

Les réformes des systèmes de santé au Canada: Convergences et divergences

Séminaire Pôle Santé
HEC – Montréal, Mars 2019

Jean-Louis Denis – Université de Montréal & CRCHUM
Susan Usher - ENAP
Johanne Prével - CRCHUM

Équipe de recherche

Jean-Louis Denis, Université de Montréal-CRCHUM

Ross Baker, University of Toronto

Susan Usher, École nationale d'administration publique

Élizabeth Côté-Boileau, Université de Sherbrooke

Mylaine Breton, Université de Sherbrooke

Samia Chreim, Université d'Ottawa

Johanne Préval, École nationale d'administration publique

AJUSTÉES À L'OBJECTIF :
OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS
DE L'EXAMEN EXTERNE DES
ORGANISATIONS PANCANADIENNES DE SANTÉ

Prof. Pierre-Gerlier Forest et D^{re} Danielle Martin



RAPPORT DE SYNTHÈSE

Vulnérabilités des Systèmes de santé au Canada

(Forest & Martin, 2018: 60)

1. Une politique sur les produits pharmaceutiques mal intégrée, non coordonnée et incapable de produire un accès équitable, une utilisation appropriée et des coûts abordables
2. Une gouvernance des données de santé et des systèmes numériques qui ne favorisent pas l'apprentissage en temps réel et l'amélioration continue
3. Une capacité sous-développée et l'absence des cadres opérationnels et organisationnels nécessaires pour assurer le progrès et la diffusion des innovations et la collaboration pancanadienne sur les priorités communes
4. Un panier de services publics désuet ayant besoin d'une réorganisation et d'une expansion pour inclure des services tels que les soins à domicile et les soins en santé mentale, conformément aux données probantes et aux besoins de la population
5. Un accès inadéquat au type de soins primaires complets et coordonnés qui assurent au patient une expérience et des résultats de haute qualité
6. Un faible engagement à l'égard de la participation des patients, de la famille et du public pour atteindre les objectifs, sur les plans personnel et collectif
7. Des disparités sur le plan de la santé entre les populations autochtones et non autochtones au Canada et un accès inéquitable aux services de santé et de bien-être pour les Autochtones

“Du point de vue de l’observation sociologique, une réforme appartient à l’ensemble des phénomènes qui forment le changement social. Elle en est une composante, particulièrement dans les sociétés démocratiques dites de la modernité...Elles ont pris la place des révolutions et, plus encore, des grandes révoltes populaires qui pouvaient, à l’occasion, ébranler les sociétés anciennes...En conséquence, la sociologie des réformes est donc essentielle à l’étude sociologique du changement dans les sociétés modernes”

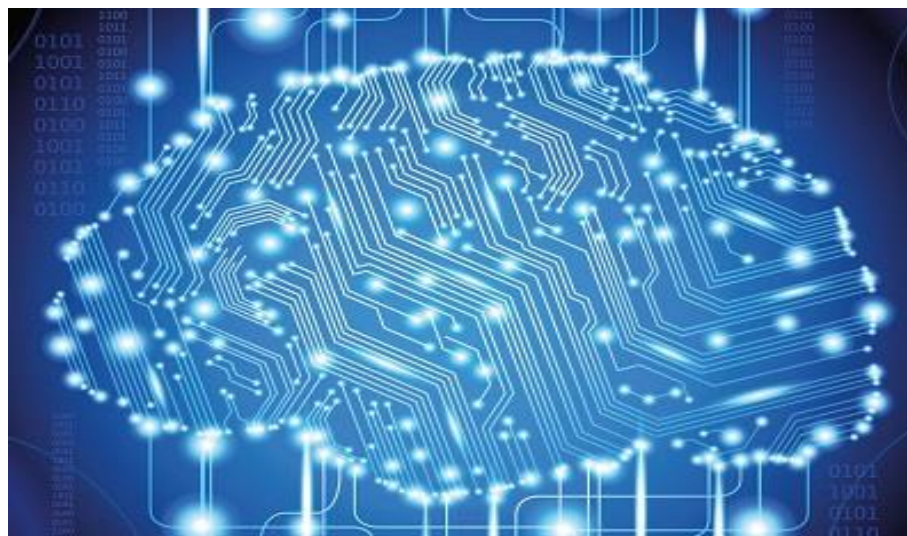
(Rocher, 2008:9)

