



OCTOBRE 2015

La variabilité dans la qualité des services de santé au Nouveau-Brunswick

La variabilité dans la qualité des services de santé

Il faudra encore bien des efforts pour améliorer la compréhension collective concernant le défi de la viabilité à long terme du système de santé au Nouveau-Brunswick, que ce soit sur le plan des besoins de la population en matière de santé, de la répartition et de l'évolution des ressources, ou de la qualité des services de santé. Dans le présent rapport, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) se penche sur la qualité des services de santé.

S'il est vrai que la province se classe souvent parmi les pires au pays pour plusieurs mesures de la qualité des services de santé, il est aussi vrai qu'à l'intérieur même de la province, la qualité des services de santé varie grandement d'une région géographique à l'autre. L'analyse de cette variabilité démontre que certaines régions enregistrent un très faible rendement, mais que d'autres enregistrent un très bon rendement.

Ce dernier point est clé et est celui sur lequel repose le thème central du présent rapport : comment le système de santé provincial peut-il apprendre des régions qui enregistrent un meilleur rendement afin d'améliorer la qualité des services de santé ailleurs?

À cette fin, ce rapport décrit dans un premier temps le besoin d'un cadre de responsabilités provincial efficace. Ce cadre de responsabilités doit notamment comprendre une approche d'analyse comparative et l'établissement de cibles de rendement.

Ensuite, ce rapport propose que le système de santé devrait a) prioriser les domaines de la santé primaire et les services de santé mentale et du traitement des dépendances, et b) cibler ses efforts sur deux des six dimensions de la qualité, soit l'accessibilité et la justesse, puisque l'amélioration de celles-ci aura un effet d'entraînement sur les autres.

Les six dimensions de qualité du CSNB

Afin de faire rapport public sur la qualité des services de santé, le CSNB doit tenir compte des dimensions de qualité qui suivent :

L'accessibilité : La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix.

L'efficacité : Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.

L'équité : La capacité à offrir des soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances.

La justesse : Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies.

Le rendement : Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable.

La sécurité : Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.

Reconnaissance de la variabilité

La qualité des services de santé varie sensiblement d'un bout à l'autre du Nouveau-Brunswick. La variabilité entre les régions géographiques s'observe dans des mesures partout dans le système, donc dans tous les secteurs, dans toutes les dimensions de la qualité, ainsi que dans tous les programmes et les services.

Il est extrêmement important d'analyser et de comprendre cette variabilité. Cela peut aider à déterminer les priorités afin d'améliorer la prestation des différents programmes et services, à prendre des décisions sur la gestion des ressources, et à effectuer des analyses comparatives et établir des cibles de rendement visant l'imputabilité et la gestion du rendement afin d'offrir des services de santé équitables et de qualité pour améliorer les résultats de santé de la population.

