

## **Examen par juridiction au sujet des systèmes de soins intégrés choisis**

Le document suivant présente certains résultats des comptes rendus de la recherche, de la littérature grise et des sites Web pertinents sur des sujets liés aux systèmes de soins intégrés (SSI) disséminés aux quatre coins du monde qui intègrent des soins qui jalonnent tout le continuum des soins (c'est-à-dire dans les domaines de la santé publique, des soins primaires, des soins actifs, des soins à domicile et communautaires et des soins de longue durée) et qui sont au service d'une population importante répartie dans une vaste zone géographique. De façon plus particulière, les sujets d'intérêt pour les SSI étaient notamment :

- les services offerts;
- la méthode de coordination des soins;
- l'utilisation des soins numériques et/ou de la connectivité;
- les mécanismes ou les modèles de financement, y compris les renseignements sur :
  - le calcul des montants de financement de base;
  - l'attribution des fonds;
  - les incitatifs de financement;
- les résultats obtenus pour :
  - le coût et l'utilisation;
  - les résultats sur la santé des patients et des populations;
  - l'expérience des patients et des fournisseurs de soins;
- la mesure du rendement et les attributs de surveillance respectifs, y compris les renseignements sur :
  - les indicateurs utilisés pour suivre les résultats;
  - le processus pour sélectionner les indicateurs et les tenir à jour;
  - les processus de surveillance pour les indicateurs;
  - les liens entre les résultats et les mécanismes de paiement.

Le présent examen par juridiction est un aperçu de haut niveau de systèmes de soins intégrés choisis du Canada et du monde entier qui est fondé sur des renseignements accessibles au public et n'est pas conçu pour être un examen systématique ou exhaustif. Les conclusions présentées ici reflètent les renseignements qui ont été inclus dans la portée du présent examen par juridiction et peuvent ne pas représenter des positions qui font l'unanimité ou les publications les plus à jour. En outre, dans de nombreux cas, le libellé présenté dans présent examen par juridiction a été tiré directement des documents sources cités. Veuillez vous reporter à ces documents lorsque vous citez les publications.

### **RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS**

- Les huit systèmes de soins intégrés (SSI) examinés dans le cadre de cette réponse rapide étaient les suivants : le Partenariat de services de santé (Ontario), Kaiser Permanente (États-Unis [É.-U.]), Geisinger (É.-U.), la Group Health Cooperative (É.-U.), le Nuka System of Care (Alaska, É.-U.), les Integrated Care Systems (Royaume-Uni [R.-U.]), le Canterbury Health System (Nouvelle-Zélande) et le modèle Alzira (Espagne).

#### **Services offerts**

- Les huit modèles de SSI se distinguaient sur les plans de leurs structures et de leurs activités, mais de façon générale, ils étaient tous orientés sur l'intégration d'un vaste éventail de services de santé qui prenait la forme d'un continuum de soins complet (p. ex. des soins primaires, des soins

de santé mentale, des soins de longue durée). Ces modèles étaient souvent adaptés à l'échelle régionale afin de répondre aux besoins d'une population dans un secteur particulier.

- L'utilisation de la technologie numérique afin d'améliorer la coordination ainsi que la prestation des soins variait d'un modèle de SSI à l'autre. Les systèmes d'information sur la santé, comme les dossiers de santé électroniques, étaient couramment employés par tous les SSI, sauf par le Canterbury Health System. Ce genre de technologie numérique permettait un suivi et un partage efficaces des dossiers des patients entre les fournisseurs ainsi qu'une meilleure communication entre les fournisseurs et les patients, et parmi les fournisseurs, qui se partageaient les responsabilités pour les soins du patient.
- La coordination des soins mettait souvent en jeu des fournisseurs de soins de santé généralistes et spécialisés qui travaillaient tous en collaboration afin de coordonner des soins intégrés pour les patients, principalement en formant des équipes dans lesquelles les fournisseurs adaptaient leurs rôles et responsabilités de manière à ce que chaque fournisseur puisse fonctionner au plus haut niveau de son expertise.

### **Mécanismes de financement**

- On a trouvé des renseignements limités sur le calcul des montants de financement de base dans les modèles de SSI.
- La rémunération mixte et la rémunération en fonction de la productivité, le salaire assorti de primes axées sur l'équipe qui atteint les cibles de rendement ainsi que les honoraires fondés sur l'exercice étaient au nombre des exemples de modèles de rémunération pour les fournisseurs de soins de santé.
- Certains modèles de SSI comportaient des incitatifs financiers, qui étaient souvent liés à la qualité des soins prodigués et à la satisfaction des patients. En règle générale, ces encouragements étaient partagés entre les fournisseurs de soins de santé et leurs pratiques.

### **Mesure du rendement**

- Lorsqu'ils étaient repérés à l'établissement qui faisait partie d'un SSI, les indicateurs servaient à guider le rendement des fournisseurs vers l'atteinte des buts fixés afin d'améliorer la prestation des soins. On observait une adaptation régionale des indicateurs lorsque la population desservie par le SSI était diversifiée (p. ex. le Canterbury Health System a un ensemble d'indicateurs propres aux résultats sur la santé de sa population de Māori).
- Les indicateurs étaient généralement liés aux résultats sur la santé des patients, à la qualité des soins ainsi qu'à la gestion des soins. Le SSI au Royaume-Uni avait une approche unique de la mesure du rendement qui incluait les indicateurs liés aux résultats sur la santé et à l'expérience des fournisseurs.
- On a trouvé des renseignements limités sur le processus pour sélectionner les indicateurs et pour surveiller le rendement des SSI ainsi que sur les liens entre la mesure du rendement et le mécanisme de paiement.

### **Résultats déclarés**

- On a trouvé des renseignements limités sur les résultats obtenus par les huit SSI, en particulier sur les résultats liés au coût par rapport à l'utilisation. De façon générale, les résultats étaient associés à un meilleur accès aux soins, à certains résultats sur la santé de la population (p. ex. à une diminution des admissions d'urgence dans les hôpitaux et à un meilleur accès aux services de soins primaires) ainsi qu'à une satisfaction à l'égard des soins ressentie par les fournisseurs et les patients.

## CONTEXTE

Selon un rapport sur les systèmes de soins intégrés (SSI) de 2018 de l'organisme King's Fund, des SSI émergent en réponse à un besoin pour des soins plus intégrés, particulièrement pour le nombre grandissant de personnes âgées et de personnes qui vivent avec des problèmes de santé à long terme et complexes. Le rapport indiquait que les SSI encouragent et habilitent les fournisseurs de soins de santé à collaborer efficacement afin d'utiliser les ressources d'une manière efficace et de prodiguer des soins de qualité aux patients dans le but d'améliorer leur santé et leur bien-être<sup>1</sup>.

On a déterminé huit modèles de SSI répartis en Ontario (Partenariat de services de santé), aux États-Unis ([É.-U.]; Kaiser Permanente, Geisinger, Group Health Cooperative et Nuka System of Care), au Royaume-Uni ([R.-U.]; Integrated Care Systems), en Nouvelle-Zélande (Canterbury Health System) et en Espagne (modèle Alzira). Les aspects suivants de ces huit SSI sont abordés ci-dessus : 1) le contexte; 2) les services offerts et les méthodes de coordination des soins; 3) l'utilisation des soins numériques; 4) les mécanismes de financement; 5) la mesure du rendement; et 6) les résultats déclarés.

## **1. Partenariat de services de santé (Sault Ste. Marie, Ontario)**

### **1.1 Contexte**

Selon le Partenariat de services de santé, l'organisme a été fondé en 1963 par des milliers de métallurgistes à Sault Ste. Marie. Ce fut l'un des premiers centres de santé communautaire parrainés par un syndicat au Canada. Le centre offrait à ses membres des soins primaires et de prévention qu'ils n'avaient pas à payer de leur poche à une époque où l'assurance-santé provinciale n'existait pas<sup>2</sup>.

En 2019, le Partenariat de services de santé dessert plus de 80 000 patients dans la collectivité et cumule plus de 300 000 visites en tout à travers huit établissements situés à Sault Ste. Marie. Le Partenariat abrite :

- 80 médecins de premier recours et médecins spécialistes;
- 11 infirmiers praticiens;
- plus de 100 infirmiers;
- 33 professionnels paramédicaux;
- plus de 12 programmes cliniques;
- 70 000 patients inscrits;
- la plus importante installation d'imagerie diagnostique communautaire à Sault Ste. Marie;
- le plus important service de physiothérapie à Sault Ste. Marie (qui comprend cinq physiothérapeutes et deux assistants en physiothérapie)<sup>2</sup>.

### **1.2 Services**

Le Partenariat de services de santé est le premier point de contact et le principal point de soins continus pour de nombreux patients du système de santé du district d'Algoma et coordonne les autres soins de spécialiste dont les patients peuvent avoir besoin. Les services de soins primaires sont fournis par des généralistes et des médecins de famille.<sup>3</sup>

Selon le Partenariat de services de santé, le Partenariat offre les programmes et services suivants :

- Santé du sein;
- Éducation et soins du diabète;
- Programme d'éducation respiratoire;
- Programme d'anticoagulation;
- Audiologie;
- Réadaptation cardiologique;
- Programme de santé mentale pour les enfants et les adolescents;
- Insuffisance cardiaque congestive;
- Imagerie diagnostique;
- Soins des pieds;
- Programme de soins de l'hépatite;
- Programme de ressources pour le VIH/SIDA;
- Services nutritionnels;
- Obstétrique et gynécologie;
- Services de santé et de bien-être au travail;
- Ophtalmologie;

- Pédiatrie;
- Photothérapie;
- Physiothérapie;
- Clinique ambulatoire;
- Chirurgie<sup>2</sup>.

On n'a pas trouvé de renseignements sur l'utilisation de la technologie numérique ou sur la coordination des soins.

### **1.3 Soins numériques**

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé affecté au Partenariat de services de santé fournit des soins numériques par l'entremise de la télémédecine. La télémédecine fait appel à la technologie des télécommunications pour dispenser des soins de santé cliniques à distance en Ontario.<sup>3</sup>

### **1.4 Financement**

L'organisation du Partenariat de services de santé est un modèle collaboratif géré conjointement par deux sociétés indépendantes : la Group Health Association (GHA), une société à but non lucratif qui fournit des services administratifs et de gestion au Partenariat de services de santé, y compris l'emploi de fournisseurs de soins de santé interdisciplinaires, et la Fera Medicine Professional Corporation. La Fera Medicine Professional Corporation (FMPC) est une société de médecins qui reçoit un financement pour la fourniture de services de généraliste dans le cadre d'un modèle de rémunération par capitation semblable à celui d'un organisme de santé familiale et des services de spécialiste rémunérés selon un taux ou un salaire représentatif.<sup>3</sup>

### **1.5 Mesure du rendement**

L'entente de paiement de transfert (l'Entente) conclue entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Partenariat de services de santé définit les responsabilités de chaque organisation, y compris l'obligation de la FMPC de fournir des soins à ses patients hospitalisés et à ses patients externes inscrits qui sont admis à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, ainsi que l'obligation qu'ont la GHA et la FMPC de coordonner les efforts de leurs organisations et de travailler en collaboration sous la gouvernance du Partenariat de services de santé. Le conseil d'administration du Partenariat de services de santé comprend quatre membres de la FMPC et quatre de la GHA.<sup>3</sup>

### **1.6 Résultats**

Le Partenariat de services de santé fournit un éventail de soins primaires et de spécialiste, de services de promotion de la santé et de diagnostic et d'autres services à environ 80 000 patients, ce qui représente 80 % de la population de Sault Ste. Marie et 60 % de celle du district d'Algoma dans le nord de l'Ontario.<sup>3</sup>

## **2. Kaiser Permanente (É.-U.)**

### **2.1 Contexte**

Fondé en 1945, Permanente (KP) englobe trois organisations mutuellement interdépendantes :

- un système hospitalier (Kaiser Foundation Hospitals);
- un régime d'assurance par capitation (Kaiser Foundation Health Plan);
- un réseau de médecins organisés (Permanente Medical Groups)<sup>3</sup>.

En 2018, le siège social de KP situé à Oakland, en Californie, est au service de 12,2 millions de membres. Les membres du régime de santé sont répartis comme suit :

- Nord de la Californie : 4 288 153;
- Sud de la Californie : 4 530 385;
- Colorado: 655,437;
- Géorgie : 356,744;
- Hawaii: 252,977;
- États du centre du littoral de l'Atlantique : 772,340<sup>a</sup>;
- Nord-Ouest : 606,159<sup>b</sup>;
- Washington : 705,267<sup>5</sup>.

En 2018, le nombre d'établissements et d'employés médicaux à KP étaient disséminés comme suit :

- Hôpitaux : 39;
- Bureaux médicaux : 690<sup>c</sup>;
- Médecins : 22,013<sup>d</sup>;
- Infirmiers : 58 345<sup>e</sup>;
- Autres employés : 212 173<sup>5</sup>.

En 2017, les revenus d'exploitation annuels de KP s'élevaient à 90,9 milliards de dollars canadiens<sup>6,f</sup>.

## 2.2 Services

Selon une étude de 2009 sur le système de dossiers de santé électroniques (DSE) de KP, les membres de KP reçoivent toute l'étendue des services de soins de santé : 1) soins préventifs; 2) enfants bien portants et soins prénataux; 3) vaccinations; 4) soins d'urgence; 5) services hospitaliers et médicaux; et 6) services complémentaires, incluant la pharmacie, le laboratoire et la radiologie<sup>6</sup>.

