



Projet Régional de Santé Pays de la Loire

Perspectives comparées Québec-France

Luc Boileau
président-directeur général
INESSS
Angers, le 2 mars 2017

- Les problèmes sont les mêmes...

- Les problèmes sont les mêmes...
- La régionalisation comme levier d'amélioration de la performance...

- Les problèmes sont les mêmes...
- La régionalisation comme levier d'amélioration de la performance...
- La responsabilité populationnelle...

- Les problèmes sont les mêmes...
- La régionalisation comme levier d'amélioration de la performance...
- La responsabilité populationnelle...
- Donner un sens au changement: le *Triple Aim*...

- Les problèmes sont les mêmes...
- La régionalisation comme levier d'amélioration de la performance...
- La responsabilité populationnelle...
- Donner un sens au changement: le *Triple Aim*...
- La première ligne comme base du système...

- Le Canada est une fédération avec dix provinces et trois territoires.

- Le Canada est une fédération avec dix provinces et trois territoires.
- Le loi canadienne, qui encadre le financement fédéral, prévoit des conditions absolues pour les systèmes de santé à travers le Canada:
 - universalité,
 - accessibilité,
 - intégralité,
 - transférabilité (d'une province à l'autre),
 - administration publique.

- Le Canada est une fédération avec dix provinces et trois territoires.
- La loi canadienne, qui encadre le financement fédéral, prévoit des conditions absolues pour les systèmes de santé à travers le Canada:
 - universalité,
 - accessibilité,
 - intégralité,
 - transférabilité (d'une province à l'autre),
 - administration publique.
- Somme toute:
 - aucun système privé, aucuns frais modérateurs,
 - aucune circulation d'argent à partir des patients vers le système public,
 - une couverture moins large que ce que l'on retrouve en France,
 - fondé sur un modèle beveridgien plutôt que bismarckien.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu'en France.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu'en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n'étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l'acte.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu'en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n'étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l'acte.
- Un relief ambulatoire plus développé et moins de lits per capita (inférieur à deux par mille habitants).

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu’en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n’étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l’acte.
- Un relief ambulatoire plus développé et moins de lits per capita (inférieur à deux par mille habitants).
- Une intégration entière du médical, du médico-social et du social à l’intérieur du Ministère comme des organisations de services.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu’en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n’étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l’acte.
- Un relief ambulatoire plus développé et moins de lits per capita (inférieur à deux par mille habitants).
- Une intégration entière du médical, du médico-social et du social à l’intérieur du Ministère comme des organisations de services.
- Une culture ne permettant plus les déficits.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu’en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n’étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l’acte.
- Un relief ambulatoire plus développé et moins de lits per capita (inférieur à deux par mille habitants).
- Une intégration entière du médical, du médico-social et du social à l’intérieur du Ministère comme des organisations de services.
- Une culture ne permettant plus les déficits.
- Un paiement à l’activité en progression.

- Une démographie qui évolue avec un vieillissement rapide des populations – bien plus rapide qu’en France.
- Des médecins intégrés de façon différente, n’étant pas des employés des systèmes de santé et généralement payés à l’acte.
- Un relief ambulatoire plus développé et moins de lits per capita (inférieur à deux par mille habitants).
- Une intégration entière du médical, du médico-social et du social à l’intérieur du Ministère comme des organisations de services.
- Une culture ne permettant plus les déficits.
- Un paiement à l’activité en progression.
- Une capacité historique forte à faire des changements structurels puissants et d’envergure.

Caractéristiques plus spécifiques au Québec (suite)

- Un nombre de médecins généralement plus faible au Québec qu'en France, particulièrement en première ligne.
- Un recours aux urgences beaucoup plus fréquent au Québec qu'en France.
- Des défis persistants pour l'accessibilité aux services de première ligne et aux services spécialisés, mais en voie d'amélioration relativement rapide générée par des politiques publiques d'importance.
- Un modèle d'organisation de première ligne fondé sur des groupements de praticien en groupes de médecine de famille (GMF) qui se comparent grosso modo aux maisons de santé françaises.
- Une répartition assez bonne des praticiens sur le territoire québécois avec une rareté de déserts médicaux.

