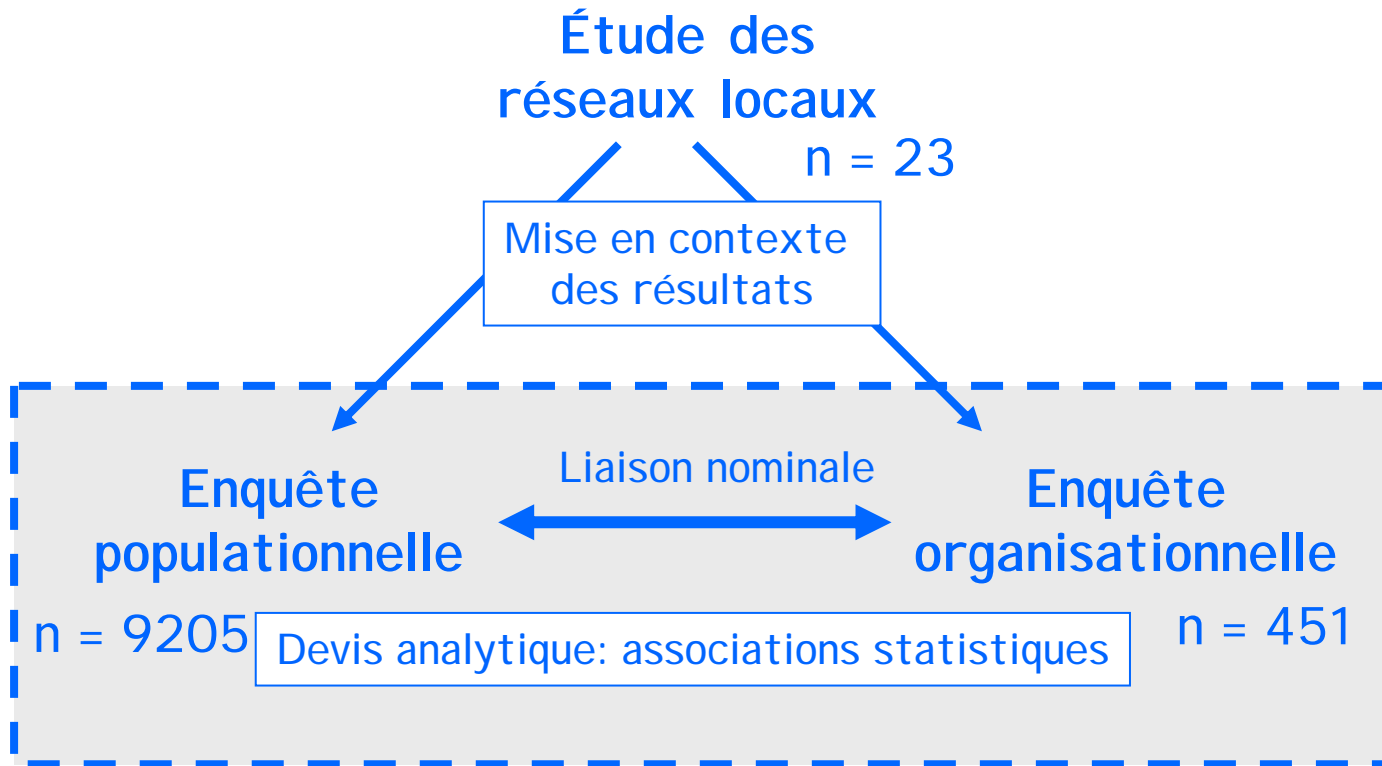
Équipe de base

Raynald Pineault, Jean-Frédéric Levesque, Marjolaine Hamel,
Danièle Roberge, Brigitte Simard, Liliane Foisy et Lauriane Robert

Cochercheurs et collaborateurs

Paul Lamarche, Pierre Tousignant, Léo R. Poirier, Marie-France
Raynault, Jeannie Haggerty, James Hanley, Mike Bénigéri, Pierre Bergeron,
Ginette Beaulne, Costas Kapetanakis, Geneviève Baron, Diane Ouellet,
Danielle Larouche, Linda Cazale, Dominique Lesage, Michèle Perron, André
Tremblay, Yvon Brunelle, Serge Dulude et Michel Marcil

Le devis



Enquête organisationnelle

- Auto administré + suivi (20-30 min)
- Informateurs-clés/organisation
- Information recherchée:
 - Vision/valeurs (répond aux besoins ou à la demande)
 - Ressources (MDs, infirmières, personnel, système d'information...)
 - Structure (gouverne, mécanismes de coordination...)
 - Pratiques (favorisant la continuité et l'accessibilité)
 - Collaborations intra et interorganisationnelle

Les entités enquêtées

- Médecins généralistes ou omnipraticiens offrant des soins de premier contact:
 - Bureaux de médecins
 - Cliniques et polycliniques médicales
 - Groupes de médecine de famille (GMF)
 - Unité de médecine familiale des CLSC et centres hospitaliers universitaires
- Mise à jour des listes de cliniques
 - DRMG, DAMU, Info-santé, MSSS, programmes DSP, et enquête population

Le taux de réponse

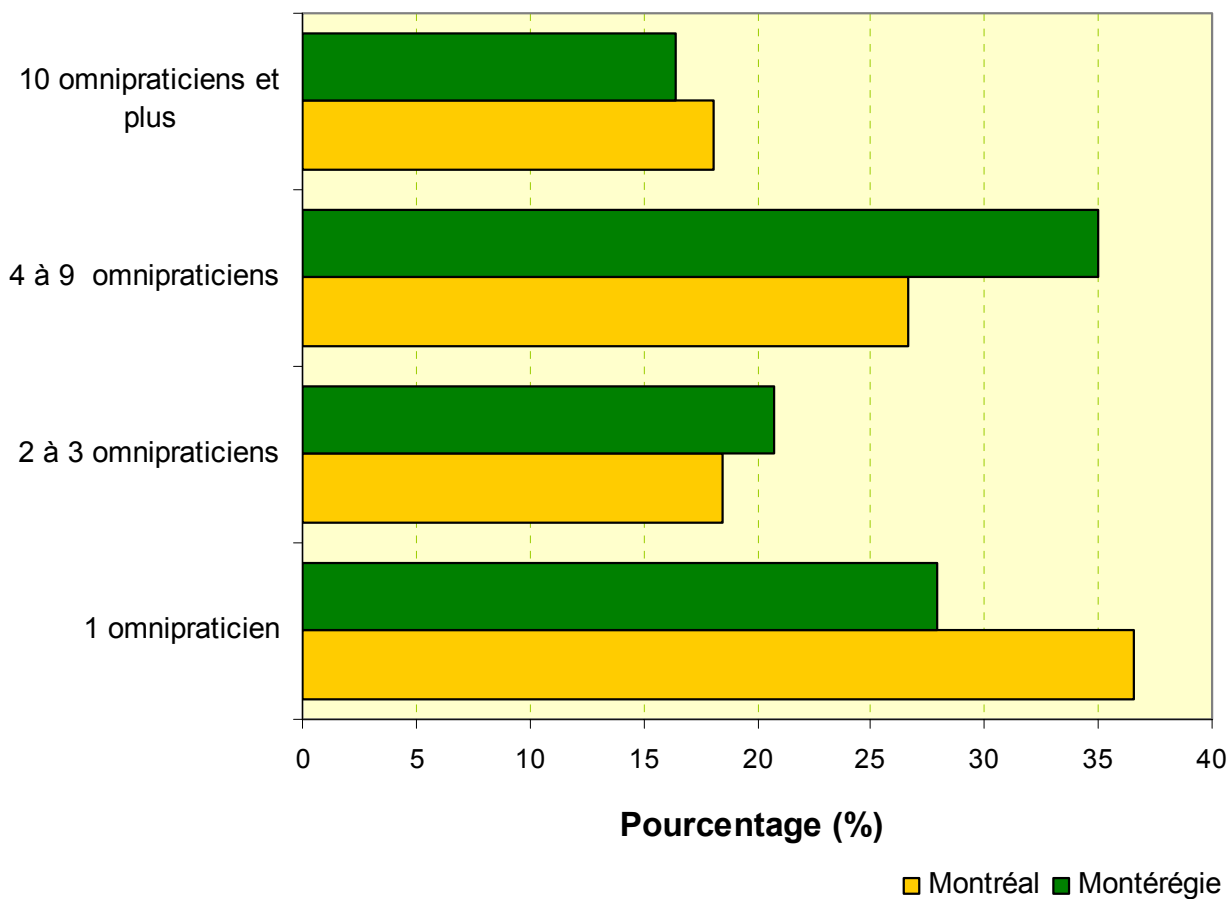
Taux de réponse selon le nombre de sites organisationnels éligibles

	Montréal	Montréal	Total
TOTAL (sites éligibles)	383	215	598
Reçus	274	177	451
Non reçus	109	38	147
Taux de réponse	71,5%	82,3%	75,4%