Selon un commentaire publié en 2004 dans le *British Medical Journal*, KP recrute des médecins qui croient en une « approche orientée sur l'ensemble des systèmes »<sup>9</sup> à l'égard des soins de santé et qui embrassent les environnements axés sur l'équipe<sup>h</sup>. KP est organisé de manière à ce que tous les médecins

<sup>a</sup> Englobant la Virginie, le Maryland et Washington, D.C.<sup>5</sup>.

<sup>b</sup> Englobant l'Oregon et Washington.<sup>4</sup> On ne sait donc pas trop pourquoi un chiffre séparé est indiqué pour l'État de Washington si la région du Nord-Ouest englobe à la fois l'Oregon et Washington. Il se peut que le chiffre séparé pour l'État de Washington représente les membres de l'ancienne coopérative de santé collective acquise par KP en 2017.

<sup>c</sup> Aucun renseignement fourni quant à la signification de « bureaux médicaux ».

<sup>d</sup> Approximativement le 30 juin 2018, représentant toutes les spécialités<sup>5</sup>.

<sup>e</sup> Approximativement le 31 décembre 2017, représentant toutes les spécialités.<sup>5</sup>

<sup>f</sup> Chiffres déclarés par KP de 72,7 milliards de dollars américains. Tous les montants en dollars canadiens (CA) ont été calculés à l'aide des parités de pouvoir d'achat (PPA) publiées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour 2017 (1 dollar américain [US] = 1,25 CA). Les PPA sont les taux de conversion des monnaies qui éliminent les différences dans les niveaux de prix entre les pays ([OCDE, 2017](https://www.oecd.org/fr/2017/01/parites-de-pouvoir-dachat-ppa/)).

<sup>9</sup> L'expression « approche orientée sur l'ensemble des systèmes » n'était pas définie de façon plus exhaustive dans le document source<sup>7</sup>.

<sup>h</sup> Selon le commentaire dans le BMJ en 2004, la méthode de recrutement de KP a été conçue par nécessité. Le budget fixe prépayé de KP a été initialement élaboré en raison de l'opposition féroce du comté, de l'État et des associations médicales nationales qui ont interdit l'accès des médecins de KP dans les établissements existants et qui ont ainsi poussé KP à construire

qui évoluent dans les soins primaires, secondaires et tertiaires se partagent le budget ainsi que les responsabilités pour tous les soins. Le commentaire contenait les précisions suivantes :

- Les médecins en soins primaires et secondaires à KP ont décidé que la manière la plus rentable pour affecter leur budget partagé dans une ère où la médecine spécialisée est sophistiquée consiste à diagnostiquer et à traiter les patients dans des centres de santé à spécialités multiples où les équipes de soins primaires travaillent, d'invent et socialisent avec les infirmiers et les médecins spécialisés, les techniciens de laboratoire et d'imagerie ainsi qu'avec l'équipe de la pharmacie. Les patients choisissent leur propre médecin de premier recours, mais un aiguillage et une évaluation rapides vers les spécialités et les tests les plus courants se font sur place.
- Un enseignement important qui sous-tend le modèle de délégation véritablement intégrée de KP est que l'organisme ne délègue pas les soins hospitaliers de façon précise. Ce que l'organisme délègue, ce sont les soins spécialisés, qu'il confie souvent aux infirmiers. Les équipes spécialisées déterminent ensuite les services hospitaliers qui doivent être donnés à la sous-traitance ainsi que les services sociaux ou communautaires qui sont nécessaires pour aider les patients à rester en dehors de l'hôpital<sup>7</sup>.

### 2.3 Soins numériques

L'étude de 2009 sur le système de DSE de KP a révélé que KP a commencé, en 2004, à mettre sur pied KP HealthConnect, un système d'information sur la santé complet doté de nombreuses fonctionnalités, y compris :

- un DSE avec une documentation exhaustive à travers les milieux de soins – patients hospitalisés et externes, aide à la décision clinique ainsi qu'une connectivité complète et en temps réel au laboratoire, à la pharmacie, à la radiologie et à d'autres systèmes complémentaires;
- l'échange de messages sécurisés entre le patient et le fournisseur de soins à l'aide d'un site Web destiné aux membres qui fournit également des dossiers de santé personnels;
- l'échange de messages électroniques entre les fournisseurs au sujet des soins qui sont automatiquement inscrits dans les dossiers des patients<sup>6</sup>.

Selon l'étude de 2009, l'introduction du nouveau système de DSE a engendré des gains d'efficacité en proposant des moyens centrés sur les patients non traditionnels pour prodiguer des soins. Par exemple, après la mise sur pied du nouveau système de DSE, on a observé les résultats suivants pour KP à Hawaii entre 2004 et 2007 :

- Le taux de visites global dans les bureaux par les patients avait diminué de 26,2 %;
- Le taux de visites rajusté dans les bureaux de soins primaires avait diminué de 25,3 %;
- Le taux de visites rajusté dans les bureaux de soins spécialisés avait diminué de 21,5 %;
- Les consultations par téléphone planifiées avaient augmenté de plus de huit fois et les échanges de courriels sécurisés avait augmenté de près de six fois en 2007.<sup>6</sup>

### 2.4 Financement

Selon le commentaire dans le *British Medical Journal* en 2004, KP est organisé de manière à ce que tous les médecins qui évoluent dans les soins primaires, secondaires et tertiaires se partagent le budget et les

---

ses propres hôpitaux. KP est donc devenu un système de prestation de services autosuffisant avec ses propres médecins, infirmiers et membres du personnel à temps plein<sup>7</sup>.

responsabilités pour tous les soins. Selon cet arrangement, les généralistes et les spécialistes doivent régler leurs différends et trouver des moyens pour réduire au minimum les services hospitaliers onéreux et pour porter au maximum les services rentables.

- Chez KP, toutes les personnes ont un salaire assorti de petites primes axées sur l'équipe qui atteint les cibles de rendement. Les membres du personnel ne peuvent pas s'établir en pratique privée chez KP.
- Comme tous les cliniciens se partagent les incitatifs pour traiter les patients d'une manière précoce et rapide, les inefficacités et le gaspillage ont des répercussions sur leurs budgets<sup>7</sup>.

## 2.5 Mesure du rendement

Aucun renseignement trouvé.

## 2.6 Résultats

On a trouvé les renseignements suivants sur les résultats pour les patients et les fournisseurs dans le modèle de KP :

- **Résultats sur la santé des patients** : Selon une étude de 2016 sur la qualité des soins à KP, les patients s'en tiraient mieux sur les plans de la mortalité et de l'échec des secours (c'est-à-dire le décès des patients opérés qui avaient subi l'une des 39 complications possibles) dans les hôpitaux de KP par rapport aux hôpitaux qui ne faisaient pas partie du système Magnet et ils s'en tiraient aussi bien que dans les hôpitaux Magnet. L'étude attribuait cet avantage aux différences au niveau des pratiques de soins infirmiers dans les hôpitaux de KP<sup>8,i</sup>.
- **Expérience des fournisseurs** : On a trouvé deux études qui mentionnaient des résultats positifs associés à l'expérience des fournisseurs de soins de santé dans le modèle de santé de KP :
  - Une étude de 2016 sur la satisfaction professionnelle des médecins a révélé que huit médecins de KP sondés sur 10 (N=636, taux de réponse de 61,5 %) dans la région du sud de la Californie se disaient satisfaits de leur vie professionnelle quotidienne en tant que médecins.
    - Les médecins de premier recours étaient à peine moins susceptibles de se déclarer satisfaits que les autres médecins qui ne faisaient pas partie du système KP.
    - Pratiquement tous les médecins de KP (98,2 %) étaient satisfaits de la qualité des soins qu'ils étaient en mesure de prodiguer.
    - Approximativement huit médecins sur 10 se disaient satisfaits de leur revenu<sup>8</sup>.
  - L'étude de 2016 sur la qualité des soins chez KP a révélé les résultats positifs suivants que les infirmiers qui travaillaient à KP ont connus :
    - Charge de travail et environnement : En comparaison avec les autres hôpitaux qui ne faisaient pas partie du système Magnet, les hôpitaux de KP offraient au

---

<sup>i</sup> Selon l'étude, le concept des hôpitaux Magnet, qui est devenu un programme d'agrément volontaire officialisé dans les années 1990 dans le cadre de l'American Nurses Credentialing Center Magnet Recognition Program, a pris forme après avoir constaté que les hôpitaux qui réussissaient à attirer et à retenir des infirmiers compétents ressemblaient aux sociétés américaines les mieux cotées. Les hôpitaux qui possédaient ces caractéristiques étaient considérés comme de bons endroits où travailler pour le personnel infirmier. Selon l'étude, les hôpitaux Magnet formaient donc un excellent groupe de comparaison pour évaluer l'organisation du personnel infirmier dans les hôpitaux Kaiser ainsi que les liens entre les soins infirmiers et les résultats pour les patients et les infirmiers<sup>8</sup>.



personnel infirmier des charges de travail beaucoup moins grandes ainsi qu'un environnement de travail de meilleure qualité.

- Ratios de dotation : En comparaison avec les autres hôpitaux qui ne faisaient pas partie du système Magnet, les hôpitaux de KP comptaient une plus grande proportion d'infirmiers autorisés (IA) parmi tout le personnel des services infirmiers.
- Études : En comparaison avec les autres hôpitaux qui ne faisaient pas partie du système Magnet, les hôpitaux de KP avaient un pourcentage plus élevé d'infirmiers qui détenaient un baccalauréat.
- Roulement : Les infirmiers qui travaillaient dans les hôpitaux de KP étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer qu'ils étaient insatisfaits ou qu'ils avaient l'intention de quitter leur emploi que les infirmiers dans les autres hôpitaux, dont les hôpitaux Magnet. Selon l'étude, l'intention de quitter est particulièrement importante à cause de son lien avec le roulement qui coûte cher en raison des frais occasionnés par la nécessité de faire appel à des infirmiers supplémentaires ainsi que par le besoin de recruter, d'orienter et de former de nouveaux infirmiers permanents pour remplacer ceux qui partent.
- Postes de leadership : KP a un infirmier très visible et habilité dans un poste de direction qui prend part aux décisions au sein de l'organisation et qui est un leader national en matière de soins infirmiers et de qualité des soins. On n'a pas trouvé d'autres renseignements sur les postes de leadership chez KP<sup>8</sup>.

### 3. Geisinger (É.-U.)

#### 3.1 **Contexte**

Geisinger est un système de prestation de soins de santé intégrés situé dans le centre et dans le nord-est de la Pennsylvanie qui comprend :

- près de 700 médecins (250 qui prodiguent des soins primaires et 450 qui prodiguent des soins spécialisés) répartis entre 55 établissements de pratique clinique;
- trois hôpitaux de soins actifs (un emploie uniquement des médecins de Geisinger tandis que les deux autres embauchent un mélange de médecins qui font partie et qui ne font pas partie du système Geisinger);
- des campus pour les hôpitaux spécialisés et la chirurgie ambulatoire;
- 215 000 membres du Geisinger Health Plan (GHP)<sup>10</sup>.

Un article de 2008 sur le système Geisinger le décrivait comme un système de prestation ouvert et pourtant intégré (par opposition à un système fermé comme celui de KP). On entend par système ouvert que Geisinger sert activement ses propres adhérents au GHP ainsi que des clients qui ne sont pas membres du GHP dans la zone qu'il dessert<sup>10</sup>.

#### 3.2 **Services**

Selon l'article de 2008 sur le système Geisinger, les services de Geisinger englobent :

- les soins primaires et spécialisés pour les adultes et les enfants;
- la sensibilisation prénatale;
- les soins communautaires pour les personnes âgées de santé faible<sup>10</sup>.

Du point de vue de la prestation des soins, les médecins de Geisinger fournissent environ 40 % des services aux patients qui sont membres du GHP tandis que les autres services sont assurés par un réseau formé de plus de 10 000 médecins et de 40 hôpitaux. Geisinger gère 22 secteurs de services cliniques à l'échelle du système, qui sont codirigés chacun par un duo formé d'un médecin et d'un administrateur. Ces secteurs de services, ainsi que chaque hôpital, le GHP et les fonctions de soutien centrales<sup>j</sup>, ont la responsabilité d'atteindre leurs propres cibles annuelles en termes de qualité et de budget financier<sup>10</sup>.

### 3.2.1 Soins primaires

Conformément à l'examen ci-dessous, dans le système de Geisinger, les soins primaires englobent une initiative de foyers médicaux centrés sur les patients, un programme de soins chroniques ainsi qu'un programme de soins actifs.

#### 3.2.1.1 ProvenHealth Navigator (initiative de foyers médicaux centrés sur les patients)

En 2008, Geisinger a mis sur pied une initiative de foyers médicaux centrés sur les patients<sup>k</sup> appelée « ProvenHealth Navigator », qui vise à réaliser des économies en améliorant la coordination des soins et en optimisant l'état de santé de chaque personne. Les éléments qui concernent les consommateurs sont les suivants :

- un accès 24 heures sur 24 à des soins primaires et spécialisés;
- un coordonnateur des soins infirmiers financé par le GHP à chaque établissement de pratique;
- l'analytique prédictive afin de cerner les tendances relatives aux risques;
- un soutien pour la gestion des soins virtuels;
- un navigateur de soins personnels qui répond aux demandes de renseignements des clients;
- une focalisation sur les soins proactifs fondés sur des données probantes afin de diminuer les hospitalisations, de favoriser la santé et d'optimiser la gestion des maladies chroniques;
- des contrôles à domicile ainsi qu'une surveillance par réponse vocale interactive;
- un soutien pour les décisions relatives aux soins en fin de vie<sup>10</sup>.