Figure 1. L'importance d'analyser et de comprendre la variabilité

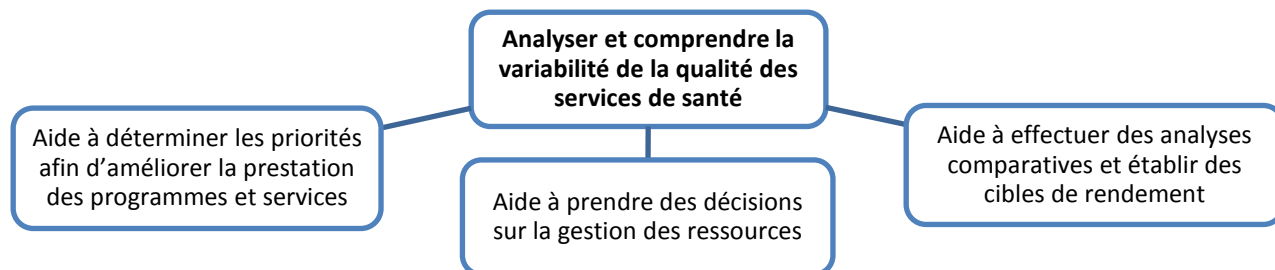
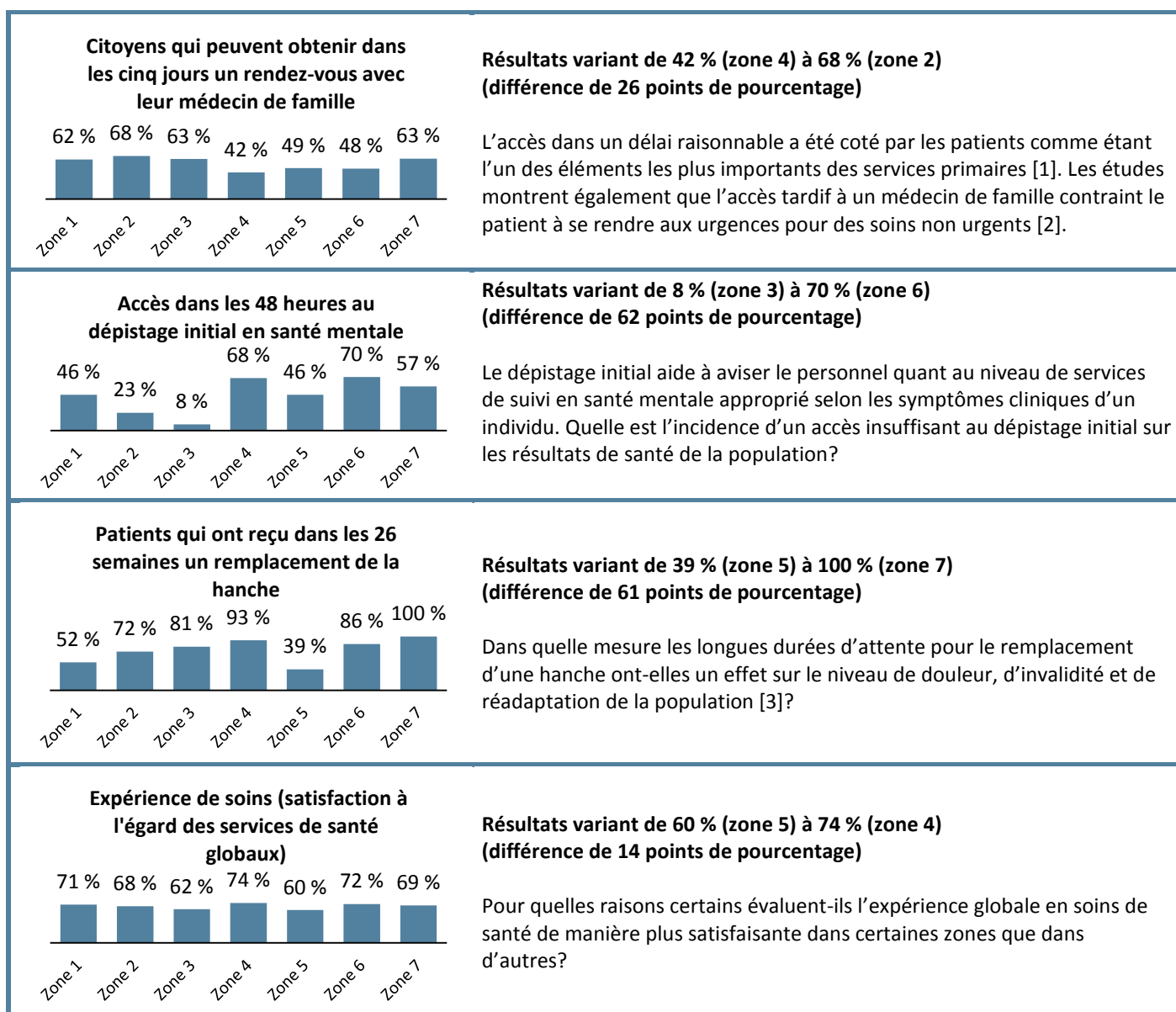


Figure 2. Exemples de variabilité de la qualité des services de santé



Ces exemples couvrent l'ensemble du continuum de soins. Voir l'annexe A pour d'autres graphiques sur la variabilité.

Occasions d'apprentissage

L'analyse sur la variabilité de la qualité des services de santé fait ressortir une disparité entre les zones, certaines enregistrant un rendement très faible et d'autres un rendement plus élevé. Pouvons-nous apprendre des zones qui ont un meilleur rendement afin de rehausser la qualité des services là où le rendement est plus faible? Par exemple, les graphiques de la page précédente font ressortir les questions suivantes :

- Pouvons-nous apprendre de la zone 2 afin d'offrir un accès plus rapide aux médecins de famille?
- Pouvons-nous apprendre de la zone 6 afin d'offrir un accès plus rapide au dépistage initial en santé mentale?
- Pouvons-nous apprendre de la zone 7 afin de réduire le temps d'attente pour le remplacement de la hanche?
- Pouvons-nous apprendre de la zone 4 afin d'offrir une meilleure expérience globale de soins de santé?