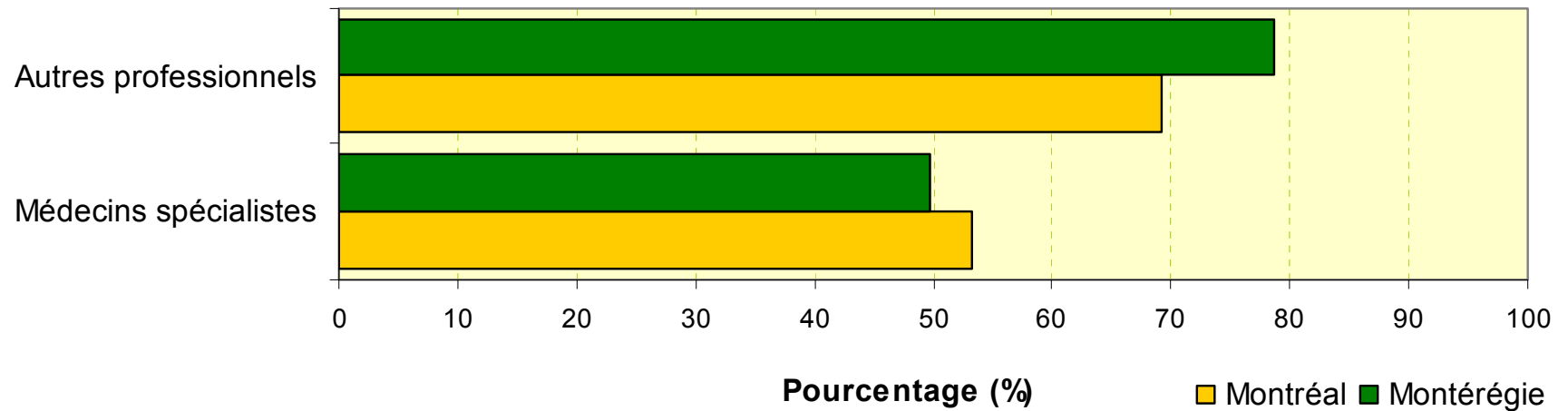
$$\text{TAUX DE RÉPONSE} = \frac{\text{REÇUS: Nombre de sites organisationnels éligibles dont au moins un questionnaire complet ou incomplet a été reçu}}{\text{TOTAL: Nombre de sites organisationnels éligibles}}$$

Résultats préliminaires

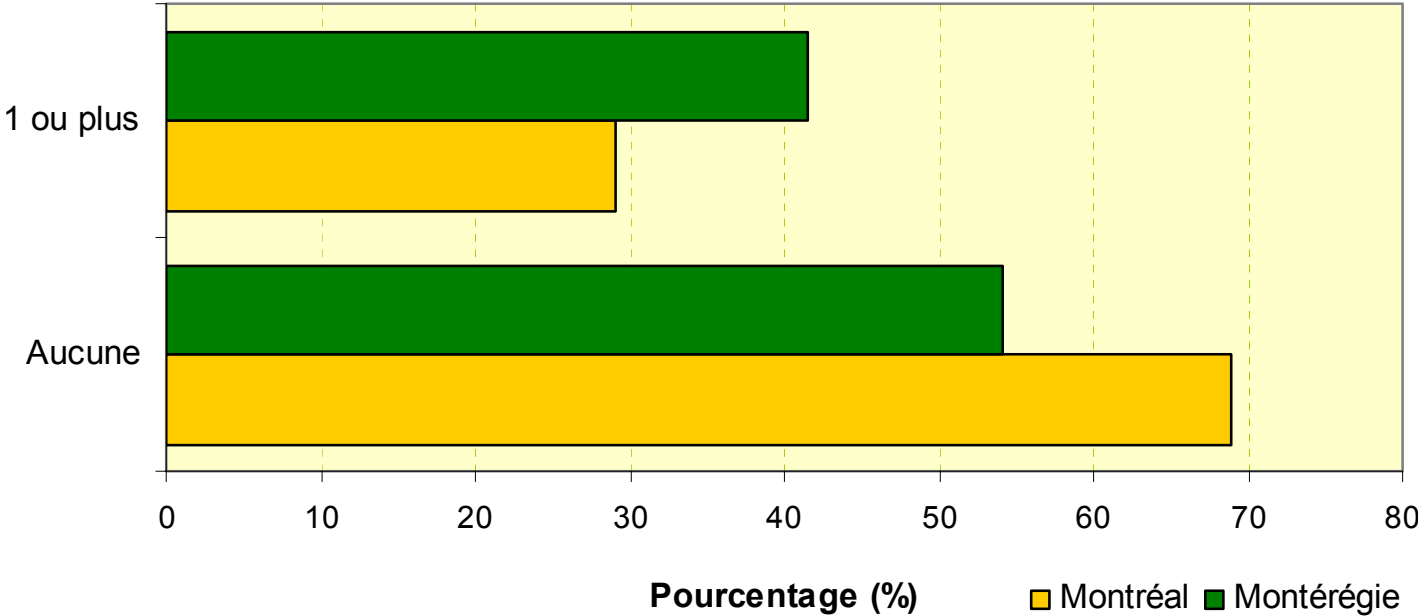
Taille des cliniques médicales



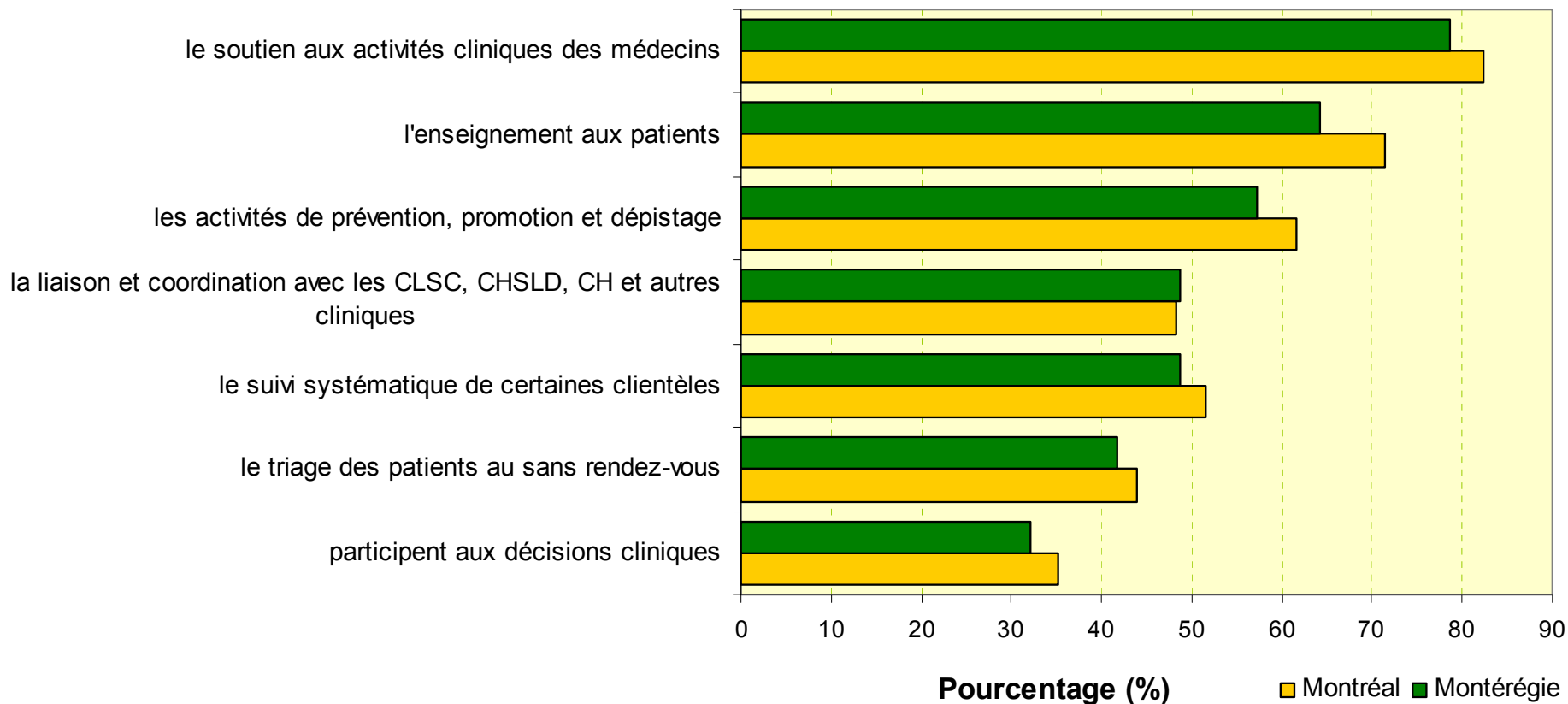
Autres services offerts dans l'immeuble où se situe la clinique