Selon une étude de 2015 sur Geisinger, dans le cadre des soins primaires centrés sur les patients, on a transféré les activités de gestion des populations dans les établissements qui font partie du ProvenHealth Navigator par l'entremise de gestionnaires des soins infirmiers intégrés. Ces gestionnaires de cas reçoivent des listes des patients à haut risque du GHP qu'ils examinent avec le fournisseur de soins primaires à leurs établissements respectifs. Le gestionnaire de cas allie les connaissances cliniques des patients aux renseignements puisés dans les réclamations (c'est-à-dire des modèles de prédiction et des logiciels de stratification des risques fondés sur les données contenues dans les réclamations) afin de cibler ceux qui ont le plus besoin d'une intervention à l'aide des services les plus intensifs. L'étude faisait valoir que cette approche établit un système de soins, particulièrement pour les sous-populations jugées à haut risque, à l'aide d'une gestion des cas. L'étude faisait remarquer qu'avec ce modèle, chaque foyer médical centré sur les patients conçoit un système de soins qui détermine les médecins actifs dans les autres établissements

---

<sup>j</sup> Les fonctions stratégiques comme l'innovation et la qualité sont centralisées, bien qu'elles conservent des liens étroits avec les dirigeants opérationnels et qu'elles se partagent fréquemment les objectifs d'incitation au rendement courants<sup>9</sup>.

<sup>k</sup> Sur le plan conceptuel, le foyer médical centré sur les patients peut se définir de la manière suivante : une prestation de soins primaires complets qui facilite la communication et la prise de décision partagée entre le patient, ses fournisseurs de soins primaires, les autres fournisseurs et les membres de sa famille<sup>11</sup>.

de soins et qui améliore la communication ainsi que la coordination entre eux et avec le foyer médical. Par exemple :

- **Unité de soins spéciaux (USS) pour la population qui adhère à Medicaid** : En 2013, Geisinger a commencé à offrir des services à 170 000 membres du programme Medicaid en Pennsylvanie<sup>1</sup>. Afin d'aborder la population plus complexe qui adhère à Medicaid, l'approche améliorée de la gestion des cas de Geisinger comportait une USS. Plus particulièrement, Geisinger a repensé son programme ProvenHealth Navigator de manière à inclure une plus grande sensibilisation communautaire et à multiplier les efforts axés sur les besoins en services sociaux afin de faciliter les interventions précoces pour faire de la prévention et pour apporter un soutien en temps utile.
  - L'équipe de l'USS aborde les besoins des patients associés à des problèmes médicaux onéreux combinés à d'autres variables qui ont tendance à accroître leurs habitudes d'utilisation, dont des circonstances psychologiques, sociales et financières difficiles.
  - L'équipe de l'USS complète les questionnaires des cas infirmiers avec les travailleurs sociaux afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé. Elle apporte une structure de soutien ajoutée qui aborde les ensembles de problèmes diversifiés, mais identifiables d'une population aux besoins importants, comme l'itinérance, un risque pédiatrique et obstétrique élevé et la santé comportementale, avec les cliniciens et les membres de l'équipe qui possèdent une formation ainsi qu'une expérience dans ces domaines<sup>12</sup>.

Depuis que Geisinger a commencé à inscrire les membres de Medicaid, il compte sur un comité, appelé le « Medicaid Cost Trends Review Committee » (comité d'examen des tendances relatives aux coûts de Medicaid) pour évaluer son expérience en matière d'utilisation et de coûts. Les membres de ce comité continuent de se rencontrer chaque semaine afin de cerner et d'examiner les tendances à l'aide des réclamations et d'autres données accessibles, comme les DSE. Les renseignements sont aussi partagés à partir d'expériences sur le terrain, dans la vraie vie, relatées par les membres de l'équipe de gestion clinique.

- **Membres du comité** : L'une des principales caractéristiques du comité, c'est sa nature multidisciplinaire dans le sens où il comprend notamment des analystes de données médicales et des cliniciens (p. ex. des médecins, des infirmiers et des pharmaciens) ainsi que des représentants du milieu de la finance et du domaine de la gestion des réseaux de fournisseurs. Cette polyvalence facilite l'harmonisation ainsi que la coordination des domaines cliniques et financiers et du secteur de la prestation extérieure des services afin d'aborder plus efficacement tous les problèmes détectés ainsi que les domaines de variation qui nécessitent une intervention.
- **Gestion des données** : La mise en application systématique de cette approche repose sur toutes les principales constatations liées aux données qui sont saisies le plus tôt possible afin de pouvoir cerner les problèmes émergents et dresser rapidement des plans d'action pour les gérer. Ce processus contraste avec les approches plus traditionnelles qui doivent composer avec les retards sur le plan des données liées aux réclamations. Par exemple, les données sur les réclamations

---

<sup>1</sup> Ces dernières années, l'*Affordable Care Act* aux États-Unis a élargi le programme Medicaid en permettant aux États d'abaisser les seuils d'admissibilité pour les revenus inférieurs et en accordant des subventions aux gouvernements au niveau des États. Même si cet élargissement a diminué le nombre de personnes non assurées aux États-Unis, il a également augmenté le fardeau administratif et financier des gouvernements au niveau des États qui doivent gérer le programme Medicaid. En réponse, certains États ont préféré s'en remettre à des organismes de soins gérés par le secteur privé afin de composer avec la hausse des coûts du programme Medicaid. En Pennsylvanie, le Department of Human Services a fait appel à des assureurs privés, dont Geisinger, qui a accepté de couvrir entièrement les risques en échange d'un remboursement par tête par l'État avec un rajustement en fonction de la gravité fondé sur les diagnostics et les facteurs de risque des membres<sup>12</sup>.

des pharmacies et les autorisations des régimes de santé ont été des sources importantes pour la détection précoce des tendances néfastes avec les changements qui s'en sont suivis dans la gestion des cas et la gestion médicale<sup>12</sup>.

Veuillez voir Exhibit 1 dans [Appendix](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les cinq éléments de base du foyer médical centré sur les patients du programme ProvenHealth Navigator de Geisinger : des soins primaires centrés sur les patients, une gestion des populations, un quartier médical, la gestion du rendement et le remboursement en fonction de la valeur<sup>11</sup>.

### 3.2.2 Soins chroniques

Geisinger a un programme axé sur les soins préventifs pour aborder les maladies chroniques. Ce programme met à profit l'infrastructure des DSE et des données de Geisinger afin d'intégrer les flux de travail associés aux soins qui éliminent, automatisent ou délèguent les tâches le plus souvent possible. Les pratiques cliniques sont normalisées à l'aide d'un outil de soins infirmiers nouvellement conçu afin de saisir et de résumer les renseignements avant que le patient pénètre dans la salle d'examen. Les besoins dans les plans de soins des patients sont déterminés par voie électronique et intégrés à des ensembles de consignes des médecins avec des alertes pour le maintien de la santé fondées sur les DSE. Un « rapport ponctuel » propre à l'état de santé regroupe tous les renseignements cliniques pertinents sur un seul écran<sup>10</sup>.

### 3.2.3 Soins actifs

Selon l'article de 2008 sur le système Geisinger, afin de commencer à restructurer les épisodes de soins actifs, Geisinger a créé un nouveau modèle de pontage aorto-coronarien qui comportait trois éléments de base :

- Déterminer les pratiques exemplaires qui peuvent être mises en place tout au long de l'épisode de soins;
- Concevoir une fixation de prix fondée sur le risque, y compris un rabais initial pour le régime de santé ou le payeur pour le taux de réadmission historique;
- Créer un mécanisme pour la participation des patients.<sup>10</sup>

En ce qui concerne le programme de pontage aorto-coronarien ProvenCare, on a formé plusieurs équipes multidisciplinaires composées de membres du personnel de Geisinger. La mise sur pied du programme comportait les étapes suivantes :

- Une équipe de dirigeants cliniques a traduit systématiquement les lignes directrices des associations professionnelles en 40 étapes pour un processus de soins discrets.
- Une équipe multidisciplinaire chargée des opérations cliniques (incluant des membres du personnel affectés aux soins cliniques, à la technologie de l'information, à l'amélioration des processus et aux opérations) a ensuite intégré ces étapes aux flux de travail humains et électroniques afin d'assurer une fiabilité. Par exemple, on a créé une fiche pour la transmission des DSE afin de suivre les principaux éléments cliniques, d'alerter les fournisseurs si une étape était incomplète et d'acheminer automatiquement les messages et les consignes connexes afin de faciliter le déroulement et de tenir l'ensemble de l'équipe de prestation des services informée<sup>10</sup>.

On a élargi le programme ProvenCare de manière à inclure le remplacement de la hanche, la chirurgie de la cataracte et l'intervention coronarienne percutanée. Selon l'article de 2008, un autre élargissement afin d'inclure la chirurgie bariatrique, la chirurgie lombaire et les soins périnataux était activement en cours<sup>10</sup>.

### 3.3 Soins numériques

Selon l'article de 2008 sur le système Geisinger, on a adopté une plateforme commerciale pour les DSE en 1995 qui était entièrement utilisée à l'échelle du système pour les services ambulatoires. L'article faisait remarquer que l'un des hôpitaux (le Geisinger Medical Center) avait un DSE entièrement mis en place pour tous les soins aux patients hospitalisés et que d'autres hôpitaux procédaient à une mise en œuvre progressive. Le DSE est accessible (en lecture seule) aux médecins orienteurs qui ne font pas partie du système Geisinger ainsi qu'aux consommateurs (seulement des éléments sélectionnés avec des saisies de données limitées) par l'entremise de portails Web personnalisés<sup>10</sup>.

### 3.4 Financement

L'article de 2008 sur le système Geisinger a révélé que, vu sous l'angle des paiements, le GHP représente une infime partie des revenus générés par les soins directs aux patients, dont les deux tiers sont prélevés auprès d'autres payeurs (p. ex. Medicare, Medicaid).

Du point de vue de la prestation des soins, l'article mentionnait que Geisinger met en place des « paiements fondés sur la pratique » pour les médecins afin de les inciter à participer et pour soutenir les coûts de transformation. Cette pratique comporte :

- un paiement mensuel fixe de 2 214 \$ CA par médecin afin de reconnaître la portée étendue de la pratique;
- une allocation de transformation mensuelle fixe de 6 150 \$ CA par tranche de mille membres du programme Medicare versée à la pratique afin d'aider à financer le personnel supplémentaire, à soutenir les heures prolongées et à mettre en place les autres changements apportés à la pratique et à l'infrastructure;
- un bassin incitatif créé en fonction des différences entre le coût total réel et anticipé des soins pour les personnes inscrites au foyer médical. Les paiements incitatifs à partir de ce bassin sont toutefois conditionnels au rendement par rapport à l'atteinte des indicateurs de qualité et les montants véritables des paiements sont établis au pro rata en fonction du pourcentage de cibles atteintes pour 10 paramètres de qualité. Afin d'encourager les soins et le soutien en équipe, les paiements incitatifs sont partagés entre les fournisseurs individuels et la pratique. Ces paiements devraient remplacer, au fil du temps, les paiements mensuels fixes décrits ci-dessus<sup>10,m</sup>.
  - En ce qui a trait au programme ProvenHealth Navigator, le remboursement complet pour les établissements membres est lié à leur rendement à l'aide de primes et d'un programme d'économies partagées fondé sur les paramètres de qualité et l'utilisation documentés. Ces paramètres comprennent des mesures largement acceptées comme le Healthcare Effectiveness Data and Information Set (ensemble de données et d'information sur l'efficacité des soins de santé) et la Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (évaluation des fournisseurs et des systèmes de soins de santé par les consommateurs)<sup>11</sup>.

<sup>m</sup> L'article de 2008 indiquait des chiffres de 1 800 \$ US en guise de paiement mensuel fixe par médecin et de 5 000 \$ US en guise d'allocation de transformation mensuelle fixe. Tous les montants CA étaient calculés à l'aide des PPA publiées par l'OCDE pour 2015 (1 dollar américain [US] = 1,23 CA) ([OCDE, 2017](#)).

- Quant au programme de soins préventifs pour les maladies chroniques, des incitatifs financiers qui peuvent atteindre jusqu'à 20 % de la rémunération globale en argent par médecin sont liés aux objectifs de satisfaction des patients, de qualité et d'optimisation, y compris aux améliorations globales en fonction des pointages regroupés<sup>12</sup>.

Un article de 2017 sur les innovations liées aux paiements regroupés révélait que Geisinger a fait une incursion dans plusieurs modèles de prestation et de financement des soins fondés sur les épisodes novateurs et itératifs au cours des 10 dernières années. Plus particulièrement, Geisinger a adopté le modèle « Bundled Payments for Care Improvement Initiative (BPCI) »<sup>n</sup> 2, qui utilise le regroupement des paiements fondés sur les épisodes pour les services médicaux définis rendus pendant un événement de soins particulier. L'article révélait que la méthodologie financière de base inhérente au modèle 2 repose sur le concept selon lequel une cible financière épisodique est établie selon le rendement historique réel de l'établissement et rajusté en fonction des différents facteurs relatifs aux tendances et aux rabais. La facturation du paiement à l'acte du programme Medicare fonctionne comme d'habitude durant l'épisode de soins. Un processus complexe s'ensuit dans lequel on détermine un coût « réel » pour les services du programme Medicare rendus aux participants de la BPCI. Pour une période donnée de trois mois, pour tous les épisodes d'un type donné avec les patients de la BPCI, on compare les montants réels du programme Medicare avec la cible pour les épisodes. Si le montant est inférieur à celui de la cible, un montant de redressement sous la forme d'un paiement net est versé à l'établissement participant. Si le montant de redressement est supérieur à celui de la cible, l'établissement rembourse la différence au programme Medicare<sup>o</sup>.