Les réformes au Canada

- Un large éventail de politiques transformationnelles à travers le Canada ayant le plus souvent pour but d'améliorer l'accessibilité aux services et misant, à des degrés inférieurs, sur la régionalisation.
- Le succès des réformes dépend des contextes et des capacités transformationnelles variées d'une province à l'autre.
- Depuis une quinzaine d'années, une vague de réformes misant sur des changements structurels centralisant.

- Un large éventail de politiques transformationnelles à travers le Canada ayant le plus souvent pour but d'améliorer l'accessibilité aux services et misant, à des degrés inférieurs, sur la régionalisation.
- Le succès des réformes dépend des contextes et des capacités transformationnelles variées d'une province à l'autre.
- Depuis une quinzaine d'années, une vague de réformes misant sur des changements structurels centralisant.
- Des transformations différentes aux USA: Obamacare.
- Le Québec:
 - transformation importante en 2004: création des centres de santé et de services sociaux (CSSS),
 - transformation majeure en 2015 misant sur la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

- L'intégration des structures et des paliers de gouvernance accroît la performance du système et les expériences canadiennes et internationales nous permettent de dire qu'une telle intégration peut contribuer à l'amélioration de la performance des systèmes, mais ne le garantit pas... d'où le défi de l'implantation et de s'assurer du développement des « capacités » nécessaires.

Transformation structurelle de 2015 sous le leadership du ministre québécois Gaétan Barrette

- Une fusion à l'échelle régionale de tous les établissements portant toutes les vocations, des soins de première ligne, des hôpitaux, des centres d'hébergement et des centres de réadaptation, soit tout le couvert du médico-social et du social.

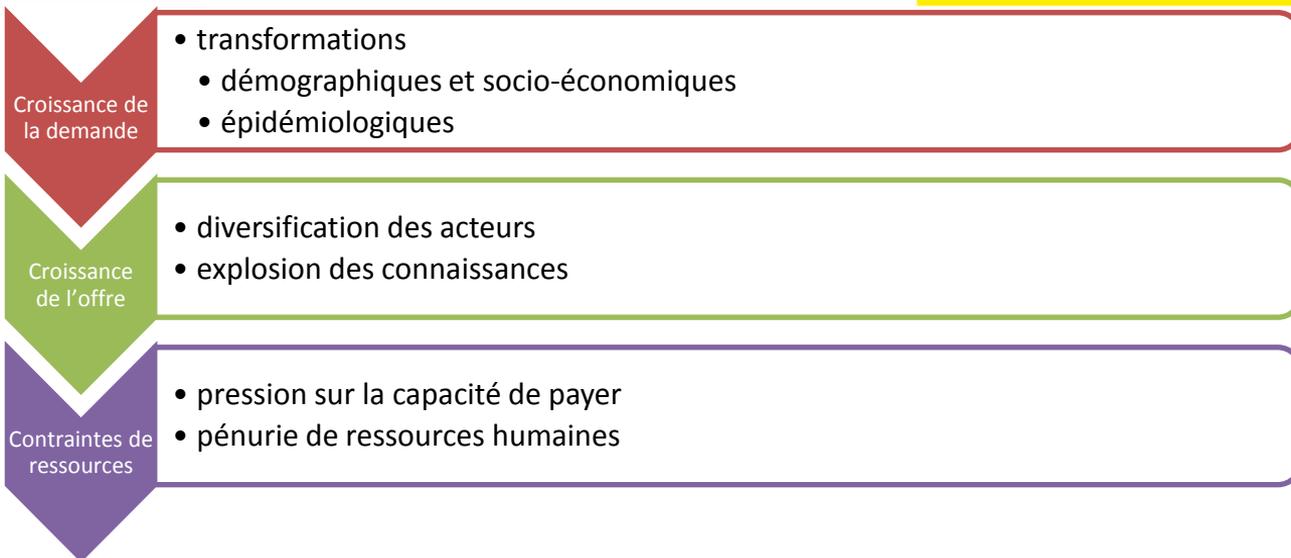
Transformation structurelle de 2015 sous le leadership du ministre québécois Gaétan Barrette

- Une fusion à l'échelle régionale de tous les établissements portant toutes les vocations, des soins de première ligne, des hôpitaux, des centres d'hébergement et des centres de réadaptation, soit tout le couvert du médico-social et du social.
- Création conséquente des centres intégrés de santé et de services sociaux: 22 centres au total, auxquels s'ajoutent 12 établissements à vocation particulière, notamment des CHU et des instituts universitaires.
- Réduction conséquente massive du nombre d'établissements passant de 184 à 34.
- Disparition conséquente des autorités régionales de santé.