Nombre d'infirmières dans la clinique

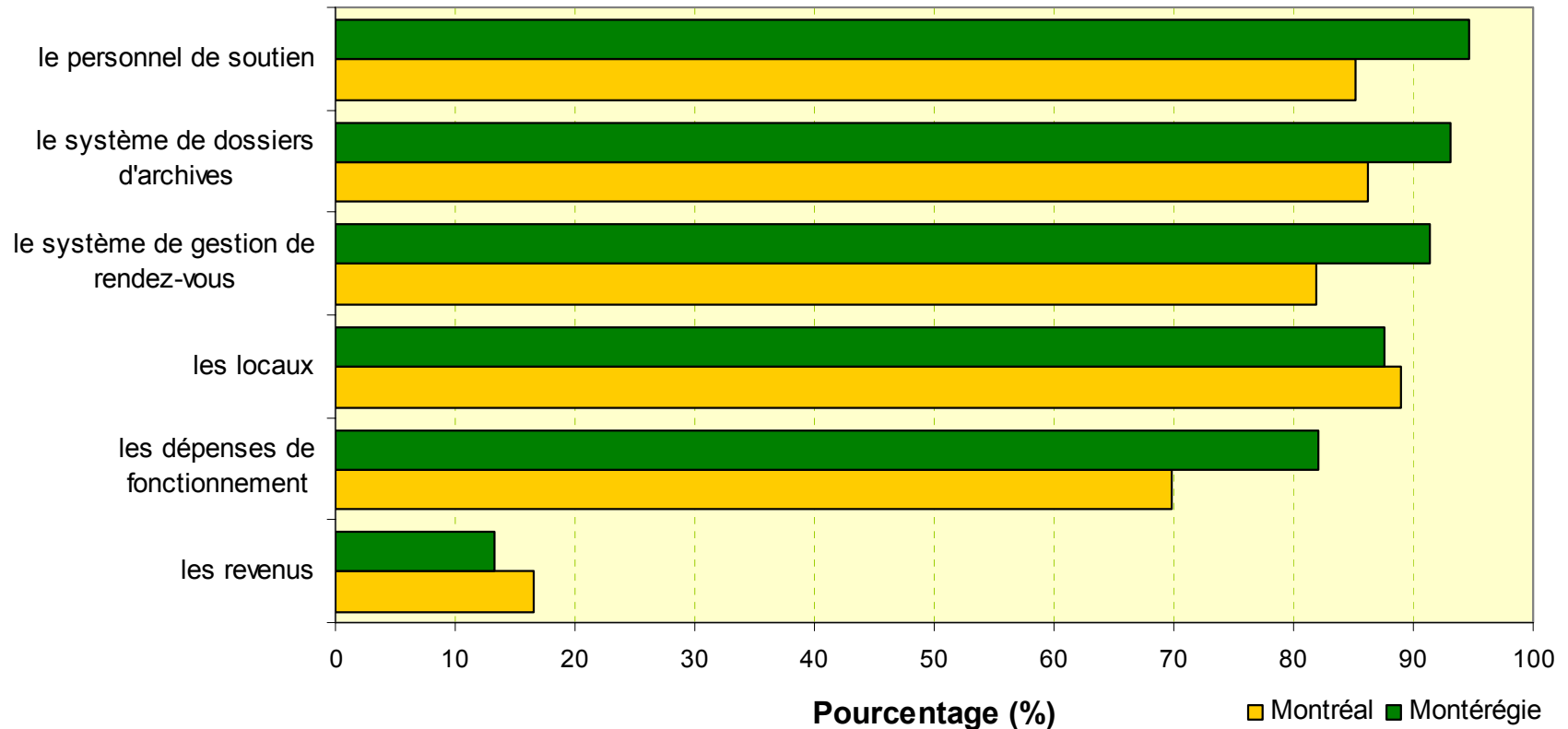


Tâches effectuées par les infirmières



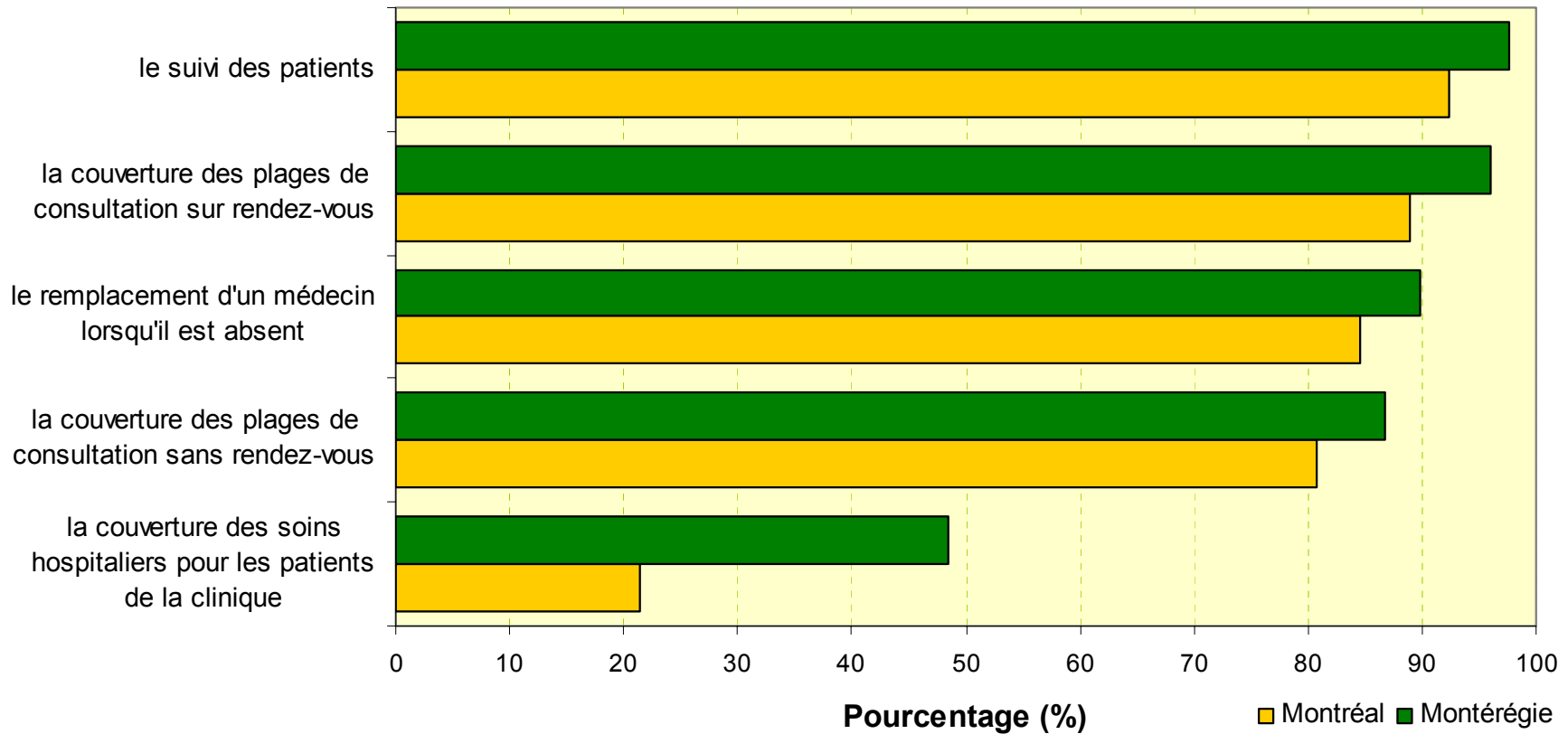
**Dans les cliniques où il y a au moins une infirmière*

Partage des ressources d'infrastructure par les médecins omnipraticiens



**Pratique de deux omnipraticiens ou plus seulement
(Tous/La plupart + certains vs aucun)*

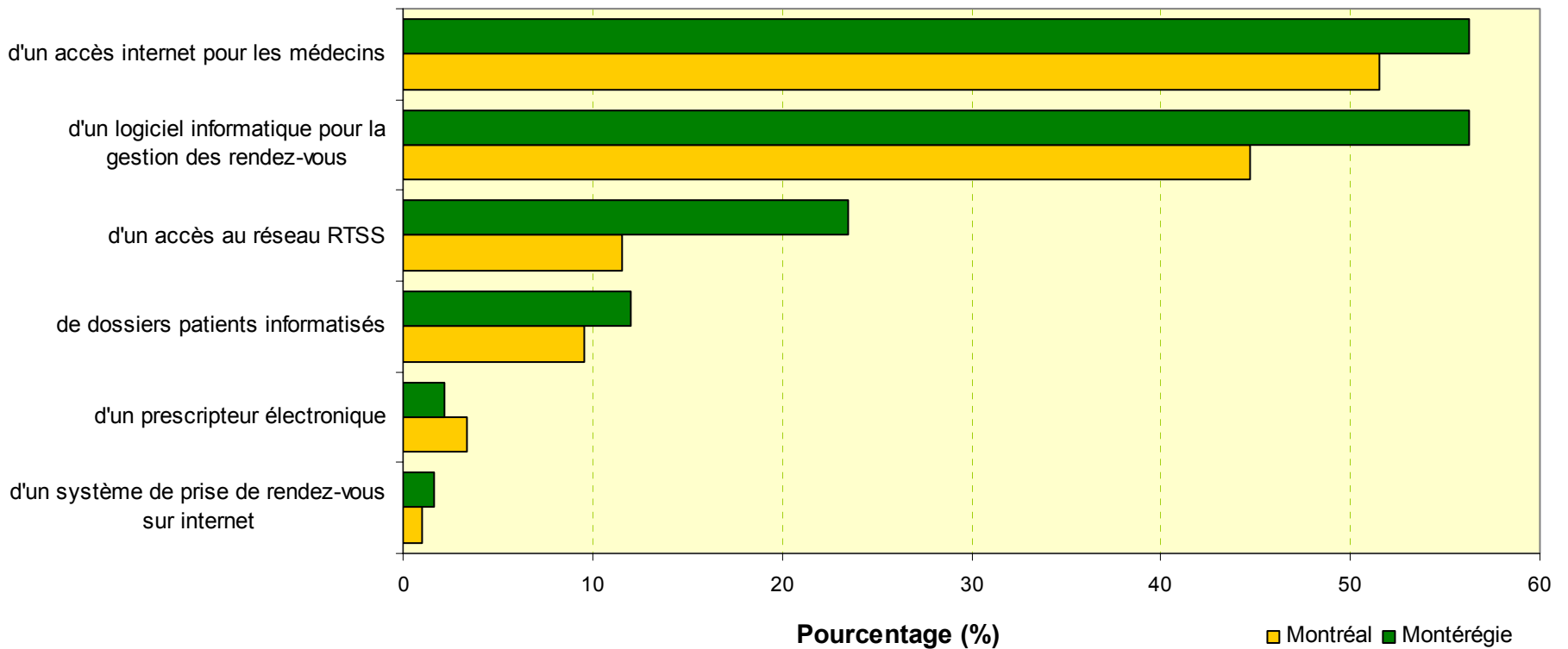
Partage des activités cliniques par les médecins omnipraticiens