- En 2014, Geisinger a adopté le modèle BPCI 2 pour le groupement du remplacement d'une articulation majeure et des extrémités inférieures pour deux de ses hôpitaux. Le modèle BPCI 2 se définit comme des soins prodigués à des groupes liés à des diagnostics (Diagnosis-Related Groups ou DRG)<sup>p</sup> à l'hôpital de soins actifs et pendant la période de soins postactifs définie. Il couvre tous les services de la partie A et de la partie B du programme Medicare et il est payé de façon rétroactive<sup>13</sup>.
- Geisinger a aussi adopté le modèle BPCI 2 pour les groupements qui englobent la maladie pulmonaire obstructive chronique, la hanche et le fémur, sauf le remplacement d'une articulation majeure, une chirurgie majeure de l'intestin, la fusion des vertèbres (cervicale) et la fusion des vertèbres (non cervicale) pour deux de ses hôpitaux<sup>13</sup>.

---

<sup>n</sup> La BPCI est un projet d'innovation fédéral axé sur les paiements regroupés aux États-Unis. Pour de plus amples renseignements sur la BPCI, veuillez consulter [cette page Web](#) sur le site Web des Centers for Medicare and Medicaid Services.

<sup>o</sup> Le programme Medicare prévoit, en outre, un délai de trois mois pour rajuster le « coût réel » en s'appuyant sur les décisions relatives à la facturation retardées ainsi que sur les inclusions ou les exclusions des épisodes avec les patients fondées sur des règles de préséance relativement complexes. Lorsque les périodes d'évaluation et de réévaluation des finances et les autres facteurs liés aux délais (comme trois périodes de trois mois subséquentes, les périodes d'observation postactive appelées « true-ups ») sont toutes prises en considération. Dans certains cas, plus de 17 mois peuvent s'écouler entre le début du trimestre d'un épisode et la décision finale, à savoir si l'établissement recevra un montant de redressement sous la forme d'un paiement net positif ou négatif<sup>13</sup>.

<sup>p</sup> Le DRG (groupe lié à un diagnostic) est un système de classification des patients qui normalise le paiement préétabli aux hôpitaux et qui encourage les initiatives de compression des coûts<sup>12</sup>. En règle générale, un paiement DRG couvre tous les frais associés au séjour d'un patient hospitalisé, de son admission à son congé. Le DRG inclut tous les services assurés par un fournisseur de l'extérieur ([HMSA Provider Resource Center, n.d.](#)).

### 3.5 Mesure du rendement

Selon l'article de 2008 sur le système Geisinger, on fournit des rapports de rendement mensuels détaillés sur les résultats en termes de qualité et d'efficacité à chaque foyer médical puis on les examine chaque mois avec une équipe intégrée de l'établissement qui adhère au GHP. On cerne les tendances ainsi que les occasions qui s'y rattachent pour apporter des améliorations et on crée des plans de gestion du changement afin d'aborder les lacunes. Les hauts dirigeants du secteur de services communautaires et du GHP y participent afin de repérer les pratiques exemplaires et de les répandre rapidement<sup>10</sup>. Par exemple :

- **Programme de soins préventifs pour les maladies chroniques** : Pour ce programme, Geisinger suit le rendement à l'aide d'une approche groupée de type « tout ou rien » selon laquelle la conformité totale à tous les paramètres individuels est notée comme une réussite. Pour les patients diabétiques, le groupement comprend neuf éléments de soins discrets fondés sur des données probantes, y compris : l'HbA1c, la lipoprotéine de faible densité (LDL), les tests de pression artérielle et les niveaux des cibles; l'état de non-fumeur; la mesure des protéines dans l'urine; ainsi que la vaccination antigrippale et antipneumococcique. Les patients diabétiques sont identifiés automatiquement avant leur arrivée à la clinique et un ensemble d'entrées de consignes éclairées par des données probantes est produit (y compris les consignes permanentes pour les tests de routine comme l'HbA1c et la LDL) que le médecin peut accepter à l'aide d'un seul clic électronique<sup>10</sup>.

### 3.6 Résultats

On a trouvé les résultats déclarés sur les éléments suivants du modèle de soins de santé Geisinger :

- **ProvenHealth Navigator** : On a repéré deux études qui ont trouvé des résultats prometteurs associés à la mise en place de l'initiative du foyer médical centré sur les patients :
  - L'article de 2008 sur le système Geisinger mentionnait qu'un résultat pour une cible de soins primaires pour l'initiative du foyer médical centré sur les patients consistait à réduire la fréquentation des hôpitaux. Selon l'article, les premiers résultats de l'expérience pendant la première année dans les deux établissements pilotes étaient prometteurs : les données préliminaires indiquaient une diminution de 20 % dans les admissions liées à toutes les causes ainsi que des économies totales de 7 % pour les coûts médicaux<sup>9,a</sup>.
  - Une étude de 2015 sur le ProvenHealth Navigator a révélé que sur une période de 90 mois (de 2006 jusqu'à la première moitié de l'année 2013), les coûts totaux associés au programme avaient diminué d'environ 7,9 %. Ces économies provenaient principalement des soins actifs prodigués aux patients hospitalisés qui représentaient environ 64 % des économies totales estimées. Selon l'étude, ces constatations donnent à entendre que le ProvenHealth Navigator, en tant que programme de soins primaires, était efficace pour réduire les coûts en aval associés aux soins actifs prodigués aux patients hospitalisés<sup>11</sup>.
- **Soins des maladies chroniques** : Selon l'article de 2008 sur le système Geisinger, en ce qui concerne le programme de soins préventifs pour les maladies chroniques, les premiers résultats pour plus de 20 000 patients diabétiques étaient prometteurs, y compris les augmentations

---

<sup>9</sup> En s'appuyant sur cette expérience précoce favorable et sur l'évaluation par les participants d'un impact clinique percutant, on a étendu cette initiative à 10 établissements Geisinger supplémentaires ainsi qu'à une pratique qui ne faisait pas partie du système Geisinger afin de couvrir plus de 25 000 patients membres du programme Medicare Advantage et du programme de paiement à l'acte Medicare. Selon les auteurs de l'article, il reste à savoir si cette tendance favorable se maintiendra à plus long terme ainsi que dans d'autres établissements<sup>10</sup>.

statistiquement significatives dans le rendement global du groupement des diabétiques, le contrôle du glucose, le contrôle de la pression artérielle et les taux de vaccination<sup>10</sup>.

- **Soins des patients membres du programme Medicaid** : Une étude de 2016 sur l'expérience de Geisinger avec les populations membres du programme Medicaid a révélé que pendant les 19 premiers mois suivant leur inscription, les membres du programme Medicaid de Geisinger, surtout ceux qui étaient admissibles aux prestations de sécurité du revenu supplémentaires, ont contribué à réduire les coûts pour les patients hospitalisés et les patients externes et à diminuer les honoraires professionnels qui ont atteint des niveaux plus bas que prévus. Les économies de coûts totales étaient toutefois contrebalancées, en partie, par des coûts plus élevés pour les médicaments d'ordonnance. Selon l'étude, ces données précoces donnent aussi à entendre qu'un effort de gestion intégrée des coûts pourrait engendrer des économies de coûts importantes<sup>12</sup>.
- **Le modèle BPCI 2** : Selon l'article de 2017 sur les innovations relatives aux paiements regroupés, l'approche de Geisinger à l'égard de la participation à la BPCI pour le remplacement total de l'articulation dans le groupement des extrémités inférieures a donné des résultats positifs sur les plans de la qualité, du coût et de l'expérience des patients. Les résultats préliminaires obtenus par Geisinger jusqu'à présent ont indiqué une diminution relative de 40 % du côté des réadmissions dans les 90 jours ainsi qu'une augmentation de 25 % quant au nombre de patients qui avaient reçu leur congé pour les deux hôpitaux qui avaient adopté la BPCI pour le groupement des extrémités inférieures<sup>13</sup>.

#### **4. Group Health Cooperative (É.-U.)**

##### **4.1 Contexte**

Group Health Cooperative (GHC) est un système de prestation de soins de santé intégrés qui est établi dans l'État de Washington. Selon un communiqué de presse de 2017, KP a fait l'acquisition de la GHC en février 2017<sup>14</sup>.

On n'a pas trouvé d'autres renseignements sur le contexte de la GHC.

##### **4.2 Services**

Selon un article de 2009, la GHC a mis sur pied un projet appelé « Access Initiative » en 2003 dans le but d'améliorer l'accès des patients aux soins. Access Initiative englobait les cinq éléments suivants dans le cadre de son système de prestation :

- un site Web destiné aux patients qui leur donnait accès à un échange de courriels sécurisés avec un médecin, à leur dossier médical électronique (DME), à un service de renouvellement des médicaments ainsi qu'à des renseignements sur la promotion de la santé;
- un accès avancé à des médecins de premier recours (p. ex. des rendez-vous avec le médecin de premier recours du patient à l'heure qui lui convenait le mieux);
- des services de soins primaires repensés afin de les rendre plus efficaces (p. ex. une plus grande influence et reddition de comptes de la part des médecins à l'égard du milieu d'exercice quotidien, des temps d'attente moins longs pour les patients);
- un accès direct à des médecins spécialistes et l'élimination du contrôle par les médecins de premier recours;



- une rémunération des médecins de premier recours harmonisée aux incitatifs liés à la satisfaction des patients, à la productivité des médecins et à l'échange de messages sécurisés avec les patients<sup>15</sup>.

#### 4.2.1 Soins primaires

La GHC a lancé « Advanced Access », un élément de l'Access Initiative qui s'inscrit dans sa transformation centrée sur les patients qui vise à faire en sorte que tous les patients aient accès à des soins primaires. Les patients pouvaient planifier des rendez-vous avec des médecins de premier recours le même jour ou à leur convenance en passant un coup de fil ou en consultant le site Web destiné aux patients de la GHC. La GHC a également cherché à repousser les limites des programmes d'accès avancé traditionnels en améliorant la rapidité de tous les soins. Il fallait donc améliorer le service et raccourcir les délais d'attente chaque fois qu'une personne inscrite entrait en contact avec le système, que ce soit en téléphonant ou en passant par les services du laboratoire, de la radiologie ou de la pharmacie<sup>15</sup>.

Autre élément de la restructuration des soins primaires, la GHC visait une productivité plus uniforme entre les médecins afin d'assurer des capacités adéquates pour atteindre les objectifs d'accès avancé aux soins primaires par tous les patients. Plus particulièrement, la GHC a réorganisé la dotation ainsi que la circulation des patients dans les centres médicaux. En 2000, la dotation dans les grappes de soins primaires est passée d'un modèle de dotation 2-1-1-4 (deux médecins, un fournisseur de niveau intermédiaire, un infirmier autorisé et quatre infirmiers auxiliaires autorisés ou assistants médicaux par équipe) à un modèle de dotation 5-1-2-7 (cinq médecins, un fournisseur de niveau intermédiaire, deux infirmiers autorisés et sept infirmiers auxiliaires autorisés ou assistants médicaux par équipe) afin de permettre à chaque membre de l'équipe de fonctionner à un niveau d'expertise supérieur et de mieux favoriser les gains d'efficacité pour la marche du travail. Ces améliorations de l'efficacité étaient considérées importantes pour la durabilité de l'accès avancé dans le domaine des soins primaires<sup>15</sup>.

#### 4.2.2 Soins spécialisés

Selon l'article de 2009 sur la GHC, après le lancement de l'initiative Advanced Access, la GHC a mis l'accent sur l'accès direct des patients aux soins spécialisés. En 2003, les personnes inscrites à la GHC pouvaient planifier leurs propres rendez-vous avec des spécialistes de 16 spécialités différentes (p. ex. la cardiologie, l'urologie, l'audiologie) sans être aiguillées par leur médecin de premier recours, éliminant ainsi le rôle de contrôleur de leur médecin de premier recours. La GHC avait limité la mise en place de l'accès aux fournisseurs spécialisés à l'intérieur du système de prestation intégrée. L'aiguillage d'un médecin de premier recours était encore nécessaire pour avoir accès à des soins spécialisés en dehors du système de prestation intégrée<sup>15</sup>.

### 4.3 **Soins numériques**

En 2000, la GHC a lancé son site Web destiné aux patients dans le but de fournir des services en ligne que les patients appréciaient et qui favorisaient la relation entre le patient et le médecin. Le site Web permettait aux patients de faire ce qui suit :

- échanger des messages sécurisés avec leur équipe de soins de santé, y compris avec les médecins de premier recours et les médecins spécialistes;
- consulter leur DME en temps réel, y compris les données de laboratoire, les listes de problèmes, les listes de médicaments, les antécédents d'allergies et les antécédents vaccinaux;

- obtenir des résumés après les visites avec des hyperliens vers la « Healthwise Knowledge Base » (une bibliothèque de référence interrogeable sur la santé et les médicaments qui regroupe plus de 5 000 sujets);
- obtenir des renouvellements pour les médicaments avec une livraison gratuite au domicile du patient;
- planifier en ligne des rendez-vous avec des médecins dans les bureaux<sup>15</sup>.