QUELLES SONT LES SEPT ZONES DE SANTÉ ?

Le Nouveau-Brunswick est divisé en sept zones de santé en ce qui a trait à la prestation et à l'administration des services de santé.



- 1) Région de Moncton et du Sud-Est (population : 203 840) - Horizon et Vitalité
- 2) Région de Fundy et de Saint John (population : 175 060) - Horizon
- 3) Région de Fredericton et de la vallée (population : 173 875) - Horizon
- 4) Région de Madawaska et du Nord-Ouest (population : 49 000) - Vitalité
- 5) Région de Restigouche (population : 26 920) - Vitalité
- 6) Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne (population : 77 795) - Vitalité
- 7) Région de Miramichi (population : 44 690) - Horizon

(Les estimations de population proviennent du Recensement de 2011 de Statistique Canada)

Amélioration du rendement : nécessité de mettre en place un cadre de responsabilités provincial efficace

Afin de guider la province vers un meilleur rendement global, il faut mettre en place un cadre de responsabilités efficace.

Dans des séances de dialogue que le CSNB a mené au fil des ans [4], la population néo-brunswickoise a exprimé sa conviction selon laquelle le système de santé est doté d'une certaine structure de responsabilités pour s'assurer du traitement des priorités et de la réalisation des progrès. Comme l'a indiqué précédemment le CSNB, la réalité est autre : en fait, le Nouveau-Brunswick ne dispose pas d'un cadre de responsabilités efficace pour l'aider à normaliser et à améliorer la qualité des services de santé.

Ce que les citoyens nous ont dit

- Ils sont convaincus que les données recueillies par le système contribuent à la planification et à l'établissement des priorités.
- Ils s'attendent à ce que le système de santé soit bien intégré et axé sur son parcours de soins, et ce, dans tous les programmes et services.
- Ils sont convaincus que les services de santé sont conçus pour répondre à ses besoins.
- Ils sont convaincus que les dirigeants du système de santé planifient et prennent des décisions en s'appuyant sur des données probantes.

Obligation législative de créer un cadre de responsabilités

Établir un cadre de responsabilités est une obligation législative, comme le stipule la *Loi sur les régies régionales de la santé* du Nouveau-Brunswick [5] :

« Le ministre établit un cadre de responsabilités qui décrit les rôles du ministre et d'autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé et qui énumère les responsabilités que chacun d'eux a à l'égard des autres dans le système provincial de la santé. »

La *Loi* stipule également que « Le ministre peut fixer des objectifs de rendement pour une régie régionale de la santé » relativement à sa gestion financière, à l'accès aux services de santé, aux résultats satisfaisants en matière de santé et au niveau de satisfaction des patients.

Un système doté d'un cadre de responsabilités : l'Ontario

Les provinces qui ont établi un cadre de responsabilités, comme l'Ontario, semblent présenter un rendement plus fort en ce qui concerne la qualité des services de santé et les résultats de santé de la population. En Ontario, il y a des ententes de financement des responsabilités qui établissent les objectifs et les normes de rendement, les exigences de rapports, un plan de dépenses et un processus de gestion du rendement, et ce, du ministre jusqu'à chaque réseau local d'intégration des services de santé.

Analyses comparatives et cibles de rendement

Un cadre de responsabilités peut revêtir différentes formes et contenir différentes composantes. L'un des éléments clés concerne les analyses comparatives et l'établissement de cibles de rendement afin de mesurer et de surveiller les objectifs de rendement.

Étant donné l'absence de données normalisées nécessaires pour effectuer des analyses comparatives et établir des cibles de rendement au Nouveau-Brunswick, le CSNB collabore depuis quelques années avec diverses parties prenantes du système de santé pour recueillir des données à l'échelle de la province, des zones et des communautés en vue d'élaborer des outils qui montrent la qualité des services de santé (et les résultats de santé de la population). Ces outils comprennent notamment la Fiche de rendement du système de santé, les Portraits de santé de la population et les profils communautaires « Coup d'œil sur ma communauté ».