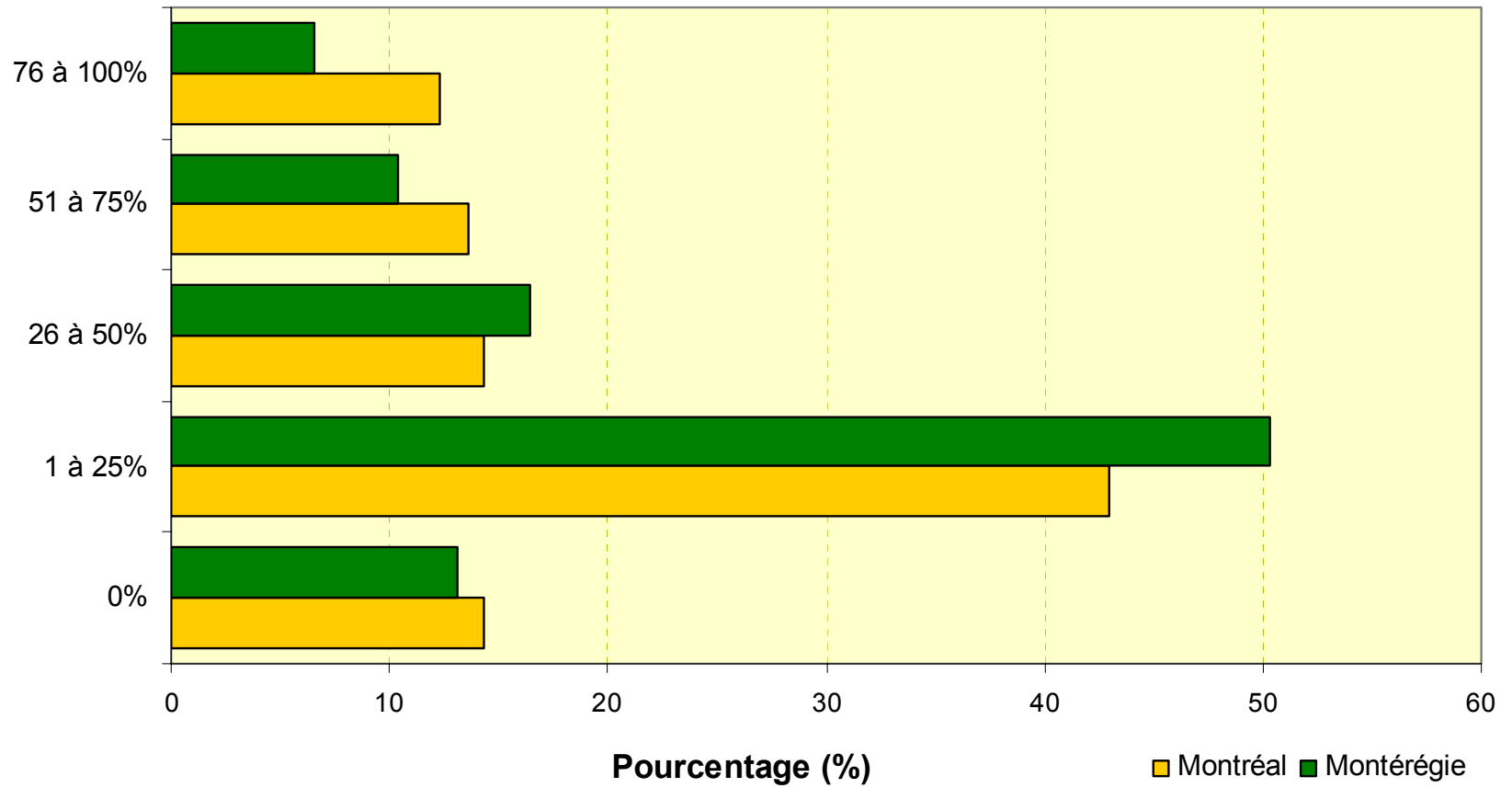
**Pratique de deux omnipraticiens ou plus seulement
(Tous/La plupart + certains vs aucun)*

Soutien informatique

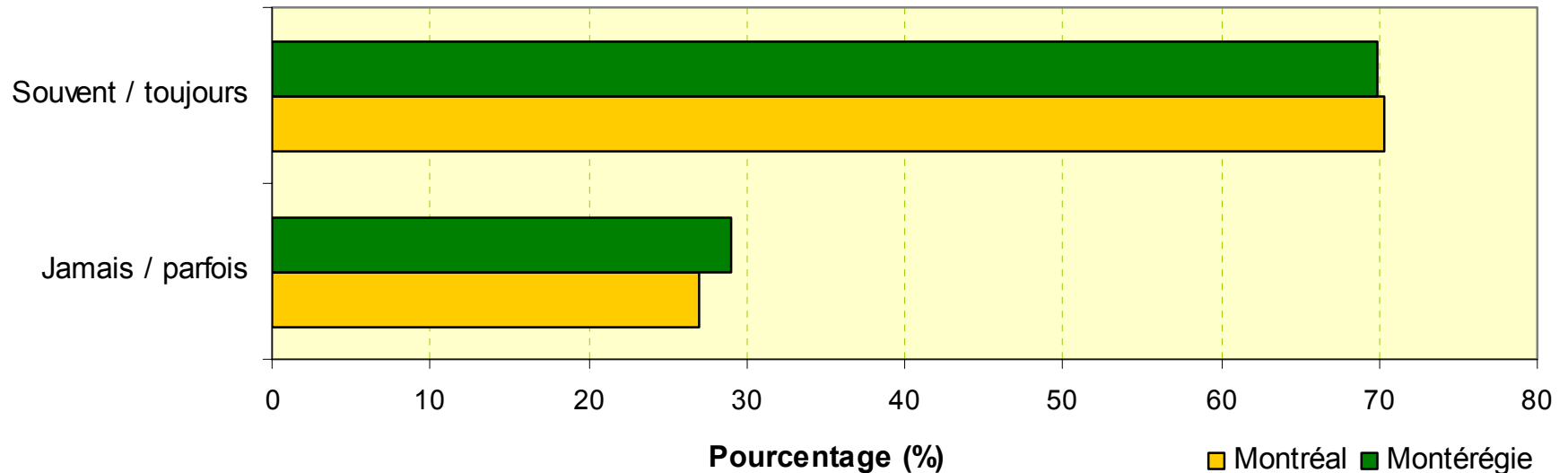
La clinique dispose ...



Pourcentage des consultations sans rendez-vous

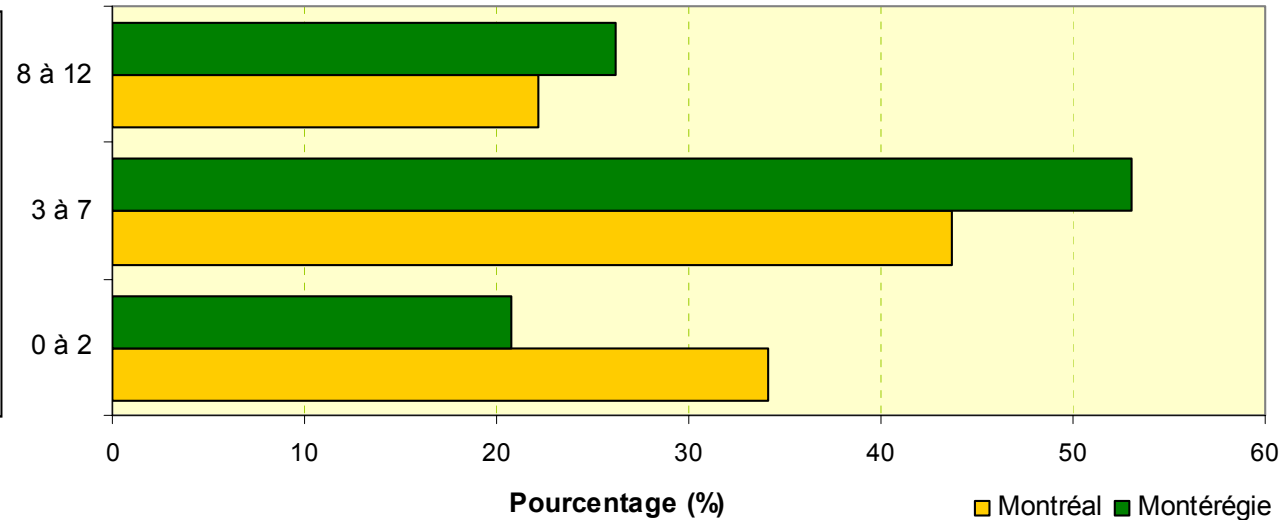


Offrent des services de prise en charge pour les patients atteints de maladies chroniques