L'accès des patients au DME sur le site Web destiné aux patients était assuré à l'aide d'un lien direct vers le Clinical Information System (CIS ou le système d'information clinique) appelé EpicCare. Tous les médecins, infirmiers et autres fournisseurs de la GHC énumérés dans son système de prestation intégrée se servaient du système EpicCare, qui intégrait les processus de communication et d'information cliniques en une seule interface qui comprenait l'entrée des consignes des médecins (p. ex. les tests en laboratoire, les ordonnances, les aiguillages), la documentation clinique systématique, l'aide à la décision clinique, l'échange de messages cliniques entre les médecins, l'échange de messages sécurisés en ligne avec les patients ainsi que des rappels automatisés au point d'intervention.

- Selon l'article de 2009 sur la GHC, les fournisseurs de la GHC devaient échanger des messages sécurisés avec les patients. Les fournisseurs obtenaient un incitatif financier en dehors de leur salaire qui visait à encourager l'échange de messages électroniques avec les patients. Les patients pouvaient voir tous les tests de laboratoire normaux et les tests les plus anormaux en même temps que les médecins<sup>15</sup>.

Afin de répondre aux besoins des patients et de respecter leurs préférences dans l'optique d'offrir un meilleur accès aux soins, la GHC a mis sur pied le site Web destiné aux patients avant les autres éléments du CIS centrés sur les médecins, comme l'entrée des consignes des médecins et les outils de documentation intégrée conçus pour les médecins. Selon l'article de 2009, le leadership chez les médecins était considéré comme la clé du succès pour la mise en œuvre précoce du site Web destiné aux patients, surtout en ce qui avait trait à l'échange de messages sécurisés entre le patient et le médecin<sup>15</sup>.

#### **4.4 Financement**

Selon l'article de 2009 sur la GHC, afin de répondre aux besoins combinés de l'Access Initiative et de l'Advanced Access et de diminuer les inscriptions au régime de santé en général, la GHC a réduit la taille du groupe de fournisseurs de soins primaires et est passée à un modèle de rémunération mixte fondée sur la productivité pour les médecins. On mesurait la productivité par le nombre de visites quotidiennes des patients externes, puis on la rajustait en fonction de la complexité des patients reçus. Plus précisément, la méthode de rémunération des médecins de premier recours est passée d'un salaire garanti à 100 % à un système de rémunération variable qui intégrait la productivité, la satisfaction des patients et l'exactitude du codage.

- En 2004, tous les médecins de premier recours recevaient un salaire de base garanti à 80 %, plus une rémunération supplémentaire variable qui pouvait atteindre jusqu'à 120 % de la rémunération de base garantie. La productivité, y compris le nombre de rencontres en personne avec les patients et l'intensité de ces rencontres, demeurait le principal élément de ce système de rémunération flexible.
- Pour être admissibles à la prime de productivité, les médecins devaient toutefois atteindre un point repère établi pour la satisfaction des clients qui reposait sur un sondage aléatoire réalisé auprès des patients reçus. Les médecins qui obtenaient une satisfaction exceptionnelle de la part de leurs

patients obtenaient également une prime en dehors de leur rémunération variable. Ces changements en matière de rémunération visaient les fournisseurs de soins primaires<sup>15</sup>.

#### 4.5 Mesure du rendement et résultats

Selon l'article de 2009 sur la GHC, les résultats suivants ont été déclarés :

- **Expérience des patients avec l'accès aux soins** : Quatre des huit points à l'aide desquels on mesurait les éléments liés à la satisfaction à l'égard des soins indiquaient des augmentations importantes sur les plans des statistiques et des aspects pratiques dans le pourcentage de patients qui se disaient « très satisfaits » dans la période qui a suivi l'Access Initiative. Par exemple, les patients déclaraient des temps d'attente plus courts ainsi qu'une plus grande satisfaction à l'égard de certains services. Ce changement semblait être principalement attribuable aux améliorations observées dans la proportion de patients qui étaient conduits vers la salle d'examen en l'espace de 15 minutes. En outre, après l'Access Initiative, les répondants déclaraient plus souvent qu'ils recommanderaient leur médecin ou leur infirmier personnel à un ami ou à un membre de la famille<sup>15</sup>.
- **Expérience des fournisseurs** : Les fournisseurs ont déclaré un environnement de travail un peu moins favorable pendant la phase de mise en œuvre de l'Access Initiative, mais qui s'est amélioré pendant la période qui a suivi l'initiative. Cinq mesures ont atteint le repère pour les diminutions statistiquement significatives pendant la période de mise en œuvre, y compris les perceptions des priorités organisationnelles des dirigeants de la GHC, le sentiment de fierté à l'égard de la qualité des soins prodigués, le rayonnement de la GHC comme un bon endroit à recommander pour se faire soigner ainsi que la satisfaction au travail de façon générale.
  - Toutes ces mesures sont revenues aux niveaux antérieurs de l'initiative dans la période qui a suivi l'initiative. Trois mesures ont atteint le repère fixé pour une amélioration importante dans la période qui a suivi l'initiative par rapport à la période qui précédait l'initiative, y compris la perception des fournisseurs envers les dirigeants de la GHC qui donnaient l'impression de mener l'organisation sur la bonne voie, la qualité du service aux patients et le sentiment de fierté à l'égard de la qualité du service.
- **Inscription au régime de santé** : Les inscriptions à la GHC ont diminué pendant la période de mise en œuvre de l'Access Initiative, puis elles se sont stabilisées dans les deux années qui l'ont suivi. L'article de 2008 faisait toutefois remarquer que ces changements se faisaient en parallèle avec les changements globaux observés dans le pourcentage de la population de l'État de Washington dont les soins de santé étaient couverts<sup>15</sup>.

## 5. Nuka System of Care (Alaska, É.-U.)

### 5.1 Contexte

Selon le Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC)<sup>r</sup>, le Nuka System of Care de la Southcentral Foundation (SCF) est un système de soins de santé primaires qui appartient aux Autochtones de l'Alaska<sup>15</sup>. La SCF est au service d'une population d'environ 65 000 Alaskiens autochtones, dont approximativement 55 000 sont situés à Anchorage et les 10 000 habitants qui restent sont répartis entre 55 villages de plus petite taille sur le territoire de l'Alaska<sup>17</sup>.

Selon une étude de 2013 sur la SCF, la désignation « Nuka System of Care » décrit l'ensemble du système de soins de santé créé, géré et détenu par les Autochtones de l'Alaska dans le but de veiller au bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel. Elle englobe toutes les parties de l'organisation, y compris les services comportementaux, dentaires, médicaux et traditionnels ainsi que tous les systèmes, processus et services qui soutiennent la prestation des services<sup>18</sup>.

### 5.2 Services

Les services offerts dans le cadre du Nuka System of Care sont les suivants<sup>s</sup> :

- [Alaska Native Health Resource Advocate Program](#)
- [Audiologie](#)
- [Santé comportementale](#)
- [Médecine complémentaire](#)
- [Services dentaires](#)
- [Programme pour les anciens](#)
- [Service d'urgence](#)
- [Family Wellness Warriors Initiative](#)
- [Ressources pour la santé familiale](#)
- [Programme de santé et de bien-être](#)
- [Services à domicile](#)
- [Bien-être des hommes autochtones](#)
- [Obstétrique et gynécologie](#)
- [Optométrie](#)
- [Pédiatrie](#)
- [Pharmacie](#)
- [Physiothérapie et exercice](#)
- [Cliniques de soins primaires](#)
- [Soldier's Heart](#)
- [Guérison traditionnelle](#)
- [Recherche](#)

---

<sup>r</sup> PCPCC est un organisme à but non lucratif et à intervenants multiples voué à l'avancement d'un système de santé efficace et efficient qui repose sur une fondation solide constituée de soins primaires et du foyer médical centré sur les patients. Le PCPCC se positionne comme un organisme de pression et d'éducation qui défend des idées, des concepts, des politiques et des programmes qui font avancer les objectifs pour des soins primaires à haute performance ([PCPCC, n.d.](#)).

<sup>s</sup> Pour obtenir plus de détails sur ces services, veuillez consulter les hyperliens respectifs.

### 5.2.1 Soins primaires

Un rapport de 2015 de l'organisme King's Fund sur le Nuka System of Care notait que les équipes de soins primaires et intégrées constituées de fournisseurs de soins offrent des services aux patients dans des milieux cliniques de soins primaires.

- Les équipes intégrées sont installées ou de passage dans les cliniques de soins primaires où elles soutiennent les équipes de soins primaires et où elles donnent des consultations rapides aux clients-propriétaires<sup>1</sup> selon les besoins. Les équipes de soins intégrées sont composées d'un chef d'équipe, d'un diététiste, d'un pharmacien, de consultants en matière de comportement et de sages-femmes. En règle générale, les médecins délèguent des tâches aux infirmiers, qui délèguent à leur tour des tâches aux assistants médicaux et aux administrateurs, afin de pouvoir se consacrer pleinement à leur profession.
- Les équipes de soins primaires sont constituées d'un médecin généraliste, d'un gestionnaire de cas pour les soins infirmiers, d'un personnel de soutien pour la gestion des cas et d'un assistant médical certifié. Les équipes de soins primaires sont en mesure d'offrir des soins holistiques à leurs populations en combinant un éventail de compétences de généralistes qui couvrent la santé physique et mentale à l'intérieur des équipes et en apportant des compétences de spécialistes au sein des équipes au besoin. On vise cependant à ce que l'équipe de soins primaires conserve un rôle de coordination lorsque des aiguillages s'avèrent nécessaires et à remettre les gens entre les mains de l'équipe de soins primaires dès que possible<sup>17</sup>.

### 5.3 Soins numériques

Selon le rapport de 2015 de l'organisme King's Fund's sur le Nuka System of Care, la SCF a effectué un petit nombre d'investissements importants afin d'améliorer ses infrastructures pour la gestion des données et la technologie de l'information. À titre d'exemples :

- **DME** : En 2011, la SCF a adopté un système de dossiers de patients électroniques afin de remplir les dossiers des patients rapidement selon des normes rigoureuses, de permettre aux fournisseurs de soins d'utiliser facilement le système à l'aide de leurs ordinateurs portables en évitant d'avoir à produire des documents papier et de centraliser les données sur les populations qui reçoivent des soins primaires dans un seul système<sup>17</sup>.
- **Outil de gestion de la santé en ligne** : La SCF se sert de cet outil afin de permettre aux utilisateurs de ses services de prendre et d'annuler en ligne des rendez-vous avec des services de soins primaires et des hôpitaux, de voir les résultats des tests et de communiquer en toute sécurité avec leur équipe de soins de santé. Avec cet outil, les utilisateurs des services peuvent consulter leur dossier de patient<sup>16</sup>.
- **Technologie de la télémédecine** : Les équipes cliniques se rendent régulièrement dans des villages qui sont uniquement accessibles par avion ou par bateau pour offrir des services de soins. Lorsque des cliniques de village sont en place, les cliniciens se servent de la communication électronique, notamment de la technologie de la télémédecine, pour donner des conseils au sujet d'une évaluation et d'un traitement<sup>18</sup>.

---

<sup>1</sup> On désigne les utilisateurs des services comme des « clients-propriétaires » dans le Nuka System of Care plutôt que comme des patients ou des bénéficiaires de soins passifs<sup>17</sup>

## 5.4 Financement

Selon le PCPCC, 45 % du financement du Nuka System of Care provient d'une subvention globale annuelle de l'Indian Health Service<sup>u</sup>, 45 % provient des programmes Medicaid et Medicare et des assureurs privés tandis que le reste du financement provient de la philanthropie et des subventions<sup>15</sup>. La SCF et l'Alaska Native Tribal Health Consortium<sup>v</sup> ont convenu de partager tous les revenus tiers<sup>w</sup> et de les répartir selon les formules convenues<sup>x</sup>. Cette approche du financement se traduit par le partage des risques financiers et des avantages générés par l'efficacité, comme une meilleure coordination et une meilleure gestion des populations à l'échelle du système de soins<sup>17</sup>.

Le rapport de 2015 de l'organisme King's Fund notait que les médecins de premier recours et les médecins en milieu hospitalier sont tous des salariés. Les médecins et les équipes de soins primaires de la SCF subissent une évaluation annuelle, qui peut rajuster leur rémunération au mérite par un ou deux points de pourcentage. La SCF détermine les ressources disponibles pour l'année à venir, en tenant compte des augmentations des revenus ou des économies de coûts engendrées par les projets d'amélioration. Elle se sert d'une formule<sup>y</sup> convenue pour allouer les ressources aux équipes de première ligne et pour soutenir les fonctions afin de pouvoir conserver les services existants ainsi que la formation et le perfectionnement. Elle retourne également aux équipes individuelles une proportion des économies de coûts réalisées grâce à ses initiatives d'amélioration. La SCF répartit ensuite le reste des ressources entre ses priorités pour l'année en cours<sup>17</sup>.

## 5.5 Mesure du rendement

Selon le rapport de 2015 de l'organisme King's Fund sur le Nuka System of Care, les mesures du rendement pour les équipes de soins primaires individuelles peuvent inclure les éléments suivants :

- Dépistage du sein, cervical et colorectal;
- Évaluation annuelle de l'HbA1c pour le diabète;
- Mauvais contrôle du diabète de l'enfant;
- Évaluation du LDL < 100 mg/dL pour le diabète;
- Dépistage du LDL pour le diabète;
- Contrôle des maladies cardiovasculaires < 100 mg/dL;
- Dépistage, courte intervention et aiguillage vers un traitement pour une consommation problématique, un abus ou une dépendance à l'alcool et aux drogues illicites;
- Dépistage de la dépression;
- Indice de masse corporelle des enfants;
- Mesure des services aux clients (p. ex. de la place pour prendre des rendez-vous, si les clients-propriétaires ont vu leur équipe ou leur médecin désigné au cours de leurs visites récentes)<sup>17</sup>.