Critères de définition des réformes

- Intention explicite d'engager un changement exprimée par des acteurs identifiables
- Acteurs responsables d'une réforme présentent un plan ou un programme de changement
- Le plan d'action s'accompagne d'une critique de l'état des choses et d'une identification de failles ou faiblesses
- Cette critique est de façon générale non radicale puisqu'elle ne remet pas en cause la totalité de l'ordre existant et le plan d'action qui en découle est non violent ce qui distingue les réformes de changements dits révolutionnaires (Rocher, 2008: 10)

« Yet the trajectory of **system building** continues to be distressingly flat. In addition to the political challenge of change, many key policy issues have yet to be discussed, much less settled, by the governments that must take responsibility for governing our health care system »
(Sinclair, Rochon & Leatt, 2005:267)

Sinclair, D., M. Rochon, and P. Leatt (2005) *Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996–2000* (Montreal: Institute for Research on Public Policy).



Les objectifs des réformes en santé au Canada

H-pod

Améliorer la gestion des maladies chroniques

Aligner les acteurs et les ressources en fonction des objectifs des gouvernements

Basculer les ressources des hôpitaux vers la communauté

Favoriser l'intégration des médecins au système de santé

Développer de nouvelles capacités

Les stratégies adoptées pour produire le changement et leurs rapports avec les objectifs I

H-pod

Améliorer la gestion des maladies chroniques

Promouvoir l'auto-gestion des MCs par des ressources communautaires

Favoriser l'accès par les patients de leurs dossiers médicaux électroniques

Accorder des incitatifs aux médecins pour la prévention des MCs

Engager les communautés dans la prévention et promotion des MCs

Aligner les acteurs et les ressources en fonction des objectifs des gouvernements

Abolir les conseils d'administration des hôpitaux et des conseils communautaires de santé

Consolider ou éliminer les autorités régionales de santé

Conclure des ententes de gestion ou d'imputabilité avec les autorités régionales et les établissements de santé

Implanter de systèmes de monitoring et de redditions de comptes

Basculer les ressources des hôpitaux vers la communauté

Développer des mécanismes novateurs de dispensation des soins dans la communauté

Accroître le rôle des soins de longue durée et à domicile dans la gouvernance du système

Accroître le rôle et l'étendue de la pratique de professionnels non-médecins

Les stratégies adoptées pour produire le changement II

H-pod

Favoriser l'intégration des médecins au système de santé

Promouvoir la collaboration première ligne et spécialistes

Implanter des systèmes centralisés de gestion des listes d'attente en 1^{ère} ligne

Promouvoir des modèles standardisés de pratique et d'équipe multidisciplinaires en première ligne

Imposer de nouvelles obligations aux médecins

Accorder des responsabilités en soins de 1^{ère} ligne aux autorités régionales

Engager les médecins dans le design et l'implantation des réformes

Développer de nouvelles capacités

Créer des agences pour mesurer et développer la qualité des soins et la performance

Appuyer le développement de communautés de pratique professionnelles

Appuyer le développement d'expertise et d'habiletés en amélioration de la qualité

Impliquer les patients dans les initiatives d'amélioration de la qualité

Documenter l'expérience-patient

Développer des stratégies d'implication de la communauté

Ces différentes stratégies sont adoptées de façon variable et avec une intensité variable selon les provinces