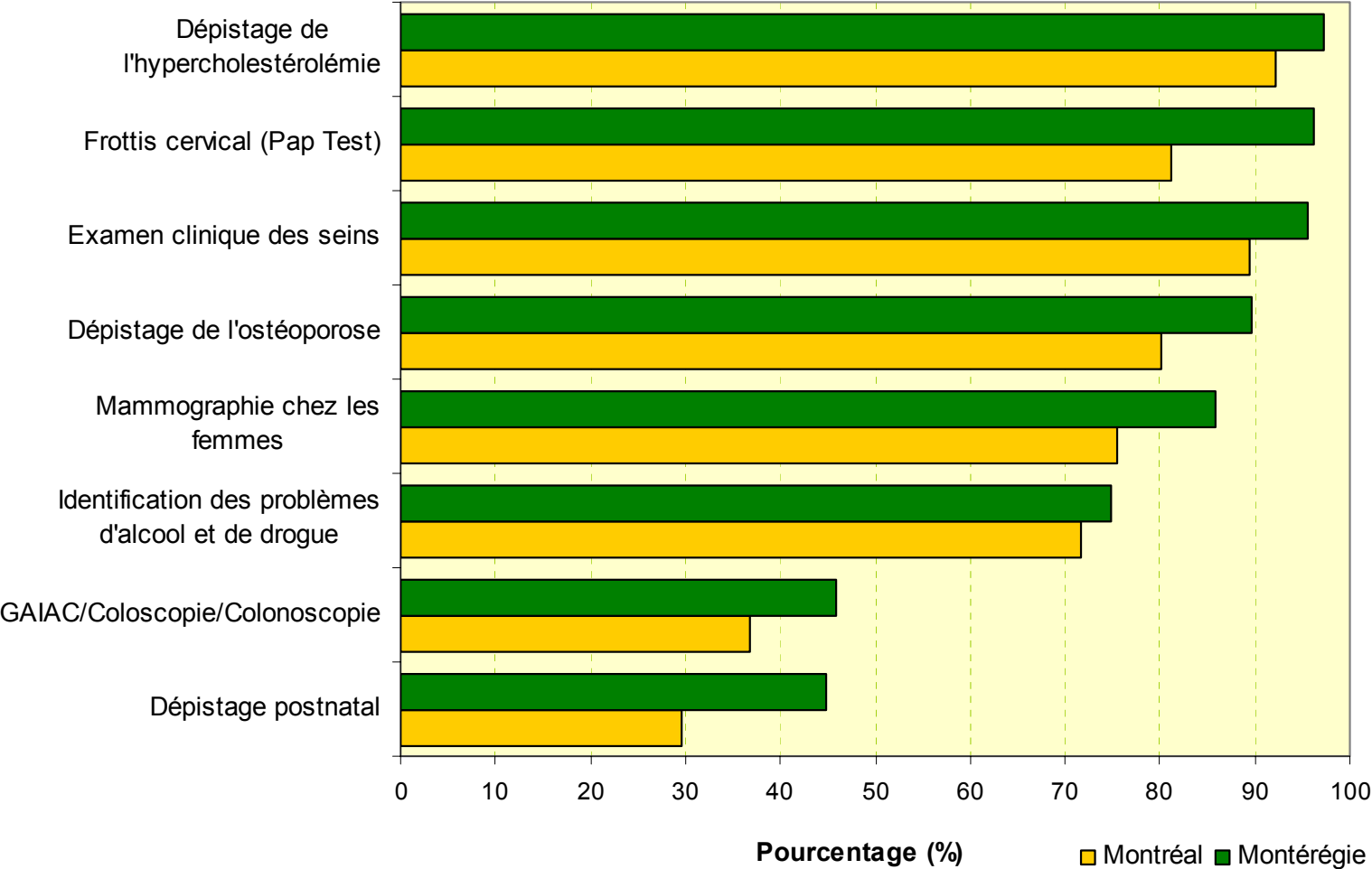


Nombre de procédures diagnostiques et thérapeutiques disponibles sur place

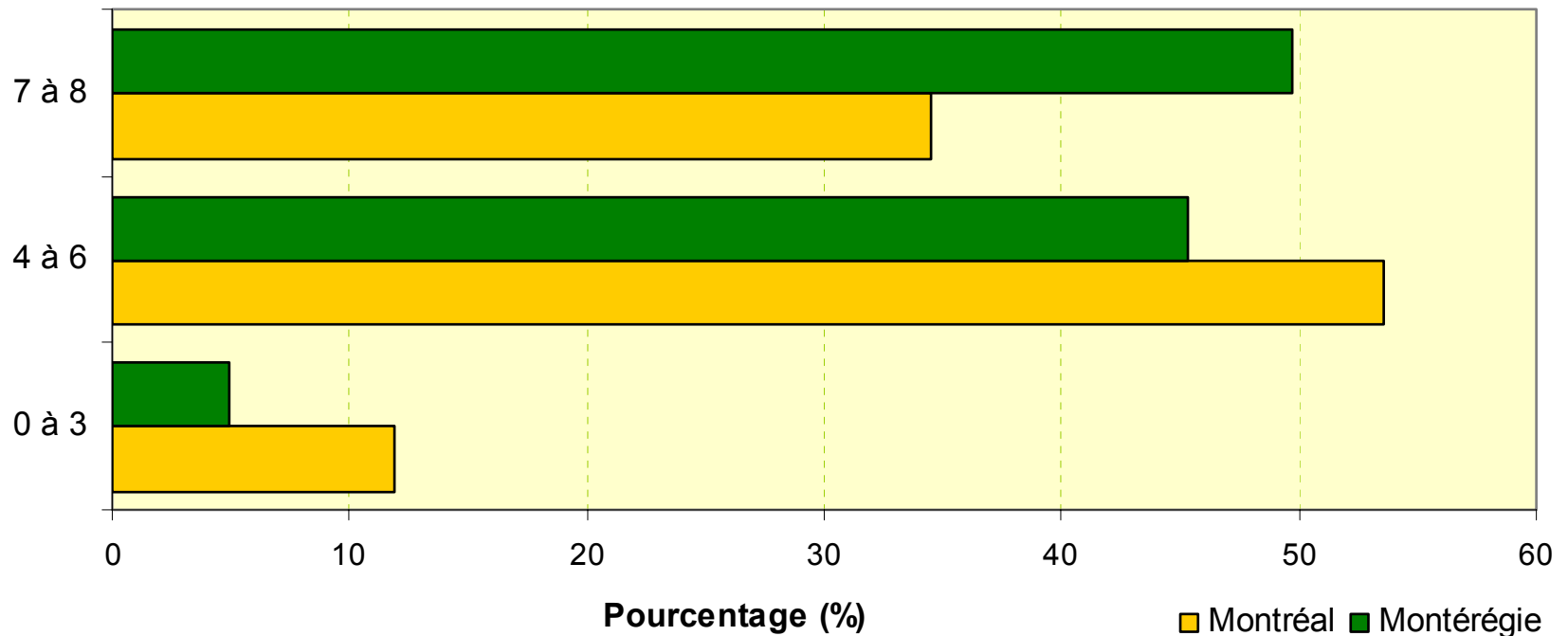
- Interprétation d'ECG
- Glycémie capillaire et cholestérol capillaire
- Aspiration à l'aiguille
- Strep-test
- Biopsie cutanée
- Interprétation d'examens radiologiques simples
- Insertion d'un stérilet
- Injection/Aspiration musculosquelettique
- Plâtre/Attelle
- Suture/Chirurgie mineure
- Spirométrie
- Autres



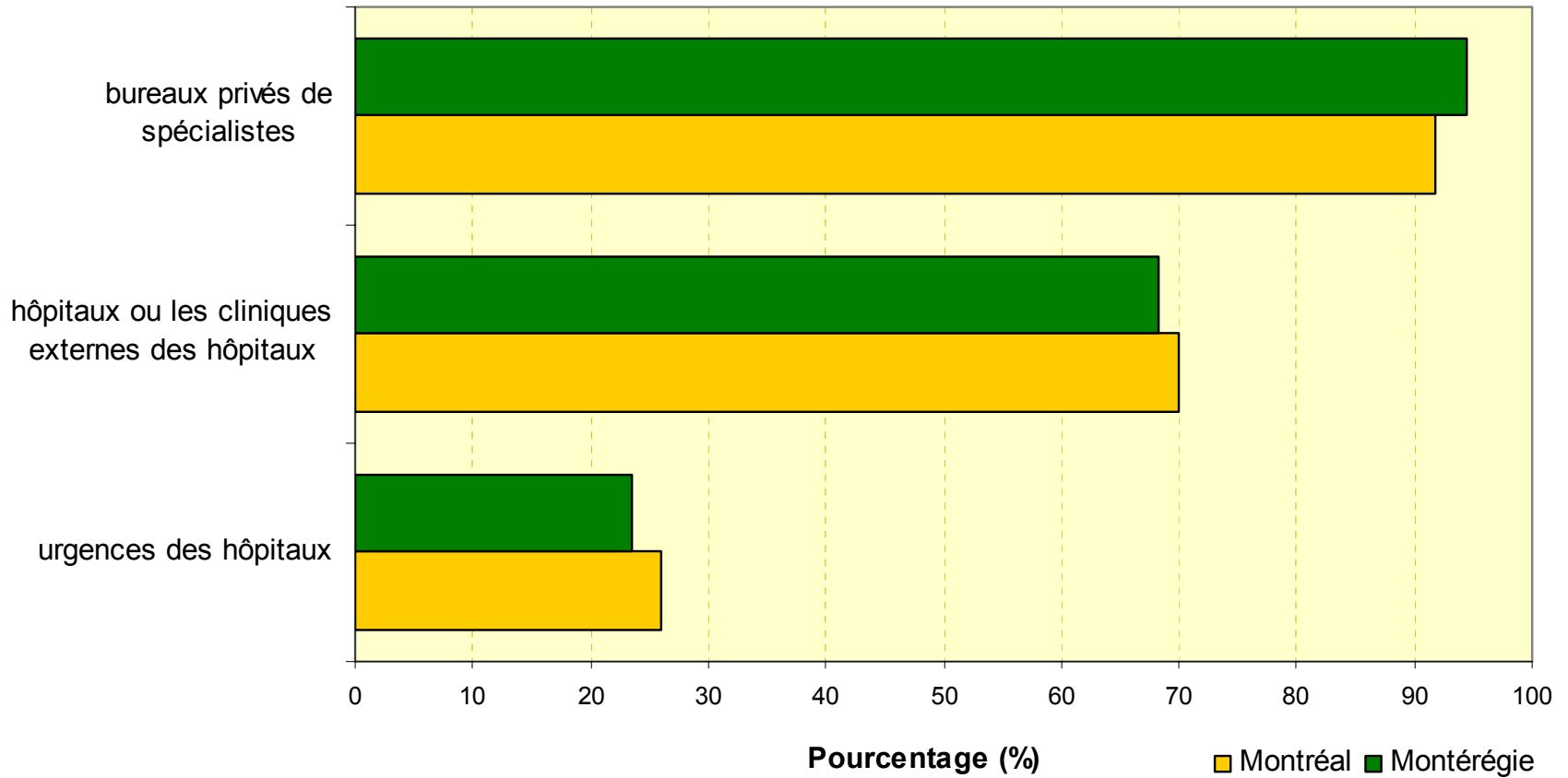
Les services préventifs suivants font partie des pratiques cliniques usuelles - dépistage