---

<sup>u</sup> L'Indian Health Service, un organisme au sein du Department of Health and Human Services américain, est chargé de fournir des services de santé fédéraux aux Indiens américains et aux Autochtones de l'Alaska. La prestation de services de santé aux membres des tribus reconnues par l'administration fédérale est le fruit de la relation spéciale de gouvernement à gouvernement entre l'administration fédérale et les tribus indiennes ([Indian Health Service, n.d.](#)).

<sup>v</sup> L'Alaska Native Tribal Health Consortium est un organisme de santé pour les tribus à but non lucratif qui vise à répondre aux besoins uniques en matière de santé des Autochtones de l'Alaska et des Indiens américains qui vivent en Alaska ([The Alaska Native Tribal Health Consortium, n.d.](#)).

<sup>w</sup> Les paiements tiers comprennent un mélange de tarifs journaliers, de paiements en fonction des épisodes de soins et de paiements selon la quantité d'activités<sup>17</sup>.

<sup>x</sup> On n'a pas trouvé d'autres renseignements sur ces formules.

<sup>y</sup> On n'a pas trouvé d'autres renseignements sur cette formule.

## 5.6 Résultats

Le rapport de 2015 de l'organisme King's Fund faisait remarquer que le Nuka System of Care avait obtenu plusieurs résultats positifs, notamment :

- une amélioration considérable de l'accès aux services de soins primaires;
- une grande amélioration du rendement en ce qui concerne l'utilisation des mesures établies des données et des informations sur l'efficacité des initiatives de santé;
- une satisfaction à l'égard des cultures et des traditions exprimée par les clients;
- une diminution des activités dans les hôpitaux, notamment des jours passés à l'hôpital, des services de soins urgents et d'urgence et des visites dans des cliniques de spécialistes<sup>19</sup>.

## 6. Systèmes de soins intégrés (R.-U.)

### 6.1 Contexte

Selon un rapport de 2018 du King's Fund sur les systèmes de soins intégrés, le National Health Service (NHS) England a annoncé en mars 2017 son ambition de passer aux soins intégrés en établissant des partenariats de durabilité et de transformation (PDT) qui sont des partenariats locaux « propres à un lieu » conclus entre le NHS et des organisations des pouvoirs locaux. Le rapport souligne que les partenariats locaux les plus avancés de dix régions d'Angleterre ont été chargés d'élaborer des SSI.<sup>z</sup> Selon le rapport, beaucoup de ces systèmes, sinon tous, travaillent à établir des partenariats pour réunir des services locaux depuis plusieurs années et leurs cheminements en tant que systèmes intégrés sont souvent bien plus anciens que les dernières initiatives nationales.<sup>2</sup>

Le rapport du King's Fund de 2018 indiquait que huit SSI qui faisaient partie de la première vague de la mise en œuvre couvraient une population totale d'environ 7,8 millions d'habitants, soit un peu plus de 14 % de la population totale de l'Angleterre.<sup>aa</sup> Le rapport indique qu'il n'existe aucun modèle unique ou bien défini du SSI et que chaque région élabore son SSI à sa façon en fonction des circonstances locales.<sup>2</sup>

### 6.2 Services

Le rapport du King's Fund de 2018 indique que les services fournis dans les SSI comprennent les soins primaires, les soins actifs, les soins de santé mentale, les services d'ambulance et les services d'urgence. De plus, la création des équipes communautaires intégrées ou des carrefours communautaires est encouragée au sein des SSI. Ceux-ci se composent de professionnels de la santé qui comprennent, entre autres, des médecins, des infirmières et infirmiers communautaires, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale et des travailleurs du secteur du bénévolat.<sup>2</sup>

### 6.3 Soins numériques

D'après le rapport du King's Fund de 2018, les SSI travaillent à améliorer l'échange de renseignements, ce qui permettra aux cliniciens et aux autres professionnels de la santé de l'ensemble d'un SSI d'échanger des renseignements sur des patients et d'améliorer ainsi la qualité et la sécurité des soins et l'expérience de l'utilisateur. Certains SSI élaborent une infrastructure d'analytique des données et réunissent ainsi des

---

<sup>z</sup> À l'origine, les SSI s'appelaient des systèmes de soins responsables, mais NHS England a changé ce nom en 2018 pour décrire avec plus d'exactitude le travail effectué par ces systèmes. ([Patients4NHS.org](https://www.patients4nhs.org), n.d.)

<sup>aa</sup> Les huit SSI sont situés à : 1) Bedfordshire, Luton et Milton Keynes; 2) Berkshire West; 3) Buckinghamshire; 4) Dorset; 5) Frimley; 6) Lancashire et South Cumbria (ce dernier est issu des SSI plus petits de Blackpool et de Fylde Coast); 7) Nottingham et Nottinghamshire; et 8) South Yorkshire et Bassetlaw.<sup>2</sup>

renseignements de différents systèmes aux fins de la détermination des besoins et des priorités en matière de services, en particulier en ce qui concerne la gestion de la santé de la population.<sup>2</sup> Par exemple :

- Le Greater Manchester Health and Social Care Partnership utilise la technologie numérique dans les domaines des soins de santé et des services sociaux. Le personnel des foyers de soins utilise Skype pour communiquer avec des infirmières et infirmiers spécialisés de l'hôpital local lorsque les patients de leur foyer se portent mal. Ainsi, les infirmières et infirmiers de l'hôpital sont en mesure de fournir des conseils spécialisés au cours d'une conversation vidéo sur Skype et, grâce à cette aide, des patients qui seraient normalement dirigés vers un hôpital ou un service des urgences peuvent demeurer confortablement dans leur propre lit pendant que le personnel leur donne des conseils sur le traitement à administrer ou les mesures à prendre.<sup>20</sup>

#### 6.4 Financement

Selon un rapport du NHS de 2017 sur les modèles de prestation de soins pour des populations entières, l'approche globale de paiement des modèles de soins des SSI comporte trois éléments :

- **Budgets des populations entières (BPE) pour la prestation de services** : Les BPE sont des budgets intégrés dérivés des dépenses courantes des commissionnaires<sup>bb</sup>. Les BPE sont une version simplifiée des paiements capitalisés qui fournit des paiements périodiques pour une gamme de services et sont établis initialement en fonction des dépenses courantes des commissionnaires ainsi que de la taille et des besoins de la population.<sup>21,cc</sup>
- **Régime des paiements d'amélioration (RPA) pour les fournisseurs des SSI** : Le SSI utilise les paiements pour encourager l'amélioration du rendement dans un petit nombre de domaines prioritaires.<sup>21,dd</sup> Le degré d'amélioration du rendement est déterminé en fonction d'un sous-ensemble d'indicateurs d'un cadre d'incitatifs pour les SSI qui fournit aux commissionnaires et aux populations au nom desquelles ils mettent en œuvre des soins un aperçu du rendement et de l'impact du SSI.<sup>ee</sup> Le paiement du RPA constitue une partie de la valeur du budget intégré contractuel et est versé à la livraison en fonction de l'atteinte des objectifs pour des paramètres convenus.<sup>22,ff</sup>
- **Partage des gains/pertes** : Le partage des gains/pertes est le partage des économies (gains) ou des dépassements des dépenses (pertes) engendrés par le fait qu'un service ait été utilisé plus ou moins que prévu entre un ou plusieurs commissionnaires et un ou plusieurs fournisseurs. Les gains et les pertes sont calculés en prenant la différence entre les dépenses prévues (c'est-à-dire de référence) des commissionnaires pour la passation de marchés pour des services donnés pour

---

<sup>bb</sup> Les services du NHS sont mis en œuvre par des groupes de mise en service clinique (GMSC) et NHS England à l'échelle locale, régionale et nationale. Les GMSC sont des groupes de cabinets de médecine générale (MG) qui se réunissent dans chaque secteur pour mettre en œuvre les meilleurs services pour leurs patients et la population. Les GMSC ont la responsabilité de gérer environ 60 % du budget du NHS et mettent en œuvre la plupart des services de soins secondaires tels que les soins hospitaliers planifiés et les soins de réadaptation. ([NHS.UK/commissioning](https://www.nhs.uk/commissioning), n.d.)

<sup>cc</sup> Pour de plus amples informations sur le calcul de la valeur contractuelle de référence du BPE des services inclus dans la portée du modèle des soins du SSI, sur l'estimation des valeurs du BPE pour toute la durée du contrat aux fins de la passation de marchés pluriannuelle et sur la conversion des valeurs estimées du BPE en valeurs contractuelles, voyez les pages 15 à 57 du [Integrated Budgets Handbook](#).<sup>21</sup>

<sup>dd</sup> Aucune autre information sur les domaines prioritaires n'a été relevée.

<sup>ee</sup> Le cadre des incitatifs : 1) fournit un ensemble de données uniforme aux fins de l'analyse comparative du SSI et de l'évaluation de l'impact; 2) aide à améliorer la qualité des ensembles de données de l'extérieur des hôpitaux; et 3) utilise le paiement pour encourager l'amélioration du rendement dans un petit nombre de domaines prioritaires.<sup>22</sup>

<sup>ff</sup> Pour plus de détails sur le Régime des paiements d'amélioration, voyez les pages 58 à 59 du [Integrated Budgets Handbook](#).



une population définie et les dépenses réelles. Le partage des gains/pertes peut développer et harmoniser les incitatifs financiers entre les zones locales et permettre de gérer le transfert du risque de l'utilisation du commissionnaire au fournisseur associé à la mise en œuvre d'un BPE.<sup>21,99</sup>

## 6.5 Mesure du rendement

Selon un rapport du NHS de 2017, le cadre des incitatifs pour les SSI donne aux commissionnaires un aperçu du rendement global du SSI et de la contribution de ce dernier à l'économie de la santé dans son ensemble. Par sa combinaison d'indicateurs financiers et non financiers stimulés par des incitatifs, le cadre des incitatifs est conçu pour signaler et encourager le changement dans toute une gamme de domaines prioritaires qui vont dans le sens de l'ambition du NHS de combler les trois lacunes décrites dans le [Five Year Forward View](#) : 1) la lacune en matière de santé et de bien-être; 2) la lacune dans les soins et la qualité; et 3) la lacune dans le financement et l'efficacité. Ce cadre définit une structure uniforme destinée à être utilisée par les commissionnaires lors de l'acquisition des SSI pour la fourniture des soins à la population. Cependant, une marge de manœuvre permet aux zones locales d'ajouter des indicateurs et des seuils qui sont applicables à leurs propres situations locales. Le cadre décrit également la façon dont le paiement sera versé pour le rendement dans le cadre des contrats.

Le cadre des incitatifs comporte deux composantes : 1) un tableau de bord qui comprend la totalité des indicateurs du cadre; et 2) le RPA, qui constitue un sous-ensemble des indicateurs de tableau de bord liés au paiement versé lors de la livraison en fonction de l'atteinte des objectifs pour des paramètres convenus. Le cadre est divisé en quatre parties dont les principaux indicateurs sont décrits ci-dessous :<sup>hh</sup>

- **Santé et bien-être** : Indicateurs liés aux résultats de la population en matière de santé et aux facteurs du mode de vie et qui peuvent comprendre, par exemple, la qualité de vie liée à la santé des soignants et la prévention des problèmes de santé entraînés par des comportements à risque (p. ex., la consommation d'alcool et de tabac).
- **Qualité et expérience des soins** : Indicateurs liés à l'expérience positive du patient, à la sécurité et à l'efficacité des soins qui peuvent comprendre, par exemple, le fait que les personnes qui ont des problèmes de santé à long terme sentent qu'elles reçoivent un soutien pour prendre en charge leur(s) affection(s) et le nombre d'années de vie potentielles perdues en raison de causes considérées comme pouvant être corrigées par des soins de santé.
- **Durabilité** : Indicateurs axés sur l'impact du SSI sur la durabilité financière et clinique des services et qui peuvent comprendre, par exemple, l'utilisation des lits d'hôpitaux par la population après une admission d'urgence et les transferts de la responsabilité des soins retardés.
- **Facteurs de transformation** : Indicateurs qui contribuent à favoriser les améliorations à long terme dans les autres domaines des résultats, par exemple la proportion des membres du personnel qui bénéficient d'une bonne communication entre la haute direction et le personnel et les équipes multidisciplinaires pour les personnes atteintes de maladies à longue terme qui limitent l'espérance de vie.<sup>22</sup>

---

<sup>99</sup> Pour de plus amples informations sur le cadre de mise en œuvre du partage des gains/pertes et sur la façon de calculer et d'affecter les gains et les pertes, voyez les pages 62 à 68 du [Integrated Budgets Handbook](#).<sup>21</sup>

<sup>hh</sup> Pour obtenir la liste complète des indicateurs de chaque catégorie, consultez les pages 6 à 21 de [The Incentives Framework for ACOs](#).<sup>22</sup>

## 6.6 Résultats

Le rapport du King's Fund de 2018 mentionne des exemples des premiers résultats obtenus dans le système des soins primaires et de soins actifs d'un SSI (North East Hampshire et Farnham, Frimley) :