Les traits dominants des réformes adoptées dans les sept provinces à l'étude



	NS	QC	ON	MAN	SK	AB	BC
ADDRESS CHRONIC DISEASES							
support community-based chronic disease self-management (CDM) workshops	+	—	—	+++	+++	+++	+++
enable patient access to personal health records	+++	+	—	—	—	—	—
engage communities in promotion/prevention	+++	—	—	+	—	+++	+
provide physician incentives for prevention/CDM	—	+	+++	+++	—	+++	+++
ALIGN ACTORS AND RESOURCES WITH PROVINCIAL OBJECTIVES							
abolish governing boards of most hospitals	+++	+++	—	+++	+++	+++	+++
consolidate/eliminate regional authorities	+++	+++	—	—	+++	+++	—
carve out RHA functions/services to be governed at province level	—	—	—	+++	—	—	+++
abolish community health boards	—	+++	+++	+++	+++	+	+++
impose accountability agreements on HA and hospitals	+	+	+++	—	+	—	+++
implement performance monitoring and reporting	—	+	+++	—	+++	+	+++
SHIFT FROM HOSPITAL TO COMMUNITY-BASED CARE (DE-INSTITUTIONALIZE)							
develop new community delivery mechanisms (telehealth, NPs, mobile services)	+	+	+++	+++	+	+++	+
increase role in governing long-term care (LTC) and home care (HC)	+	+++	+++	+	+	+++	+
expand scope of practice and role of non-physician community providers	+	+	+++	+++	+	+	+
INTEGRATE PHYSICIANS INTO THE SYSTEM							
promote standardized model of multidisciplinary primary care (PC)	+	+++	+++	+++	—	+++	+
promote public model of team-based PC	+	—	+++	+++	+++	+++	+
promote collaboration between specialists and PC	+	+	+++	+	+	+++	+++
centralize wait lists for GPs	+++	+++	+++	+++	—	+++	+++
impose obligations on physicians	—	+++	+	+++	—	+++	—
assign HAs some responsibility for primary care	+	+	+	+++	—	+++	—
engage physicians in design and implementation of reforms	+++	—	+	+++	+++	+++	+++
DEVELOP CAPACITIES							
create arm's length organizations to measure and support quality	—	+	+++	+++	+++	+++	+++
support professional communities of practice	+	+	+++	+	+	+++	+++
support quality improvement skills development	—	+	+++	+	+++	+++	+
include patient advisors in QI	—	+	+++	+	+++	+++	+++
conduct patient experience surveys	—	—	+++	—	+++	+	+++
mechanism for community input	+++	—	+	+	—	+	+