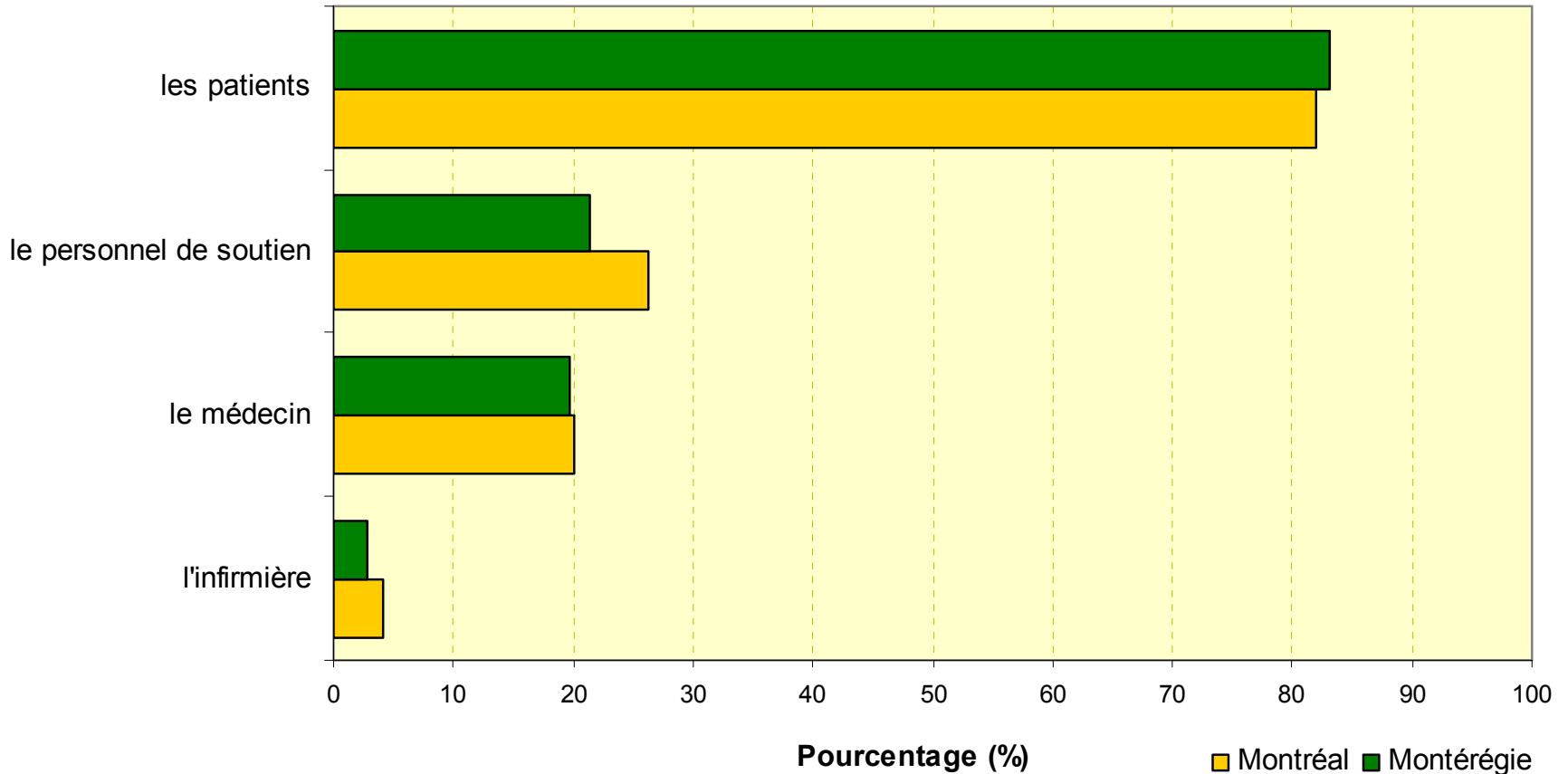
Nombre de services préventifs qui font partie des pratiques cliniques usuelles – dépistage



Pour voir des spécialistes, les patients sont toujours ou souvent dirigés vers ...



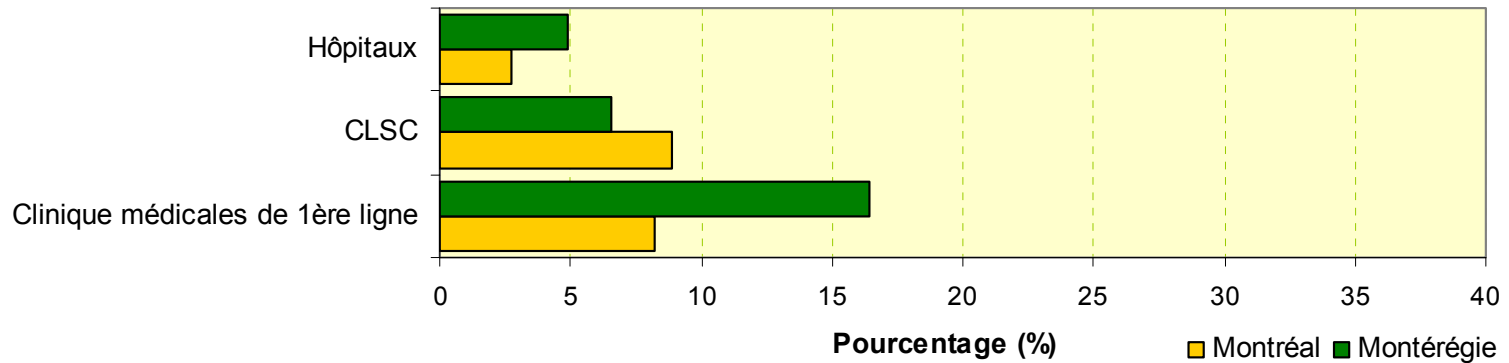
Les rendez-vous auprès des spécialistes sont pris par ...



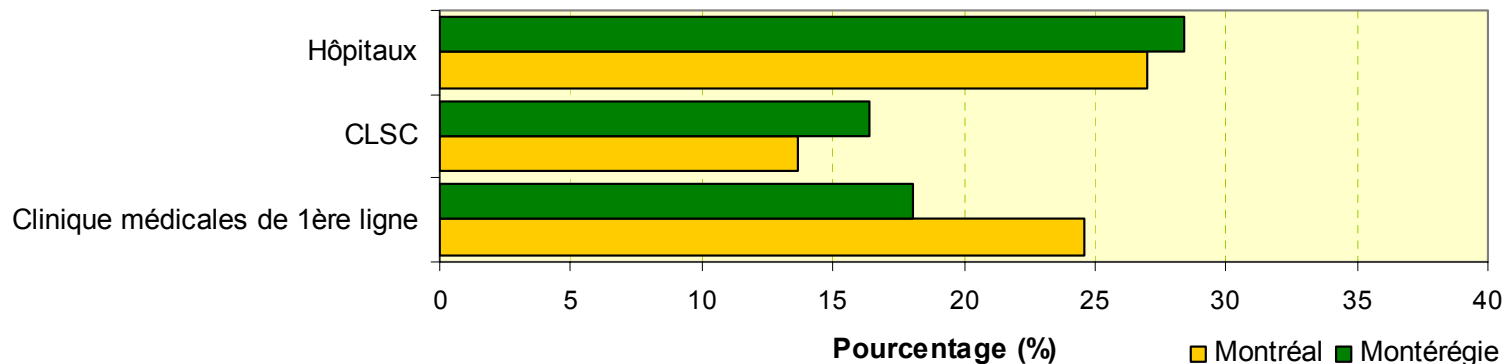
**Plus d'une réponse possible pour cette question*