- Des réductions d'une année sur l'autre de 2 % du nombre d'admissions d'urgence à l'hôpital et de 10 % du nombre des admissions évitables, ainsi qu'une réduction de 4 % du nombre des aiguillages par les médecins;
- Un plafonnement du nombre des accidents et de la fréquentation des salles d'urgence par rapport aux augmentations pour des groupes de mise en service clinique semblables du point de vue démographique;<sup>ii</sup>
- Une réduction du nombre de fréquentations et d'admissions à l'hôpital liées à la santé mentale.<sup>2</sup>

De plus, une revue systématique a été effectuée en 2018 pour comparer les données probantes des publications du R.-U. et internationales sur 167 études pour étudier les effets des modèles des soins intégrés sur la prestation de services réelle et perçue, y compris l'efficacité, l'efficacités et la qualité des soins. Il a été souligné dans le cadre de la revue systématique que les modèles des soins intégrés comprennent diverses initiatives visant à améliorer l'intégration des soins dans le domaine des soins de santé et entre les services de santé et les services sociaux. Des résultats divers et souvent contradictoires ont été constatés pour les modèles des soins intégrés présentés dans les publications incluses. Le résumé de la revue systématique indique que les preuves de l'effet semblent être les plus solides pour trois résultats en particulier : 1) les soins intégrés améliorent la satisfaction du patient; 2) l'intégration améliore la qualité perçue des soins; et 3) les soins intégrés améliorent l'accès des patients aux services.<sup>23</sup>

## 7. Canterbury Health System (Nouvelle-Zélande)

### 7.1 Contexte

Le Canterbury Clinical Network (CCN) est une alliance collective de leaders, de professionnels et de fournisseurs de soins de santé de l'ensemble du Canterbury Health System en Nouvelle-Zélande.<sup>23</sup> Selon le CCN, en réponse à la hausse du nombre des admissions à l'hôpital, à l'allongement des temps d'attente et au vieillissement de la population, en 2007, le conseil de santé de district (CSD)<sup>ji</sup> de Canterbury a intégré et coordonné les services de santé primaires, secondaires et tertiaires au moyen d'un accord d'alliance dans le domaine de la santé et de nouvelles méthodes de passation de marchés afin de constituer le Canterbury Health System.<sup>25</sup>

Le ministère de la Santé a estimé que le CSD de Canterbury servira une population de 567 870 personnes en 2018-2019. En 2016-2017, 9,1 % de la population totale de Canterbury était composée de Maoris et 2,5 % d'autres insulaires du Pacifique.<sup>26,kk</sup>

---

<sup>ii</sup> Les GMSC sont des groupes de cabinets de médecine générale (MG) qui se réunissent dans chaque secteur pour mettre en œuvre les meilleurs services pour leurs patients et la population. ([NHS.UK/commissioning](https://www.nhs.uk/commissioning), n.d.).

<sup>ji</sup> En Nouvelle-Zélande, le CSD de Canterbury couvre une zone de la côte est de l'île du Sud, du district de Kaikoura au nord au district d'Ashburton au sud, ainsi que les îles Chatham. Il a la responsabilité de protéger la santé d'environ 558 830 personnes ([Canterbury DHB](https://www.canterburydhb.co.nz), n.d.).

<sup>kk</sup> Les insulaires du Pacifique constituent une population diversifiée composée de cultures issues de nombreuses îles du Pacifique. Les huit principaux groupes ethniques du Pacifique en Nouvelle-Zélande sont les Samoans, les Cookiens, les Maoris, les Tongiens, les Niuéens, les Fidjiens, les Tokélaouans, les Tuvaluans et les Kiribatiens ([Pasefikaproud.co.nz](https://www.pasefikaproud.co.nz), 2016).

## 7.2 Services

Selon un rapport annuel du CSD de Canterbury de 2017-2018, les services fournis par le Canterbury Health System comprennent :

- des services de prévention, notamment pour la promotion de la santé et l'éducation, le dépistage dans la population et la vaccination;
- des services de détection précoce et de gestion, y compris pour les soins primaires, les affections de longue durée, la santé bucco-dentaire, la pharmacie et les services d'aiguillage;
- des services d'évaluation et de traitement intensifs, notamment en ce qui concerne les mesures de la qualité et de la sécurité des patients, la maternité, le soutien actif / urgent, le soutien électif / organisé, les services de santé mentale et d'évaluation spécialisés, le traitement et la réadaptation;
- des services de réadaptation et de soutien, y compris la réadaptation, les soins à domicile et en milieu communautaire, les services de relève et de jour et les soins en établissement pour les personnes âgées.<sup>27</sup>

## 7.3 Soins numériques

Aucune information n'a été relevée.

## 7.4 Financement

Selon le ministère néo-zélandais de la Santé, le système de santé est financé par le crédit Santé,<sup>II</sup>, l'Accident Compensation Corporation, d'autres organismes gouvernementaux, les administrations locales et des sources privées (assurances, paiements directs, etc.) Le ministère de la Santé alloue plus des trois quarts des fonds publics qu'il gère par l'entremise du crédit Santé aux CSD pour l'achat et la fourniture de services de santé, notamment des hôpitaux publics et la majorité des services de santé publics de leurs régions respectives. La plus grande partie du financement public restant fourni au ministère (environ 19 %) sert à financer d'importants services nationaux, tels que les mesures de soutien pour les personnes handicapées, les services de santé publique, des programmes de dépistage spécifiques, les services de santé mentale, les services électifs, les services de maternité primaires, les services de santé pour les Maoris et l'enseignement et la formation cliniques des étudiants diplômés.<sup>28</sup>

## 7.5 Mesure du rendement

Selon le CCN, le [Canterbury Health System Outcomes Framework](#) détermine les principaux résultats au niveau de la population et effectue le suivi du rendement à l'aide d'un ensemble évolutif d'indicateurs pour faire en sorte que le système de santé s'éloigne du suivi des intrants et de l'harmonisation des ressources de l'ensemble du système pour devenir axé sur les résultats du patient plutôt que sur ceux du fournisseur. Le CCN a souligné qu'en plus de rendre les progrès transparents pour les principaux intervenants et d'éclairer les décisions des dirigeants, le cadre aide également les personnes qui travaillent au sein du système de santé de Canterbury à voir la nature de leur contribution dans le cadre d'un système de santé intégré et à avoir le sentiment que leurs efforts sont reconnus.<sup>29</sup>

---

<sup>II</sup> Le gouvernement reçoit des fonds pour le système de santé sous forme d'impôts, de prélèvements de l'Accident Compensation Corporation et de primes. Chaque année, le gouvernement décide de la fraction de ces fonds publics qui seront consacrés aux soins de santé – ceci s'appelle « Crédit : Santé » ([Ministry of Health, n.d.](#))

Selon le rapport annuel du CSD de Canterbury de 2017-2018, les indicateurs sont organisés en fonction des groupes de services fournis par le Canterbury Health System. Certains des indicateurs les plus notables de chacun des groupes de services sont décrits ci-dessous :<sup>mm</sup>

- **Services de prévention** : Femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années et jeunes femmes qui terminent le programme de vaccination contre le virus du papillome humain.
- **Services de détection et de prise en charge précoces** : Personnes qui bénéficient d'une aide subventionnée à l'autogestion du diabète de leur cabinet de médecine générale lorsqu'elles commencent à s'administrer de l'insuline et analyses de laboratoire réalisées pour la population de Canterbury.
- **Services d'évaluation et de traitement intensifs** : Jeunes (0 à 19 ans) qui accèdent à des services de santé mentale spécialisés et cabinets de médecine générale qui assurent le triage par téléphone en dehors des heures normales de travail.
- **Services de réadaptation et de soutien** : Personnes qui accèdent à des régimes de réadaptation pulmonaire en milieu communautaire et personnes âgées de 65 ans ou plus qui accèdent au service de prévention des chutes en milieu communautaire.<sup>27</sup>

Le rapport annuel de 2017-2018 a en outre défini un ensemble d'indicateurs de rendement qui permettent d'améliorer et de surveiller les résultats en matière de santé précisément pour la population maorie. Voici certains des indicateurs les plus notables :<sup>nn</sup>

- fumeurs maoris, identifiés à l'hôpital, qui reçoivent des conseils et une aide pour cesser de fumer;
- filles maories admissibles qui terminent le programme de vaccination contre le virus du papillome humain;
- femmes maories (âgées de 25 à 69 ans) qui ont subi un frottis cervical au cours des trois dernières années;
- bébés maoris qui sont complètement vaccinés à l'âge de huit mois;
- Maoris âgés (de 65 ans ou plus) qui ont été vaccinés contre la grippe saisonnière;
- taux des hospitalisations évitables pour les enfants maoris (âgés de 0 à 4 ans);
- Maoris admissibles dont le risque de maladie cardiovasculaire a été évalué au cours des cinq dernières années;
- enfants maoris (âgés de 0 à 4 ans) qui sont inscrits aux services de santé bucco-dentaire du CSD.<sup>27</sup>

## 7.6 Résultats

Selon le CCN, les résultats notables obtenus grâce à ce modèle de soins comprennent :

- **Réduction de l'attente pour les soins** : 1,5 million de jours d'attente évités pour les patients sur trois ans pour quatre secteurs des services;
- **Davantage de services électifs** : Augmentation de 43 % du nombre des personnes qui subissent une chirurgie élective;

---

<sup>mm</sup> Pour obtenir la liste complète des indicateurs pour chaque groupe de services, voyez les pages 27 à 35 du [Canterbury DHB Annual Report](#) de 2017-2018.<sup>27</sup>

<sup>nn</sup> Pour obtenir la liste complète des indicateurs pour la population maorie, voyez la page 36 du [Canterbury DHB Annual Report](#) de 2017-2018.<sup>27</sup>

- **Libération de la capacité des hôpitaux** : Nombre d'admissions aiguës inférieur de 31 % à la moyenne nationale, ce qui équivaut à cent lits d'hôpital;
- **Les personnes âgées restent à la maison plus longtemps** : Le nombre des personnes confiées aux soins en établissement pour les personnes âgées a été réduit de 400 et les séjours sont plus courts;
- **Moins de personnes sont victimes de chutes** : Réduction du nombre des blessures et des décès causés par les chutes qui a libéré l'équivalent d'un service d'hospitalisation;
- **Des populations maories plus saines** : Les Maoris vivent en moyenne plus longtemps à Canterbury que dans les autres régions de la Nouvelle-Zélande.<sup>30,00</sup>

## 8. Modèle Alzira (Valence, Espagne)

### 8.1 Contexte

Selon un rapport publié en 2016 par le Global Health Group de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) et PricewaterhouseCoopers (PwC) sur les partenariats intégrés entre le secteur public et le secteur privé (PIPP) en Espagne, la prestation des services de santé est une responsabilité décentralisée dans 17 communautés autonomes et l'une d'elles est celle de Valence. Au sein de cette communauté, le modèle du PIPP, qui est devenu le modèle Alzira, a été mis à l'essai en 1999 avec la création de l'hôpital de La Ribera. Les PIPP ont fourni des soins hospitaliers et primaires à une population enregistrée, soit la population qui habite dans une zone de soins de santé. Le PIPP avait pour but de tirer parti de l'expertise du secteur privé en matière de gestion et de systèmes hospitaliers et d'utiliser des paiements incitatifs et des dispositions contractuelles sur la gestion du rendement soigneusement conçus afin d'améliorer l'efficacité, la qualité et l'accès aux soins.<sup>31</sup>

L'expérience du modèle Alzira à l'hôpital de La Ribera a inspiré l'adoption de ce modèle par d'autres services de santé. Au total, cinq services de santé de Valence ont dispensé des soins selon le modèle PIPP entre 2003 et 2018.<sup>pp</sup> Chaque service desservait une population d'environ 200 000 à 250 000 habitants.<sup>31</sup>

### 8.2 Services

Selon le rapport de l'UCSF-PwC de 2016, le modèle Alzira comprend les services suivants :

- les soins primaires, y compris les soins d'urgence et les services de santé bucco-dentaire;
- les soins de santé curatifs, y compris les services hospitaliers spécialisés et les soins hospitaliers à domicile, l'administration de tests diagnostiques, les thérapeutiques intraveineuses et les interventions chirurgicales, ainsi que des services spécialisés, y compris la chimiothérapie, le traitement de l'infertilité, la radiologie interventionnelle, la radiothérapie et la greffe d'organes, de tissus et de cellules;
- des initiatives de promotion et de protection de la santé, ainsi que des programmes de prévention fondés sur l'éducation en matière de santé, la couverture vaccinale et les examens médicaux;
- l'aide à la réadaptation qui fait appel à un éventail de spécialités, de produits et de fournitures existants;

---

<sup>00</sup> Pour obtenir la liste complète des résultats obtenus, voyez les pages 14 à 22 du [Canterbury DHB Annual Report](#) de 2017-2018.<sup>27</sup>

<sup>pp</sup> En avril 2018, l'autorité sanitaire de Valence a annulé le PIPP et rétabli la fourniture publique directe. Aucune autre information n'a été trouvée sur la raison pour laquelle le modèle Alzira a été abandonné.<sup>32</sup>

- les soins socio-sanitaires pour les patients handicapés et les personnes âgées, ainsi que les soins psychiatriques et les services de santé mentale.<sup>31</sup>

En ce qui concerne la coordination des soins, le rapport de l'UCSF-PwC de 2016 sur l'expérience de Valence en matière de PIPP souligne qu'un hôpital (l'hôpital de Dénia) collaborait avec l'hôpital de La Ribera pour fournir des soins hautement spécialisés à leurs populations combinées. Deux autres hôpitaux des régions sanitaires de Vinalopó et de Torrevieja, qui sont tous deux gérés par la même entité privée, ont mis en place des systèmes de technologie de l'information, d'approvisionnement et des ressources humaines partagés afin de pouvoir coordonner les soins, échanger des membres du personnel entre les unités spécialisées et se procurer conjointement des fournitures médicales.<sup>31</sup>