Ces outils ne sont certes pas parfaits et peuvent assurément être améliorés, mais ils sont généralement jugés crédibles de la part du système de santé et permettent d'éclaircir certains points sur les domaines prioritaires. En tant que province, nous avons réalisé de nombreux progrès concernant l'accès à des données normalisées. L'information que contiennent les outils du CSNB représente une bonne base de départ pour effectuer des analyses comparatives et établir des cibles de rendement.

Tel que le système de santé se présente aujourd'hui, la plupart de ses composantes ne sont pas bien intégrées, ce qui se répercute sur les soins à la population et l'utilisation appropriée des services de santé. Un changement de culture doit s'opérer vers la gestion du rendement et l'imputabilité, en mettant l'accent sur l'expérience vécue par les citoyens pour soutenir un système intégré de prestation de services de santé. Pour cela, il faut d'abord que les dirigeants et les planificateurs du système de santé acceptent la responsabilité principale de créer et d'appuyer l'environnement qui permettra ce changement culturel.

Domaines prioritaires et points de mire

Domaines prioritaires : services de santé primaires et services de santé mentale et de traitement des dépendances

Depuis 2010, les services de santé primaires ont toujours obtenu la note globale de rendement la plus basse dans la Fiche de rendement du système de santé du CSNB, ce qui en fait le maillon faible des services de santé financés par les fonds publics du Nouveau-Brunswick. De plus, l'édition de 2014 de la Fiche de rendement du système de santé montre que les services de santé mentale et de traitement des dépendances est aussi un maillon faible.

Pour les citoyens, selon les raisons qui justifient la nécessité des services de santé, les faibles rendements observés dans ces deux domaines peuvent entraîner d'importantes répercussions négatives. Ces deux domaines touchent une grande partie de la population; chaque année, près de 90 % des Néo-Brunswickois ont recours aux services de santé primaires et près de 40 % ont recours aux services de santé mentale et de traitement des dépendances [6].

Points de mire : dimensions de l'accessibilité et de la justesse

Depuis 2009, le CSNB s'efforce de définir les mesures de rendement du système de santé en collaboration avec les parties prenantes et les membres de la population. Afin de rendre compte publiquement de la qualité des services de santé, le CSNB doit tenir compte des six dimensions de qualité : accessibilité, efficacité, équité, justesse, rendement et sécurité (voir page 1).

Depuis cinq ans, le CSNB entreprend dans toute la province des initiatives axées sur l'engagement du citoyen [4], et les enjeux les plus fréquemment soulevés par les citoyens concernent les dimensions de l'**accessibilité** ou de la **justesse**. Pour les citoyens, bénéficier de services accessibles et justes peut avoir une incidence majeure sur leur santé (et, conséquemment, entraîner une baisse ou hausse des coûts pour le système de santé).

De plus, les études démontrent que si l'on se concentre sur ces deux dimensions, on parvient à améliorer trois autres dimensions de la qualité : l'efficacité, le rendement et la sécurité [7]. En ce qui concerne la dimension de l'équité, adresser la variabilité dans les services de santé dans toutes les dimensions de qualité pourrait mener à la capacité d'offrir des soins et des services de qualité à tous, sans égard aux caractéristiques et aux circonstances individuelles.

Que sont les services de santé primaires?

Au sens large, les services de santé primaires sont les services donnés au premier point de rencontre avec le système de soins de santé, comme les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les centres de santé communautaires et les cliniques sans rendez-vous. Les services de santé primaires incluent généralement les soins de routine, le traitement urgent des problèmes de santé communs ou mineurs, les soins de maternité et des enfants, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que la consultation en nutrition. Au cours d'une année donnée, plus de 90% des citoyens reçoivent une forme ou une autre de services de santé primaires.

Vue sous cet angle, une amélioration des dimensions de l’accessibilité et de la justesse, et tout particulièrement pour les services de santé primaires et de santé mentale et de traitement des dépendances, a la capacité de soutenir la transformation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

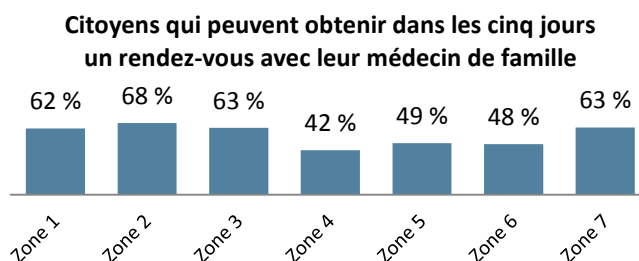
Cinq critères pour les dimensions de l’accessibilité et de la justesse

Pour savoir si une décision favorise l’amélioration de l’accessibilité et de la justesse, l’une des manières est de la comparer aux cinq critères suivants : bon patient, bon fournisseur, bon soin, bon moment et bon endroit. Si chaque occurrence du système de santé (p. ex. visite à un fournisseur de soins primaires, hospitalisation, soins à domicile) répondait à ces cinq critères, l’optimisation des soins et de la valeur serait assurée [8].