- Une fusion à l'échelle régionale de tous les établissements portant toutes les vocations, des soins de première ligne, des hôpitaux, des centres d'hébergement et des centres de réadaptation, soit tout le couvert du médico-social et du social.
- Création conséquente des centres intégrés de santé et de services sociaux: 22 centres au total, auxquels s'ajoutent 12 établissements à vocation particulière, notamment des CHU et des instituts universitaires.
- Réduction conséquente massive du nombre d'établissements passant de 184 à 34.
- Disparition conséquente des autorités régionales de santé.
- Abolition de 25% des postes cadres dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux.
- Une réduction de 30 % du budget du programme de santé publique.
- Abolition des structures associatives d'établissements.

- Misant toujours sur une responsabilité populationnelle:
 - Améliorer l'état de santé de la population,
 - Offrir une gamme de services larges et des trajectoires de soins les plus complètes possible,
 - Miser sur une hiérarchisation des services d'une première ligne jusqu'à des services surspécialisés, en référence organisée,
 - Miser sur le *Triple Aim*, soit l'ajout de la valeur pour les citoyens et la population quant à leur état de santé, leur expérience de soin et l'usage optimal des ressources,
 - Un lieu d'intégration structurel qui vise, pour l'essentiel, l'intégration des services pour faciliter les trajectoires de soins plus simplifiées, plus cohérentes, plus optimales.

Défis persistants pour le système de santé



**LA RÉGIONALISATION
COMME STRATÉGIE D'ADAPTATION DU SYSTÈME**

Ce que l'on apprend de l'expérience de la régionalisation au Canada *

- Une structure de gouvernance à deux paliers apparaît comme le modèle le plus performant
- L'intégration des soins et services pour des populations de 300 000 à 500 000 pers. crée une masse critique optimale

* Source : https://www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2016-03-31_Regionalization_Report.pdf

Ce que l'on apprend de l'expérience de la régionalisation au Canada *

- Une structure de gouvernance à deux paliers apparaît comme le modèle le plus performant
- L'intégration des soins et services pour des populations de 300 000 à 500 000 pers. crée une masse critique optimale
- Les réformes structurelles sont importantes, mais ne sont pas suffisantes:
 - il est nécessaire d'engager les parties prenantes dans une approche collaborative axée sur les résultats
 - importance déterminante d'une vision commune partagée

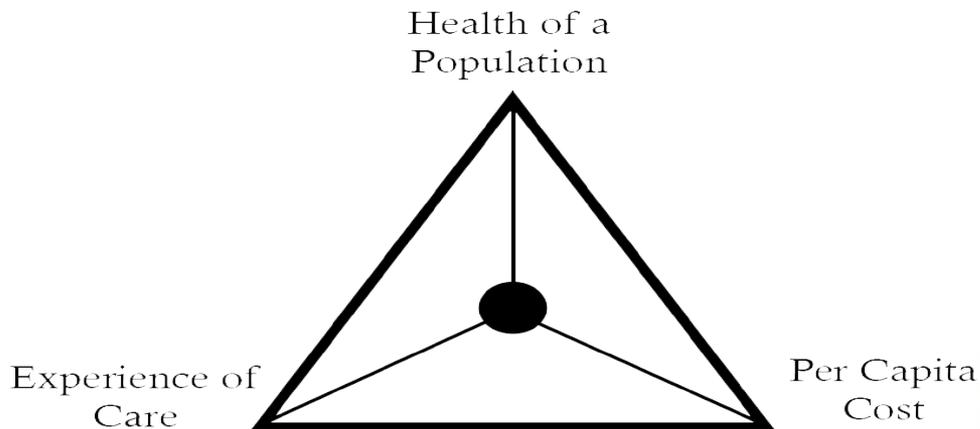
* Source : https://www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2016-03-31_Regionalization_Report.pdf

Quelle vision pour orienter la régionalisation du système de santé ?