### 8.3 Soins numériques

L'un des principes qui régissent le modèle de PIPP de Valence depuis sa création à Alzira est la disponibilité de systèmes d'information complets qui rendent possibles une gestion des ressources axée sur le patient, la création d'un environnement de travail favorable et la fourniture de services de santé publique durables. Les améliorations apportées à ces systèmes d'information ont été conçues pour permettre aux patients d'accéder plus facilement à leurs dossiers médicaux et de mieux les contrôler. Parmi les exemples de dossier des soins intégré dans le PIPP, mentionnons :

- Le système de technologie de l'information du service de santé de Dénia, Millennium, permet d'intégrer les soins primaires, les soins en clinique externe, les soins à domicile et les services de prescription de médicaments aux patients externes. Une étude<sup>99</sup> mentionnée dans le rapport de l'UCSF-PwC a révélé une économie de temps d'environ 30 % obtenue à l'hôpital de Dénia simplement en numérisant le processus d'interconsultation médicale.<sup>31</sup>

### 8.4 Financement

Le rapport de l'UCSF-PwC de 2016 souligne que le modèle de PIPP de Valence repose sur le principe selon lequel « l'argent suit le patient ». Une redevance annuelle (budget par capitation à long terme) est versée au fournisseur privé en fonction de la taille et des problèmes de santé prévus de la population à desservir. Les patients sont ensuite autorisés à choisir l'endroit où ils s'adressent pour obtenir des soins. En vertu de ce principe, si les résidents d'un service de santé du PIPP s'adressent à un autre service de santé géré par le secteur public pour obtenir des soins, les coûts qui en résultent sont à la charge du partenaire privé. Quarante pour cent seulement du coût seraient remboursés au partenaire privé si ses résidents s'adressaient à un établissement public pour obtenir des soins.<sup>31</sup>

D'après le rapport de l'UCSF-PwC de 2016, le financement du modèle de PIPP reposait sur les deux facteurs clés suivants :

- **Population couverte** : Ceci comprend toutes les personnes qui habitent dans une zone définie et qui détenaient des cartes de santé personnalisées.
- **Frais par habitant** : Ces frais sont désignés sous le nom de taux de paiement uniforme par personne pour toutes les personnes couvertes dans la région géographique visée par le contrat. Ces frais étaient payés annuellement par le gouvernement au partenaire privé pour la bonne prestation des services contractuels. Les frais par habitant étaient calculés en fonction des dépenses budgétisées dans un hôpital semblable. Le contrat du gouvernement avec les

---

<sup>99</sup> Aucune autre information n'a été relevée au sujet de cette étude.

partenaires du secteur privé définit les attentes en matière de rendement, y compris les indicateurs de rendement ainsi que les dispositions concernant les pénalités (pour une prestation médiocre) et les incitatifs (pour une prestation excellente).

- Un exemple de programme d'incitatifs inclus dans les contrats est un programme qui a pour but d'encourager les économies dans la fourniture de soins pharmaceutiques. Les primes atteignent 30 % des économies lorsque les dépenses pharmaceutiques par personne moyennes du service du PIPP sont inférieures à la moyenne des dépenses de tous les services de santé.<sup>31</sup>

## 8.5 Mesure du rendement

Le rapport de l'UCSF-PwC de 2016 indique que le ministère de la Santé de Valence a mis au point un outil des conventions de gestion comprenant des indicateurs et des objectifs. Quarante-huit indicateurs ont été déterminés et groupés en trois catégories : qualité, service et gestion. Les indicateurs ont fait l'objet d'un suivi mensuel et ont été évalués annuellement. Le rapport souligne que, bien que tous les services de santé aient utilisé le même ensemble d'indicateurs, ils les utilisaient de différentes manières pour stimuler le rendement en vue de l'atteinte de divers objectifs propres à chaque service. Par exemple :

- Parmi les principaux indicateurs de rendement des services de santé de la Communauté de Valence, mentionnons : le taux de couverture vaccinale; l'efficacité de l'approvisionnement des pharmacies d'hôpital; le taux de respect des protocoles cliniques; le nombre des semaines qui s'écoulent avant le début du traitement après le dépistage positif du cancer du sein; la durée moyenne des séjours à l'hôpital; le taux de réadmission dans un délai de 30 jours; et le taux de fréquentation des soins primaires.<sup>31</sup>

## 8.6 Résultats

Deux conclusions qui révèlent des résultats mitigés associés au rendement du modèle Alzira ont été relevées :

- **Résultats en matière de santé pour les patients :**
  - Une publication de PwC de 2014 indiquait que le modèle Alzira avait permis de réduire de 34 % le nombre des réadmissions à l'hôpital en trois jours, de réduire de 54 % les temps d'attente moyens pour les accidents et les urgences, de réduire de 55 % le temps d'attente moyen pour les interventions électives, de réduire la durée moyenne du séjour de 20 % et d'obtenir un taux de satisfaction des patients de 91 %.<sup>33</sup>
  - Selon une étude d'observation de 2018 dans laquelle le rendement d'Alzira a été comparé à celui de fournisseurs publics semblables du système de santé national espagnol, Alzira n'a pas produit un meilleur rendement que les autres fournisseurs publics, bien que ses développements aient été remarquables dans certains domaines des soins.<sup>rr</sup> En particulier, les réalisations d'Alzira étaient statistiquement moins bonnes que celles des fournisseurs publics de référence dans les domaines suivants : la plupart des hospitalisations potentiellement évitables; le taux de mortalité ajusté en fonction des risques pour l'infarctus du myocarde, le pontage aortocoronarien et l'accident ischémique cérébral; la plupart des interventions de faible valeur; et enfin, l'efficacité technique (contrairement aux données probantes internationales). Cependant, l'étude a souligné qu'Alzira présentait une amélioration statistiquement supérieure à la moyenne en ce qui concerne les taux d'hospitalisation évitables pour l'angine, certaines interventions de faible

---

<sup>rr</sup> Pour obtenir la liste complète des indicateurs utilisés dans l'analyse comparative du rendement, voyez la page 2 de l'étude.<sup>32</sup>

valeur (chirurgie pédiatrique comme l'adénoïdectomie, l'amygdalectomie et les œillets, les césariennes pour les accouchements à faible risque, l'ablation cardiaque et les chirurgies pour le doigt à ressort et le canal carpien), le remplacement de la hanche, le taux de mortalité ajusté en fonction des risques après une intervention coronarienne percutanée et les dépenses hospitalières ajustées en fonction de la gravité.<sup>32</sup>

- **Expérience du fournisseur** : La publication de 2014 de PwC faisait état d'un taux de satisfaction du personnel associé au modèle Alzira de 93 %. Aucune autre information n'a été trouvée à propos de cette conclusion.<sup>33</sup>



## ANNEXE

### PIÈCE 1

#### Les cinq éléments de base du foyer médical centré sur les patients du programme ProvenHealth Navigator (PHN) du système de santé Geisinger

Élément du PHN	Description
Soins primaires axés sur le patient	Soins dirigés par le fournisseur dont la prestation est assurée par l'équipe Participation du patient et de la famille Accès et portée des services améliorés Soins préventifs et soins aux malades chroniques optimisés au moyen des dossiers de santé électroniques et des données sur les demandes de remboursement
Gestion de la population	Utilisation d'outils de modélisation prédictive fondée sur les demandes de remboursement pour déterminer quels sont les patients à risque élevé Gestion des cas pour les affections complexes et comorbides Gestion des maladies Soins préventifs
Quartier médical	Coordination et communication améliorées des soins parmi les spécialistes et les sites des soins en dehors des cliniques des soins primaires Services de spécialiste de grande valeur Systèmes de soins exhaustifs, y compris les maisons de soins infirmiers, les services des urgences, les hôpitaux, la santé à domicile et les pharmacies
Gestion du rendement	Sondages de routine auprès des patients pour évaluer l'expérience des soins et la satisfaction Lignes directrices automatisées fondées sur des données probantes pour les soins des maladies chroniques lors des visites au bureau Les statistiques sur la conformité aux lignes directrices sont communiquées régulièrement Les paramètres de qualité et de rendement (y compris des mesures choisies du HEDIS et du CAHPS) sont communiqués régulièrement
Modèle de remboursement en fonction de la valeur	Rémunération des services Rémunération au rendement fondée sur les résultats de qualité Modèle d'économies partagées fondé sur le rendement

## RÉFÉRENCES

Tous les liens des sites Web fonctionnent en date de mars 2019.

1. Charles, A., Wenzel, L., Kershaw, M., Ham, C., et Walsh, N. (2018). [A Year of Integrated Care Systems: Reviewing the Journey so Far](#).
2. Group Health Centre. (N.d.). [About Us](#).
3. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (1<sup>er</sup> janvier 2012). Group Health Centre Funding and Governance Agreement.
4. Kaiser Permanente. (N.d.). [History](#).
5. Kaiser Permanente. (N.d.). [Fast Facts About Kaiser Permanente](#).
6. Chen, C., Garrido, T., Chock, D., Okawa, G., et Liang, L. (2009). [The Kaiser Permanente Electronic Health Record: transforming and streamlining modalities of care](#). *Health Affairs*, 28(2), 323–333.
7. Light, D., et Dixon, M. (2004). [Making the NHS more like Kaiser Permanente](#). *BMJ: British Medical Journal*, 328(7442), 763.
8. McHugh, M. D., Aiken, L. H., Eckenhoff, M. E., et Burns, L. R. (2016). [Achieving Kaiser Permanente Quality](#). *Health Care Management Review*, 41(3), 178.
9. Caloyeras, J. P., Kanter, M., Ives, N., Kim, C. Y., Kanzaria, H. K., Berry, S. H., et coll. (2016). [Physician Professional Satisfaction and Area of Clinical Practice: Evidence from an Integrated Health Care Delivery System](#). *The Permanente Journal*, 20(2), 35.
10. Paulus, R. A., Davis, K., et Steele, G. D. (2008). [Continuous innovation in health care: implications of the Geisinger experience](#). *Health Affairs*, 27(5), 1235–1245.
11. Maeng, D. D., Khan, N., Tomcavage, J., Graf, T. R., Davis, D. E., et Steele, G. D. (2015). [Reduced acute inpatient care was largest savings component of Geisinger Health System's patient-centered medical home](#). *Health Affairs*, 34(4), 636–644.
12. Maeng, D. D., Snyder, S. R., Baumgart, C., Minnich, A. L., Tomcavage, J. F., et Graf, T. R. (2016). [Medicaid managed care in an integrated health care delivery system: Lessons from Geisinger's early experience](#). *Population Health Management*, 19(4), 257–263.
13. Slotkin, J. R., Ross, O. A., Newman, E. D., Comrey, J. L., Watson, V., Lee, R. V., et coll. (2017). [Episode-based payment and direct employer purchasing of healthcare services: recent bundled payment innovations and the Geisinger health system experience](#). *Neurosurgery*, 80(4S), S50–S58.
14. Kaiser Permanente. (2017). [Kaiser Permanente Now Providing Care Across the State of Washington](#).
15. Ralston, J. D., Martin, D. P., Anderson, M. L., Fishman, P. A., Conrad, D. A., Larson, E. B., et coll. (2009). [Group health cooperative's transformation toward patient-centered access](#). *Medical Care Research and Review*, 66(6), 703–724.
16. [Alaska Southcentral Foundation - Nuka System of Care](#). (n.d.). *Patient-Centered Primary Care Collaborative*.
17. Collins, B. (2015). [Intentional Whole Health System Redesign](#).
18. Gottlieb, K. (2013). [The Nuka System of Care: Improving Health through Ownership and Relationships](#). *International Journal of Circumpolar Health*.
19. [Nuka System of Care, Alaska](#). (n.d.). *The King's Fund*.
20. [Greater Manchester Health and Social Care Partnership](#). (n.d.). *NHS England*.

21. NHS England. (2017). [Whole Population Models of Provision: Establishing Integrated Budgets](#).
22. NHS England. (2017). [The Incentives Framework for ACOs](#).
23. Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., et Booth, A. (2018). [The Effects of Integrated Care: A Systematic Review of UK and International Evidence](#). *BMC Health Services Research*, 18(1), 350.
24. [Who We Are](#). (n.d.). *Canterbury Clinical Network*.
25. [The Canterbury Story](#). (n.d.). *Canterbury Clinical Network*.
26. [Population of Canterbury District Health Board](#). (n.d.). *Ministry of Health*.
27. Canterbury District Health Board. (2018). [Canterbury District Health Board Annual Report 2017/2018](#)
28. [Funding](#). (n.d.). *Ministère de la Santé*.
29. [Canterbury Health System Outcomes Framework](#). (n.d.). *Canterbury Clinical Network*.
30. [How It Benefits Our People](#). (n.d.). *Canterbury Clinical Network*.
31. Sosa Delgado-Pastor, V., Brashers, E., Foong, S., Montagu, D., et Feachem, R. (2016). [Innovation Roll out - Valencia's Experience with Public-Private Integrated Partnerships](#)
32. Comendeiro-Maaløe, M., Ridaio-López, M., Gorgemans, S., et Bernal-Delgado, E. (n.d.). [A Comparative Performance Analysis of a Renowned Public Private Partnership for Health Care Provision in Spain between 2003 and 2015](#). *Health Policy*.
33. [The Alzira Model](#). (2014). *PricewaterhouseCoopers*.