Bon patient	Bon fournisseur	Bons soins	Bon moment	Bon endroit
Le choix des soins correspond-il aux caractéristiques et aux préférences du patient?	Le champ de pratique répond-il aux besoins pour prodiguer des soins?	Les soins sont-ils fondés sur des données probantes?	Les soins sont-ils prodigués dans un délai raisonnable d’après les cibles de rendement acceptées?	Le cadre est-il idéal pour assurer la sécurité et le rendement des soins?

Quel est le délai d’attente acceptable pour voir un médecin de famille?

Les indicateurs de la page 3 sont des exemples d’indicateurs de santé primaire et de santé mentale ou d’indicateurs liés aux dimensions de l’accessibilité et de la justesse. L’indicateur concernant la capacité à voir un médecin de famille dans les cinq jours est reproduit ci-après.



Il n’existe actuellement aucune cible de rendement associée à de telles mesures dans la province. Quel devrait être l’objectif du système de santé en ce qui concerne le délai d’attente acceptable pour voir un médecin de famille? Est-ce trois jours? Quatre jours? Cinq jours?

Sous l’angle d’une analyse comparative, nous observons une variation de 42 % à 68 % des patients qui peuvent obtenir dans les cinq jours un rendez-vous avec leur médecin de famille. Nous devons explorer et comprendre les facteurs, tels que les niveaux de ressources ou les méthodes d’établissement des horaires, qui peuvent avoir une influence sur ces variations. Quels sont les facteurs qui permettent une meilleure accessibilité à un médecin de famille dans les zones 1, 2, 3 et 7? Quels sont les facteurs qui entravent l’accessibilité à un médecin de famille dans les zones 4, 5 et 6?

Dans l’établissement des cibles de rendement, un cadre de responsabilités efficace devra fixer l’objectif de rendement (p. ex. 5 jours) et définir de quelle façon il compte mesurer ce rendement et en rendre compte publiquement.

Conclusion

Le Nouveau-Brunswick peut améliorer la qualité de ses services de santé financés par les fonds publics et veiller à la satisfaction des besoins et des attentes des citoyens d'une manière normalisée dans toute la province. Pour cela, il faut changer la conception et la prestation des programmes et des services, et tenir les organisations responsables des exigences législatives.

Même si la pertinence des informations fournies par le CSNB est grandement reconnue, ces données ne s'intègrent que très lentement au processus de planification des services de santé. Pour la majorité des responsables des services de santé, à tous les niveaux organisationnels du système de santé, l'accès aux mesures normalisées relatives à la qualité des services de santé de la province n'est pas une partie intégrante de leur environnement de travail pour ce qui est des responsabilités et de la prise de décisions. L'absence d'un cadre de responsabilités peut brièvement expliquer les raisons pour lesquelles ces mesures ne sont pas bien optimisées dans les outils de planification et de surveillance.

Pour répondre à la question de la variabilité dans la qualité des services de santé et pour s'assurer du nombre croissant des régions de la province qui rejoindront le rang de celles qui affichent les meilleurs rendements, il nous faut accroître l'utilisation d'analyses comparatives et de cibles de rendement. Comme point de départ, les analyses comparatives et les cibles de rendement pourraient viser les services de santé primaires et de santé mentale et de traitement des dépendances en mettant l'accent sur les mesures reliées aux dimensions de l'accessibilité et de la justesse. Ces éléments seraient des opportunités stratégiques clés pour la transformation du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Malgré les défis à relever, lorsqu'il s'agit de combiner les progrès qu'a réalisés la province dans l'établissement des mesures de la qualité pour ses services de santé avec la taille relativement petite de son système de santé comparativement à d'autres provinces, le Nouveau-Brunswick semble bien placé pour se hisser à la tête des provinces quant à l'amélioration de la qualité des services de santé.