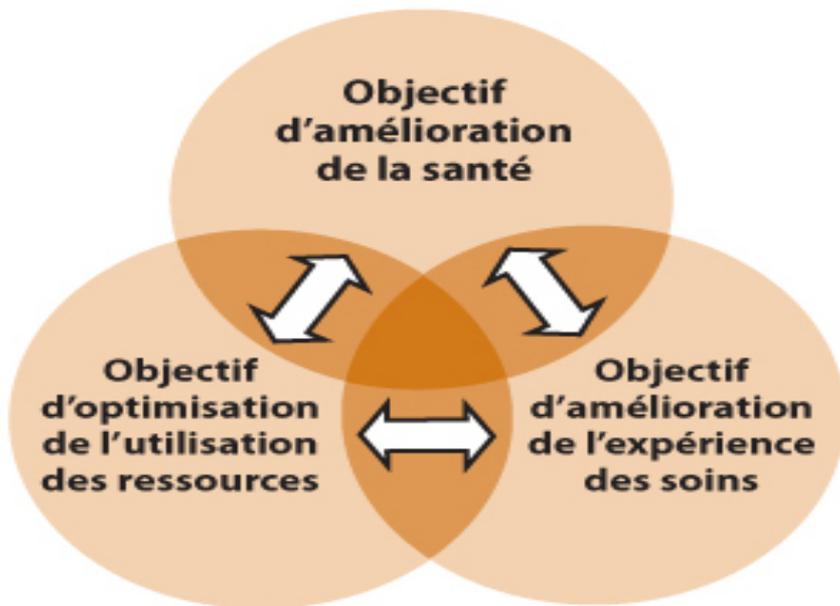
Gestion centrée
sur les ressources
et la maladie



Gestion centrée
sur les résultats,
adaptée aux besoins des
personnes / populations



The *Triple Aim*



Une notion corollaire... la production de valeur



Adapté de Porter ME, PORTER Michael E., « What Is Value in Health Care? », *The New England Journal of Medicine* 363; 26 (2010): 2477-81, 2010

Une notion corollaire... la production de valeur



*Optimiser la
VALEUR pour
les patients
et la population*

Adapté de Porter ME, PORTER Michael E., « What Is Value in Health Care? », *The New England Journal of Medicine* 363; 26 (2010): 2477-81, 2010

Des ressources, un mode d'organisation, une façon de penser :

- pour favoriser l'intégration des services et la mise en place d'interventions novatrices et productrices de santé individuelle et collective
- pour agir lorsque les acteurs et organisations ne peuvent pas être soumis à une autorité hiérarchique simple et clairement définie
- pour accroître la cohérence des décisions et actions publiques
- comme lieu d'innovation et de recherche de nouveaux instruments pour appuyer les pratiques cliniques et de gestion

LES PROMESSES

- Effet levier pour la mobilisation des ressources
- Gamme étendue de services
- Flexibilité
- Économies d'échelle
- Partage et apprentissage
- Innovation et qualité

LES PROBLÈMES

- Différents niveaux d'engagement
- Choc de culture
- Enjeux de territoires et de pouvoir
- Perte d'autonomie
- Efforts de coordination et exigences de temps
- Responsabilité diffuse

1. Une gouvernance qui s'inscrit dans la durée, une stabilité dans le temps

1. Une gouvernance qui s'inscrit dans la durée, une stabilité dans le temps
2. Des liens de confiance qui se bâtissent progressivement autour de la vision partagée, d'abord par des liens à faible intensité

1. Une gouvernance qui s'inscrit dans la durée, une stabilité dans le temps
2. Des liens de confiance qui se bâtissent progressivement autour de la vision partagée, d'abord par des liens à faible intensité
3. Des objectifs SMART qui mobilisent les parties prenantes autour de petits succès

1. Une gouvernance qui s'inscrit dans la durée, une stabilité dans le temps
2. Des liens de confiance qui se bâtissent progressivement autour de la vision partagée, d'abord par des liens à faible intensité
3. Des objectifs SMART qui mobilisent les parties prenantes autour de petits succès
4. Des liens bien ciblés / des collaborations à différents niveaux d'organisation