Ententes de collaboration, formelles ou informelles

Pour planifier l'offre de services

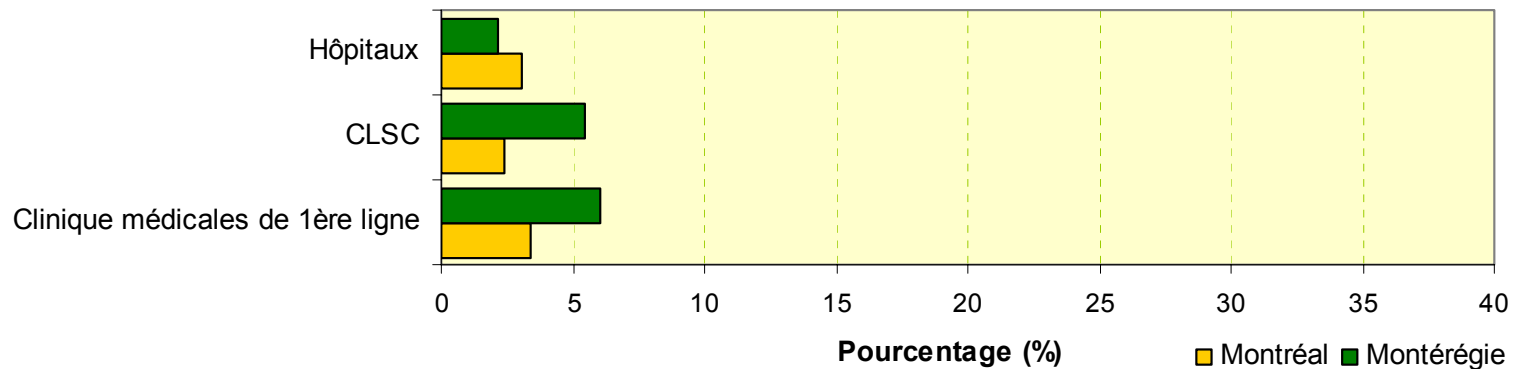


Pour avoir accès au plateau technique

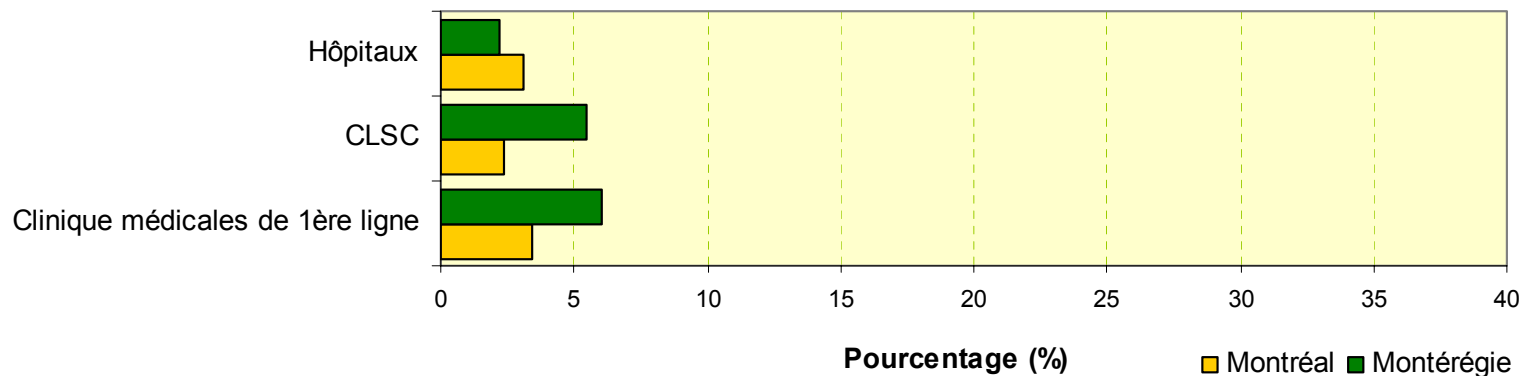


Ententes de collaboration, formelles ou informelles

Pour échanger des ressources

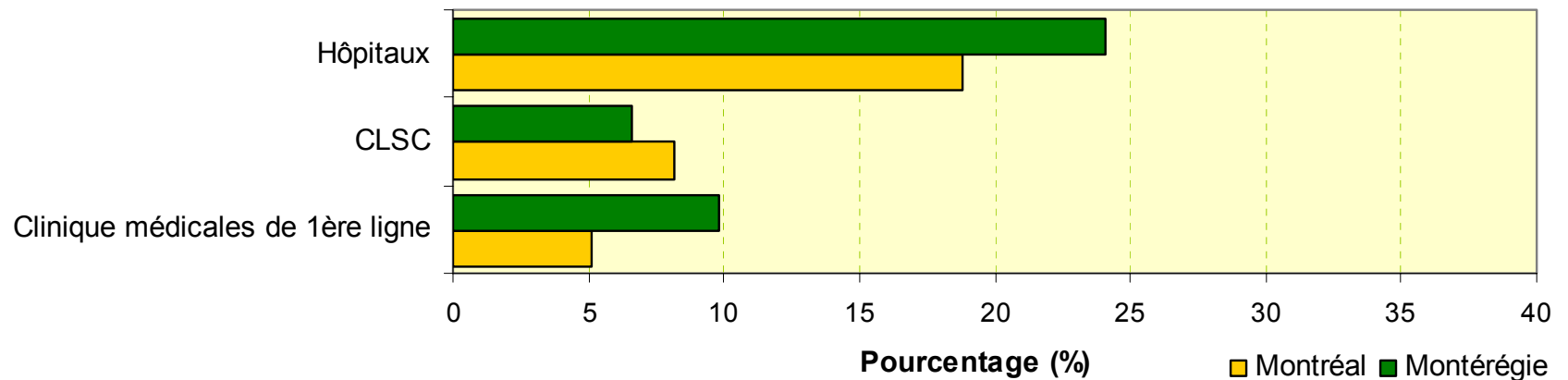


Pour référer ou transférer des patients à des omnipraticiens, des spécialistes ou d'autres professionnels

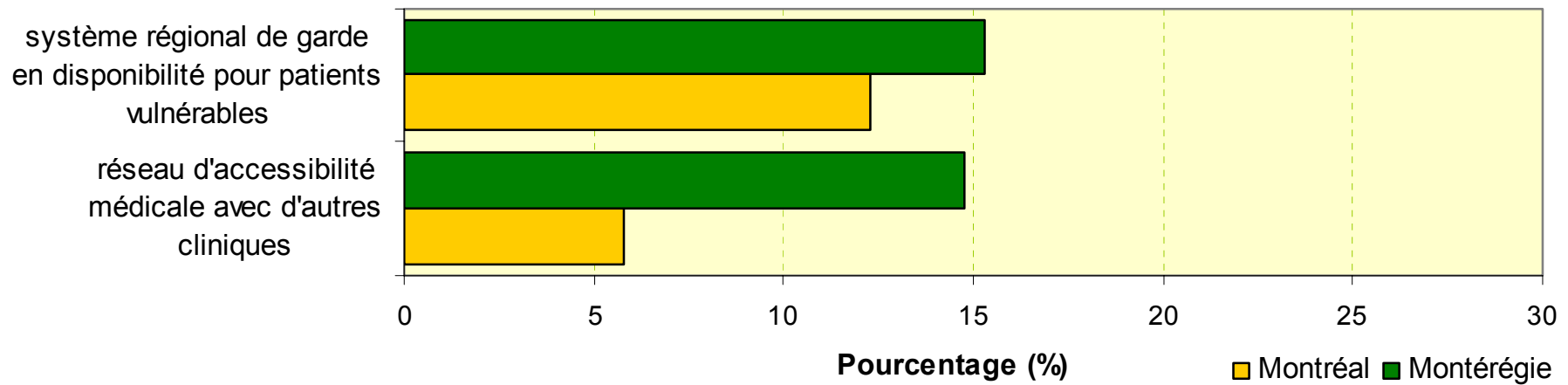


Ententes de collaboration, formelles ou informelles

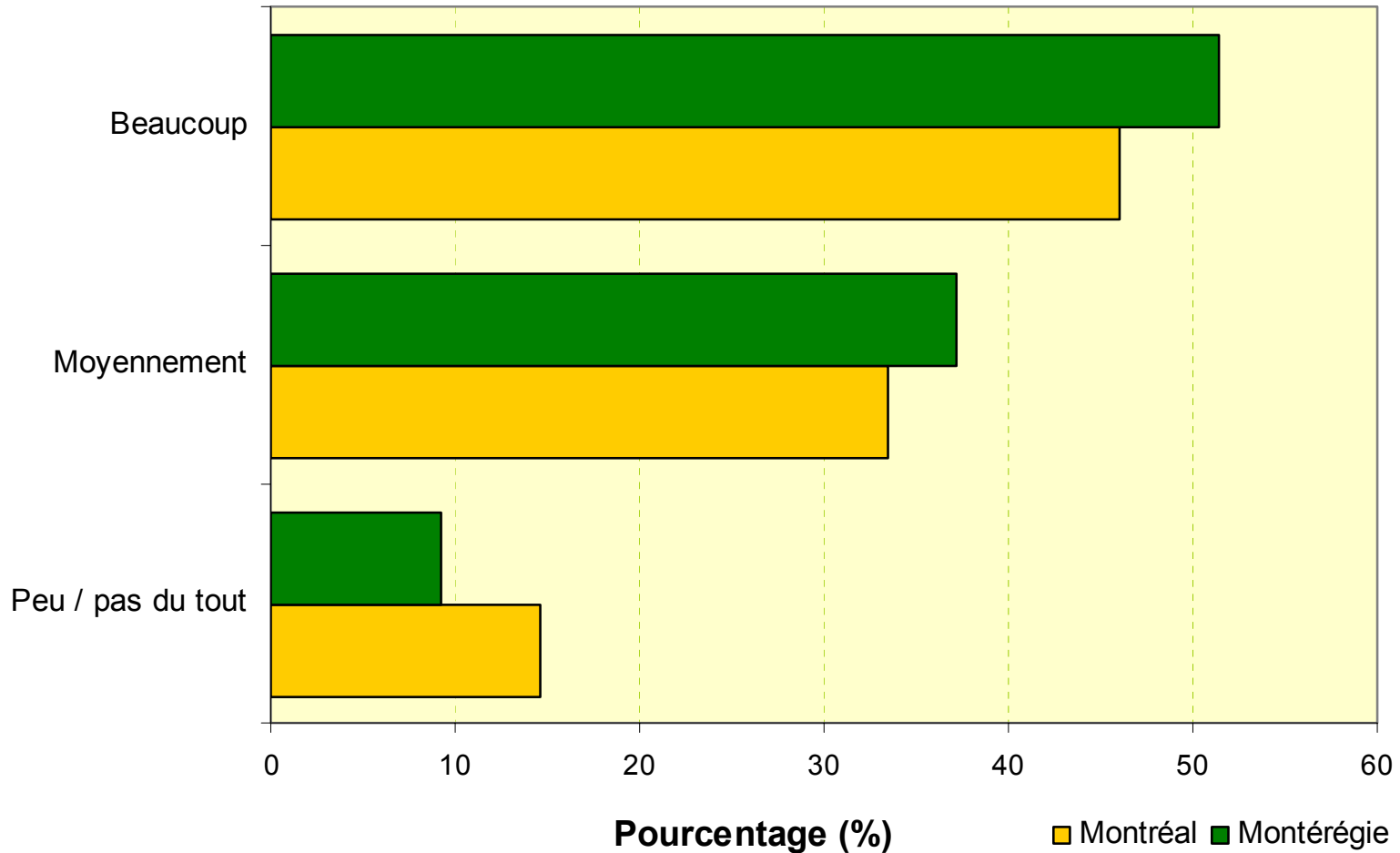
Pour assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus à la clinique