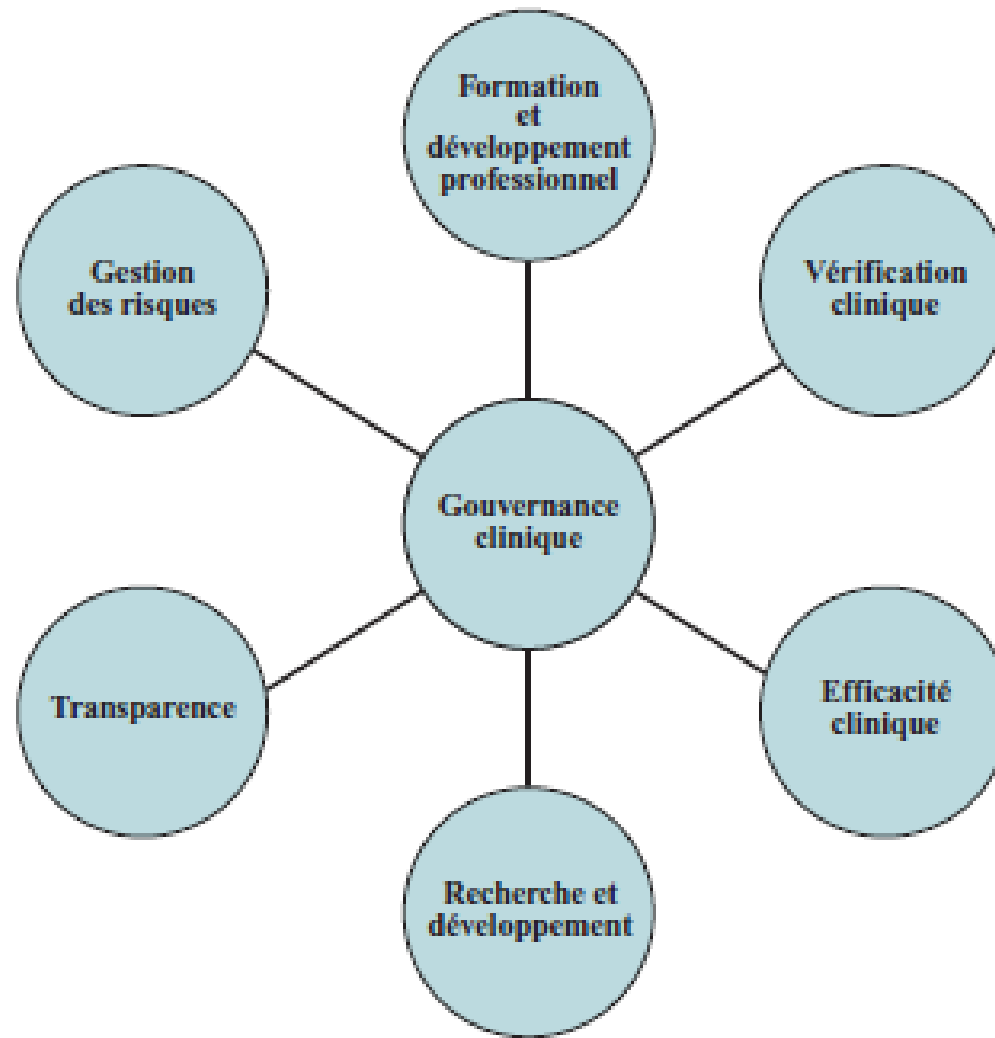
Leçons apprises

Instabilité de la gouvernance

- Cinq provinces (Alberta, Québec, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse et IPE) adoptent ou consolident des structures de gouvernance centralisées
- Insatisfaction persistante quant au degré de contrôle exercé sur le système de santé
- Les organisations de santé, les gestionnaires et les fournisseurs de soins en établissements publics sont particulièrement touchés par ces changements
- L'imputabilité, la fragmentation de la prise de décision et la capacité à mettre en œuvre des politiques sont au centre des préoccupations évoquées

L'engagement et l'intégration des médecins au système de santé

- Un enjeu persistant des politiques de santé au Canada
- Une approche plus collaborative que coercitive des gouvernements envers la profession médicale
- Des investissements visant à s'accommoder du statut d'entrepreneurs autonomes des médecins: incitatifs, stratégies spécifiques d'engagement des médecins, développement de groupes de médecins de famille...
- Des défis persistants entre autres pour la place et le rôle de professionnels de la santé autres que les médecins
- Reflète une très grande stabilité des paramètres fondamentaux des systèmes de santé des provinces au Canada (Tuohy, 2018)



(Brault, Roy & Denis,
2008: 168)

Figure 1. Composantes de la gouvernance clinique, inspiré des travaux de Starey [7] et de Scally et Donaldson [8].

Intérêt croissant pour la gouvernance clinique

- En parallèle des restructurations, une attention plus grande est portée aux capacités latentes dans le système de santé
- Témoigne d'une volonté de renforcer les situations et capacités de gestion
- Emphase sur une gestion de la production des soins et services
- Hypothèse: leviers d'amélioration spécifiques aux micro-systèmes cliniques
- Accès à ces leviers commandent un renouveau des formes organisationnelles (ex.: SCN en Alberta) et la création d'agences intermédiaires (HQO, BCSQC, SK...) propices au développement de nouvelles capacités (compétences, expertises et habiletés)

La gestion face aux tensions émergentes dans le système de santé

- Centralisation de la gouvernance vs mobilisation des capacités distribuées dans le système et les organisations de santé vs gouvernance collaborative
- Priorités émergentes (ex.: santé mentale) vs circuits d'allocation et de réallocation des ressources
- Conditionnements institutionnels vs besoin d'innovation (rôles, pratiques, modèles de dispensation des soins...) à grande échelle dans le système de santé
 - *Décalage entre l'innovation technique et l'innovation institutionnelle reste persistant*

Conclusion

- Mise en synergie des actifs managériaux et professionnels pour compenser les limites structurelles des systèmes de santé
- Impacts de la gestion:
 - design et mobilisation de leviers alternatifs incluant outils de gestion,
 - partenariats pour ébranler les frontières habituelles du système de santé,
 - plaidoyer pour des innovations à fort impact,
 - mise en place de contexte favorable à la mobilisation du personnel et des professionnels

MERCI

Hub santé:
politique,
organisations
et droit

H-pod