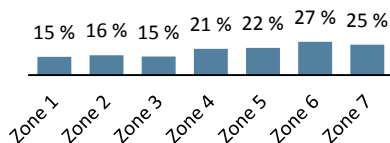
Données disponibles

Pour d'autres données en lien avec la qualité des services de santé, consultez notre section Données à l'adresse www.csnb.ca/donnees ou notre Fiche de rendement sur le système de santé à l'adresse www.csnb.ca/fiche-rendement-systeme-sante.

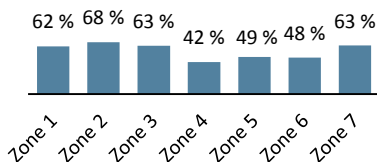
Annexe A - Variabilité de la qualité des services de santé

Variabilité liée à la dimension de l'accessibilité des services

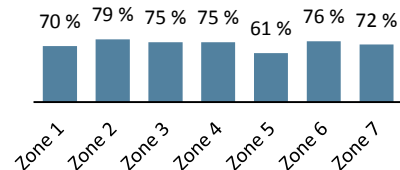
Citoyens qui n'ont pas d'assurance pour les médicaments sur ordonnance [a]



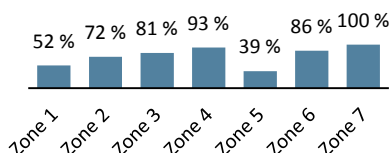
Citoyens qui peuvent obtenir dans les cinq jours un rendez-vous avec leur médecin de famille [a]



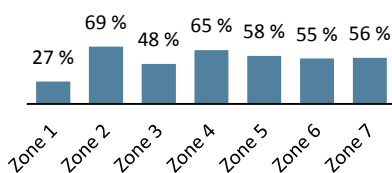
Patients qui ont vu dans les quatre heures un médecin à la salle d'urgence [a]



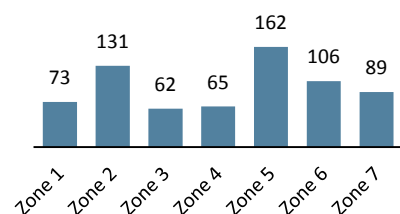
Patients qui ont reçu dans les 26 semaines un remplacement de la hanche [b]



Accès dans les 30 jours au traitement des maladies mentales chez les enfants et les jeunes [c]

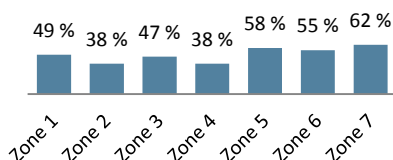


Temps d'attente moyen (en jours) pour le placement en foyer de soins [d]

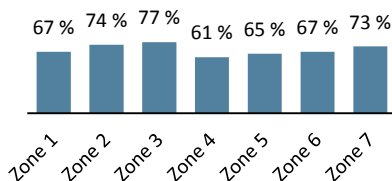


Variabilité liée à la dimension de la justesse des services

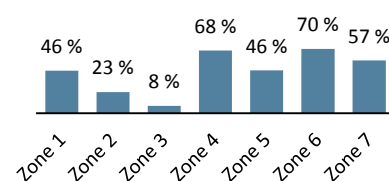
Citoyens âgés de plus de 50 ans qui ont fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal [e]



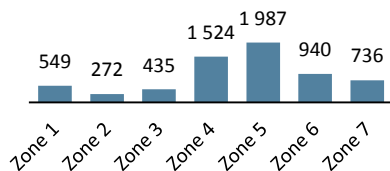
Adultes de 65 ans et plus ayant été vaccinés contre la grippe au cours de la dernière année [a]



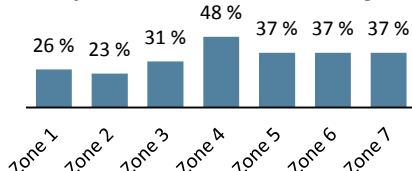
Accès dans les 48 heures au dépistage initial en santé mentale [c]



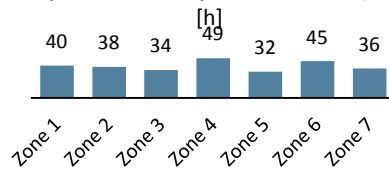
Taux d'hospitalisation pour maladie mentale (par 100 000 personnes) [f]