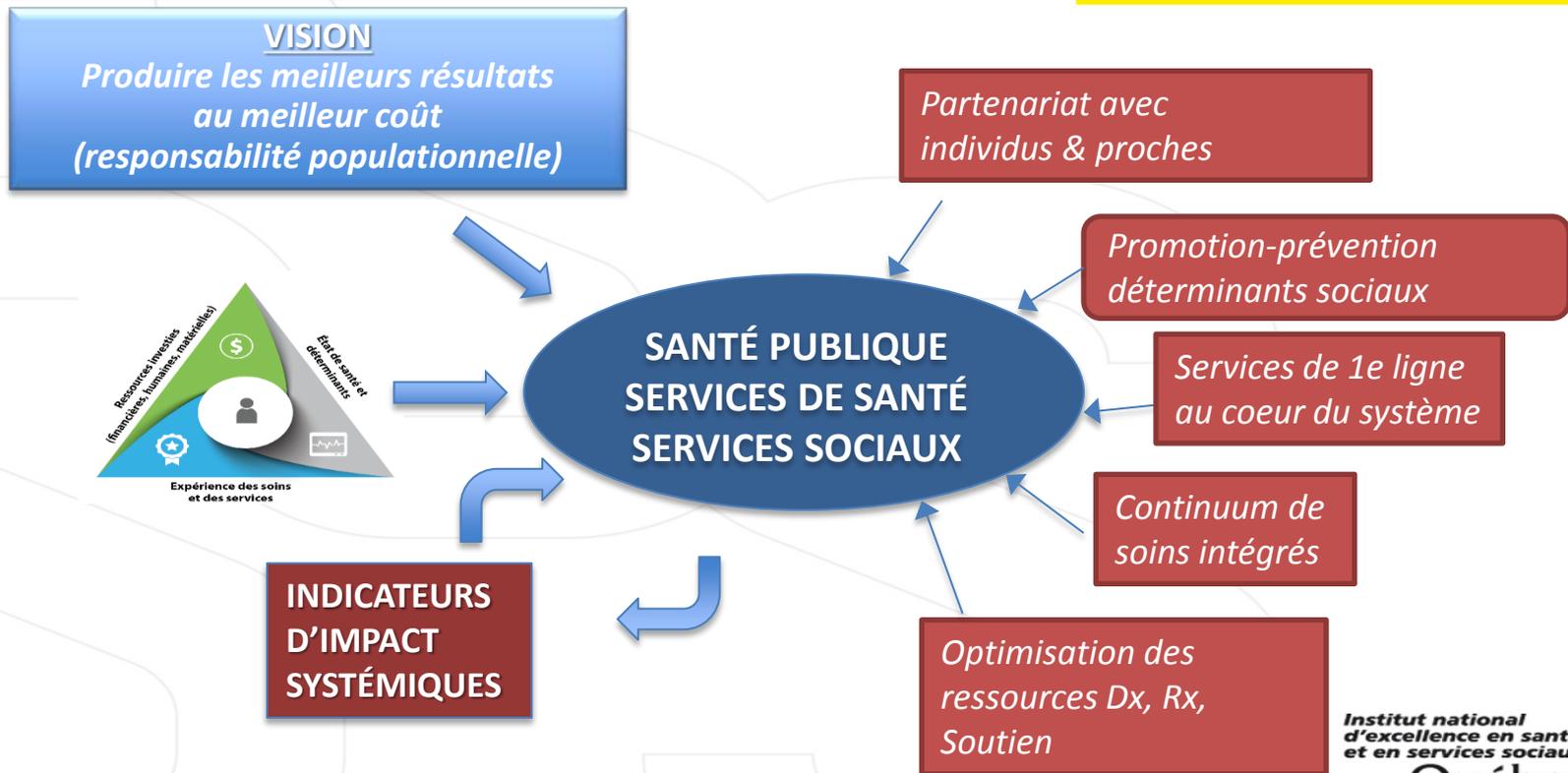
1. Une gouvernance qui s'inscrit dans la durée, une stabilité dans le temps
2. Des liens de confiance qui se bâtissent progressivement autour de la vision partagée, d'abord par des liens à faible intensité
3. Des objectifs SMART qui mobilisent les parties prenantes autour de petits succès
4. Des liens bien ciblés / des collaborations à différents niveaux d'organisation
5. Des ressources suffisantes pour établir le réseau et sa légitimité

La contribution distinctive du palier régional :

- analyse des besoins
- cibles d'amélioration claires et suivies
- responsabilité partagée
- reddition de comptes



Des services intégrés en réseau en appui à des parcours de soins de vie de qualité





Remarques conclusives

Merci de votre
attention

inesss.qc.ca
inesss@inesss.qc.ca

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9

Production et réalisation
Renée Latulippe & Abdelhak Fareh
Institut national d'excellence en santé
et en services sociaux

inesss.qc.ca
inesss@inesss.qc.ca

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9