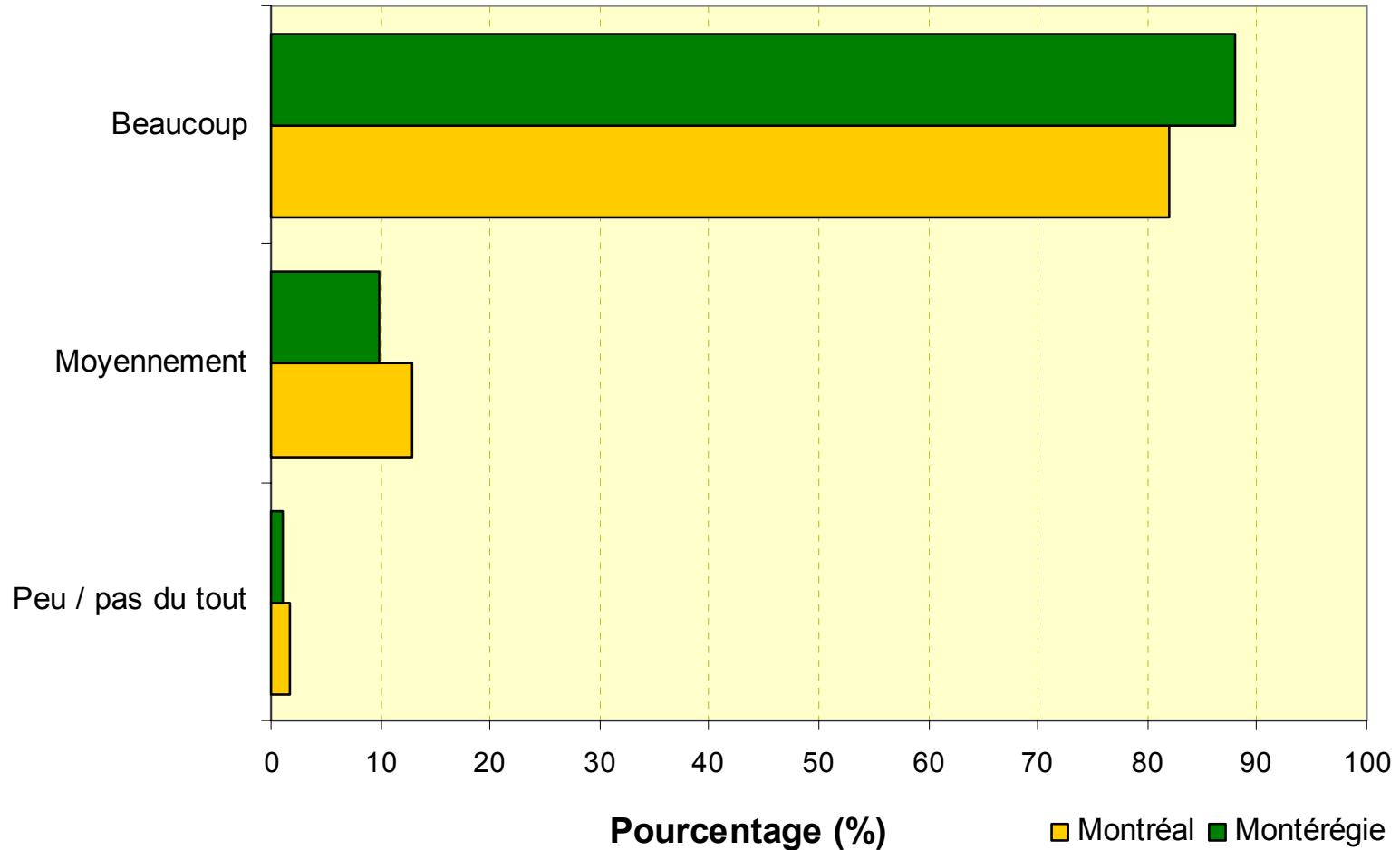
La clinique participe à un ...



Responsabilité de la clinique à l'égard de la population

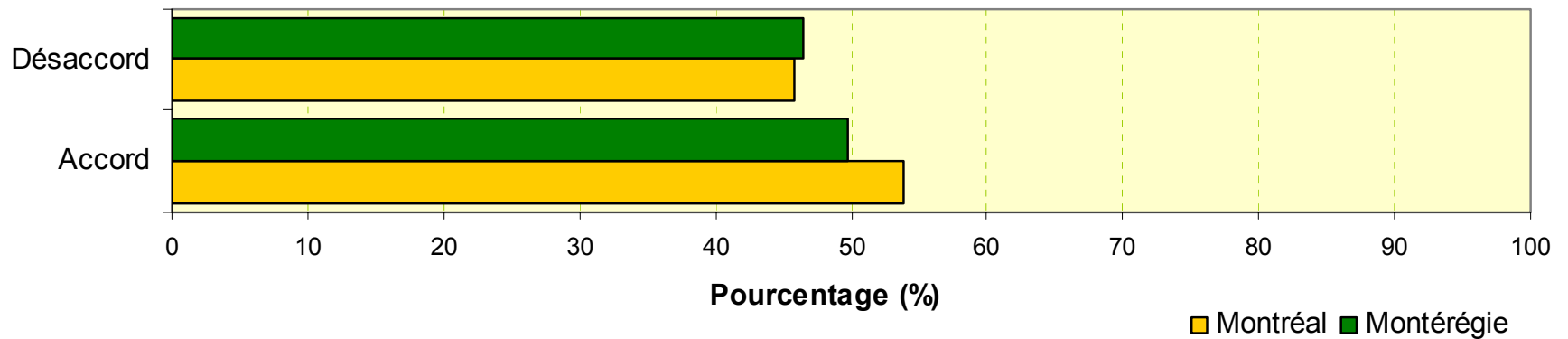


Responsabilité de la clinique à l'égard de sa clientèle

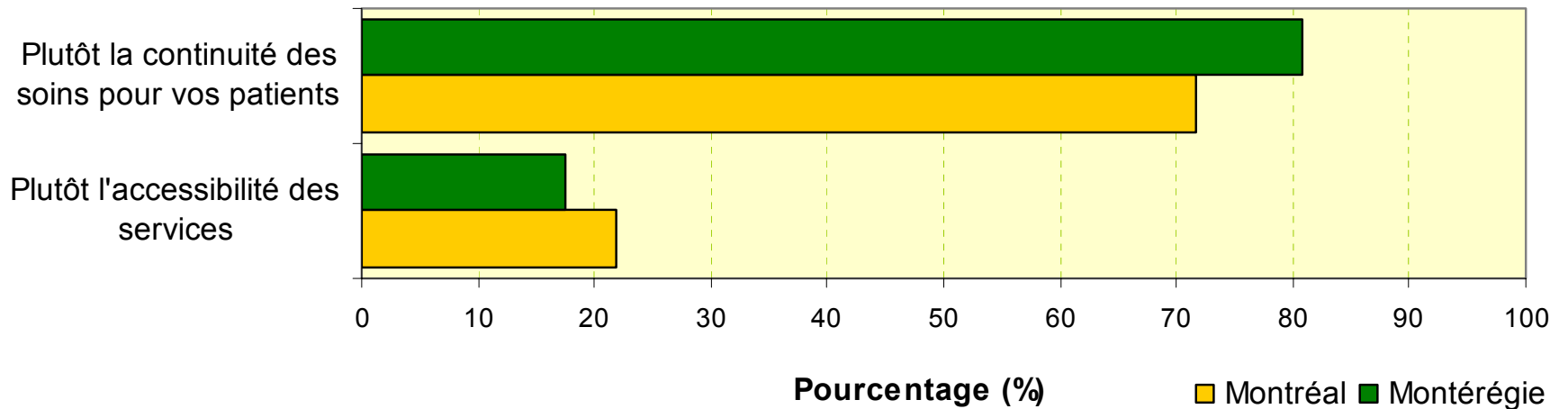


Vision

Les médecins considèrent la clinique comme une entreprise dont la rentabilité est importante



Ce qui est priorisé dans la clinique pour l'organisation des services



En résumé

1. Les organisations (de 1^{re} ligne) sont complexes et leur évaluation doit tenir compte de plusieurs types d'évidence. L'évidence scientifique seule est insuffisante
2. Un seul modèle ne peut réaliser tous les objectifs souhaitables. Combinaisons de modèles

En résumé (suite)

3. Quelques caractéristiques du réseau de 1^{re} ligne de Montérégie
 - nombreuses unités de petite taille
 - 55% < 3 MDs
 - 27% solos
 - 40% ont 1 ou + infirmières mais tâches traditionnelles
 - partage des ressources d'infrastructure et des activités cliniques déjà bien amorcé

En résumé (suite)

- soutien informatique déficient
- % des consultations sans rendez-vous laisse à désirer (70% des cliniques offrent moins de 25% des services en S.R.V.)
- 30% n'offrent pas de prise en charge pour maladies chroniques
- éventail des services diagnostiques offerts laisse à désirer

En résumé (suite)

- éventail des services préventifs plus satisfaisant
- le patient doit se débrouiller pour prendre RV avec le spécialiste
- ententes formelles de collaboration sont peu existantes sauf pour avoir accès au plateau technique (< 30%)

En résumé (suite)

- les cliniques participent peu à des systèmes régionaux de garde ou d'accessibilité (15%)
- les cliniques se sentent responsables à l'égard de la population (50%) mais surtout de leur clientèle (90%)
- les cliniques accordent plus d'importance à la continuité (80%) qu'à l'accessibilité (18%)