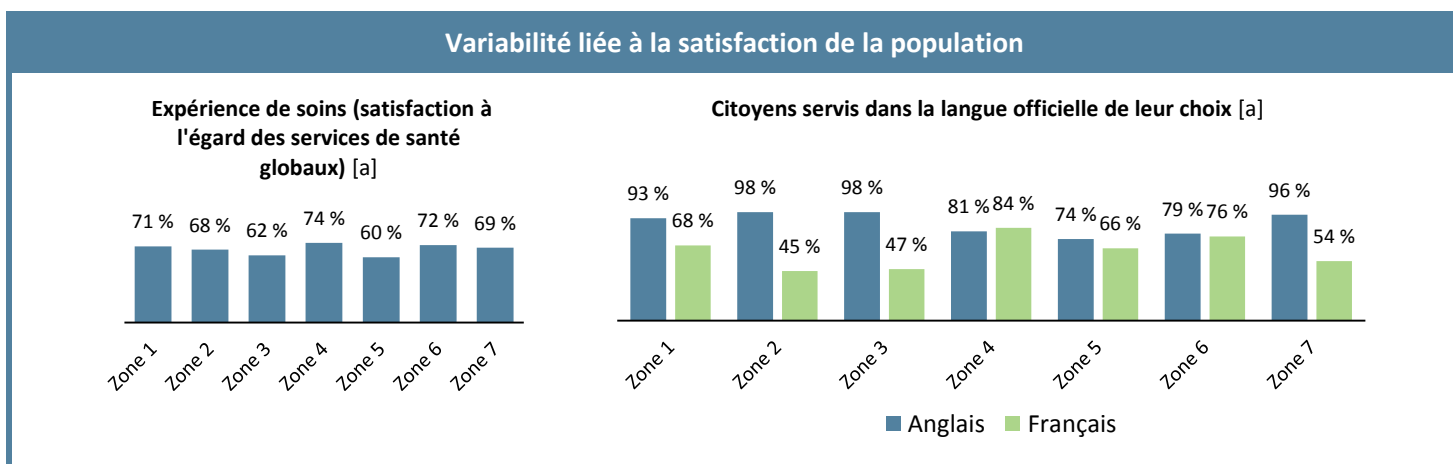
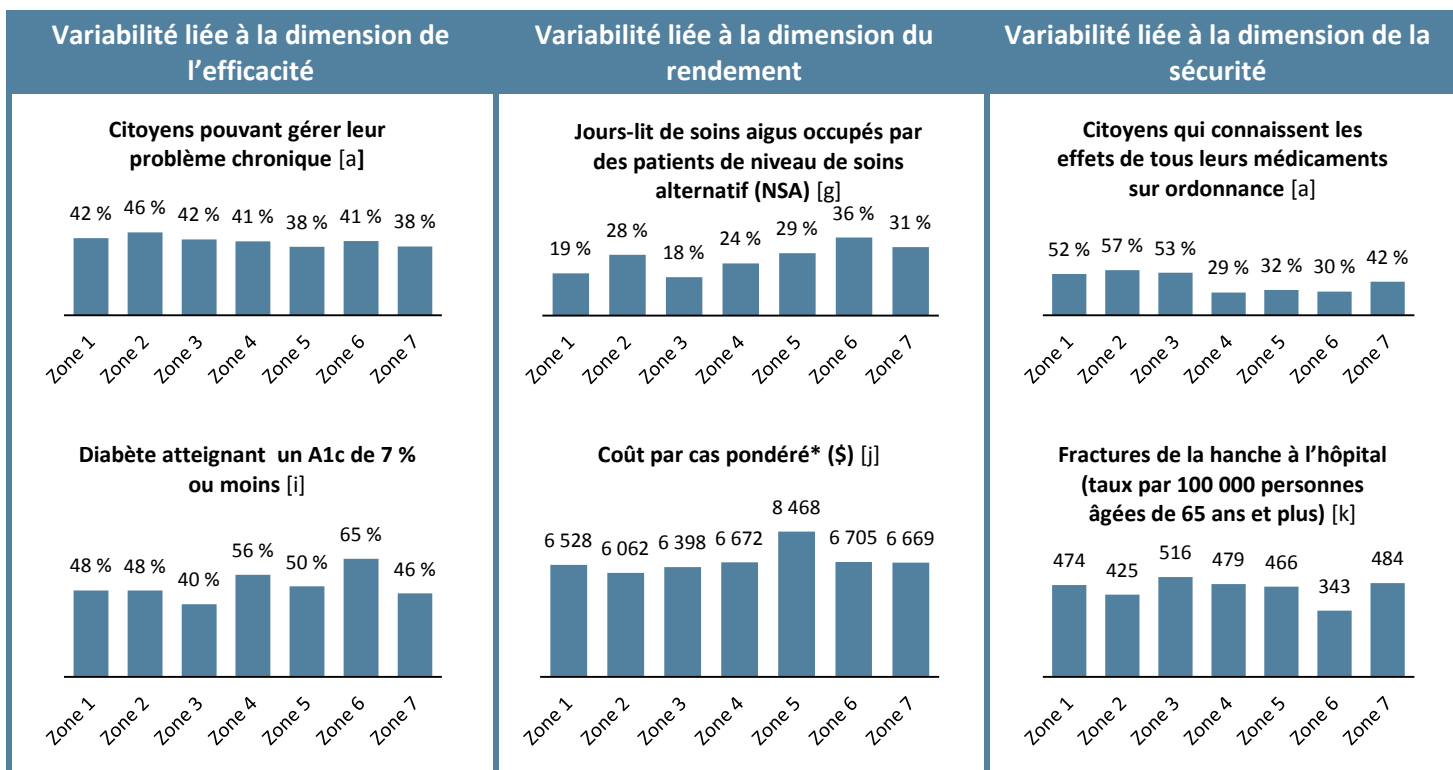
Patients atteints de problèmes de santé chroniques (ICC/BPCO) qui ont reçu leur congé et qui reçoivent des soins à domicile [g]



