

La première ligne au Québec
Pas facile de la voir, difficile de l'atteindre
Coup d'oeil sur les 15 dernières années

Symposium McGill
sur les politiques de soins de première ligne

Léonard Aucoin, M. Ps., M.P.H.
InfoVeille Santé

Le 6 mai 2016

Retour sur la Commission Clair - 2000

- **Organisation des services de 1^{ère} ligne:**
 - Un **constat** : Problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité, de coordination, pour les citoyens et pour les professionnels
 - Une **vision**: D'abord un médecin de famille
 - Deux **recommandations**:
 - Que l'**organisation d'un réseau de 1re ligne** constitue l'**assise principale** du système de services de santé et de services sociaux;
 - Que ce réseau soit formé à partir de la **double réalité** actuelle des **CLSC** et des **cabinets de médecins** :
 - **Création** de GMF et **collaboration interdisciplinaire** CLSC – GMF, pour une population donnée, afin d'améliorer **accès, continuité, coordination**

15 ans plus tard...

- **Organisation des services de 1^{ère} ligne:**
 - Des GMF ont été mis en place, mais :
 - Développement lent, sans vision intégrée, improvisé
 - Sans lien fonctionnel avec les CLSC, sans efforts de collaboration
 - Rôle et responsabilités confus et ambigus, résultats attendus non définis, absence d'imputabilité
- **Sur le terrain:**
 - ± Même constat qu'en 2000 : Problèmes d'accessibilité, de continuité, de coordination, pour les citoyens et pour les professionnels
 - Commonwealth Fund / CSBE (2015) – Perceptions des MDs de famille QC vs Canada vs International:
 - Opinion globalement négative : accès aux MD de famille, aux MDs spécialistes, coordination, circulation de l'information

2015 - 2016 ... Nouveau départ ?

- Révision du Cadre de gestion GMF:
 - Novembre 2015 : *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF*
 - 26 avril 2016 : *Programme de désignation réseau pour les GMF* (GMF – réseau ou Super-cliniques)
- **Quels en seront les résultats et par qui et comment seront-ils évalués ? À suivre...**

Pourquoi si peu d'avancement en 15 ans?

*Coup d'œil critique, sous l'angle de la
gestion*

Hospitalo-centrisme dominant

- Place prépondérante des hôpitaux et de la médecine spécialisée et surspécialisée
 - Budgets de fonctionnement
 - Budgets d'immobilisation
 - Développements technologiques
 - Recherche biomédicale
 - Structure du réseau : Organigrammes des CISSS-CIUSSS
- Problèmes d'accès et de continuité, surtout avant et après l'hospitalisation
- La 1^{ère} ligne n'est pas devenue **l'assise principale** de notre système de santé

Vision tronquée de la 1^{ère} ligne

- Absence d'un « **Porteur** » d'une **vision claire et intégrée** de la 1^{ère} ligne en santé et services sociaux au MSSS
- Conséquence de « l'échec » d'intégration de la médecine de 1^{ère} ligne en CLSC ?
 - Historique de forte résistance de la FMOQ et développement de cliniques médicales soutenues par elle
 - Historique de peu d'efforts des CLSC pour intégrer la médecine de 1^{ère} ligne
 - CLSCs et Cliniques médicales / GMF
 - 2 modèles parallèles d'organisation, de financement et de gestion
 - Peu de collaboration entre eux

Négociation syndicale centralisée comme mode d'organisation des services

- L'État vs Monopole syndical médical
- Accent sur la rémunération et les conditions de travail des médecins de famille
- Peu sur l'organisation des services à une population
- Résultat :
 - 1^{ère} ligne est « réduite » à des cliniques médicales « hors réseau » et qui, plus tard, deviennent des GMF
 - GMF : Règles confuses, imputabilité ambiguë

Programmation tronquée de la 1ère ligne

- MSSS développe, en 2005, un « programme » de « services généraux » de 1^{ère} ligne,
 - centré sur les établissements (CLSC, Urgences),
 - en excluant les cabinets de médecins, la principale porte d'entrée
- Approche bureaucratique circonscrite au périmètre budgétaire des « établissements »
- Bref,
 - D'un côté, les cabinets de médecins, la FMOQ, la RAMQ, le MSSS (surtout le Ministre)
 - De l'autre, les autres professionnels, les CLSC et l'Urgence, le MSSS
 - 2 voies parallèles, 2 types de règles du jeu, 2 silos de financement : Pas de « pont » entre les 2
 - Peu/pas de circulation de l'information clinique, peu/pas de coordination

Très forte centralisation de la prise de décision

- De + en + de décisions d'organisation et de gestion des services sont prises au sommet de la pyramide
 - Absence de gouvernance locale – La loi 10
 - Négation de la capacité d'initiative et de « co-construction » des cliniciens, des gestionnaires et des citoyens locaux
 - Perte de « pouvoir d'agir » par ceux qui possèdent le « savoir » sur leur population et leur environnement
 - Risque de « *one size fits all* »
 - Innovation = délinquance

Approche *Command & Control*

- C'est présent depuis plusieurs années mais c'est plus fort aujourd'hui
- Le message: « *Je sais ce qu'il faut faire. Vous n'avez qu'à le faire. Et je vais vérifier* »
- Négation de la réalité des « organisations professionnelles » en santé et services sociaux et des « savoirs » des professionnels et des gestionnaires
- Les gestionnaires regardent plus vers le « haut » dont ils attendent les commandes que vers le « bas » qui attend une collaboration étroite pour offrir les services à la population
- En première ligne médicale : la loi 20

Instabilité du leadership central

- 2000 – 2016 : 7 ministres, 1 par 2.3 années
 - Changement de ministre
 - Changement de sous-ministres
 - Changement d'orientations
 - « Réformes » de structures
- Enjeu de cohérence et de cohésion du « système » de soins
- Difficulté, sur le terrain, de trouver un « sens » à ces changements fréquents

Le défi du futur

Les dés sont jetés... Peut-on encore influencer les règles du jeu?

Les décisions du ministre Barrette sont prises. Comment mobiliser les joueurs-clés pour assurer:

- Un vrai travail de collaboration clinique et de gestion entre médecins et autres professionnels, un leadership partagé?
- Une approche populationnelle, sur le plan épidémiologique: systèmes d'information, analyse de données de clientèles et liens avec la santé publique?
- Une préoccupation d'évaluation de la pertinence, de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services et de leur organisation?
- Une préoccupation d'évaluation de l'expérience patient et de son rôle de partenaire?
- Une gouvernance publique locale avec une participation citoyenne?

Merci

Commentaires, questions