Score de mesure de la transition des soins (dans quelle mesure les patients sont prêts lorsqu'ils passent de l'hôpital à la maison) [h]



Les lettres indiquent la source (voir prochaine page)



*Coût par cas pondéré : Tel que décrit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), cet indicateur mesure le ratio des dépenses totales d'un hôpital liées aux patients hospitalisés en soins de courte durée par rapport au nombre de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée auxquels l'hôpital a dispensé des soins.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. CSNB, Sondage sur la santé primaire, 2014 b. Ministère de la Santé, Rapport annuel des services hospitaliers, 2013-2014 c. Ministère de la Santé, Santé mentale, Système de prestation de services aux clients, 2013-2014 d. Ministère du Développement social, 2013-2014 e. Ministère de la Santé, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014 | <ul style="list-style-type: none"> f. Institut canadien d'information sur la santé, 2013-2014 g. Ministère de la Santé, Base de données sur les congés des patients, 2013-2014 h. CSNB, Sondage sur les soins aigus, 2013 i. Ministère de la Santé, registre du diabète, 2012 j. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2012-2013 k. Institut canadien d'information sur la santé, 2012-2013 |
|--|--|

Références

- [1] S. Wong, D. Watson, E. Young et S. Regan, «What do people think is important about primary healthcare?,» *Healthcare Policy*, pp. 89-104, 2008.
- [2] K. Rose, J. S. Ross et L. I. Horwitz, «Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review,» juillet 2011. [En ligne]. Disponible: doi:10.1001/archinternmed.2011.168.
- [3] I. Vergara, A. Bilbao, N. Gonzalez, A. Escobar et J. Quintana, «Factors and Consequences of Waiting Times for Total Hip Arthroplasty,» 2011. [En ligne].
- [4] Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, «Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick,» 2010. [En ligne]. Disponible: http://www.csnb.ca/sites/default/files/notre_sante_nos_perspectives_nos_solutions_-_resultats.pdf.
- [5] Gouvernement du Nouveau-Brunswick, «Loi sur les régies régionales de la santé,» 2002. [En ligne]. Disponible: [https://www.gnb.ca/legis/bill/editform-f.asp?ID=81&legi=54&num=0&page=.](https://www.gnb.ca/legis/bill/editform-f.asp?ID=81&legi=54&num=0&page=)
- [6] Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, «Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des services de santé primaires,» 2014. [En ligne]. Disponible: http://www.nbhc.ca/sites/default/files/sondage_sur_la_sante_primaire_-_rapport_complet.pdf.
- [7] J. Lavis et G. Anderson, «Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications,» *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n°3, pp. 321-328, 1996.
- [8] Canadian Medical Association, «Appropriateness in Health Care,» 2014. [En ligne]. Disponible: <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05.pdf>.