



# EXPLORATION DE L'ENJEU DES NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA) ET LE RÔLE DES POLITIQUES DE FINANCEMENT : UN FONDEMENT PROBANT QUI ÉVOLUE POUR LE CANADA

SÉRIE DE RAPPORTS DE LA FCRSS SUR LES  
GÉNÉRATEURS DE COÛTS ET L'EFFICIENCE DES  
SYSTÈMES DE SANTÉ: DOCUMENT N° 8

**SEPTEMBRE 2011**

**JASON M. SUTHERLAND, Ph. D.**

CENTRE FOR HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH  
SCHOOL OF POPULATION AND PUBLIC HEALTH  
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, VANCOUVER

**R. TRAFFORD CRUMP, Ph. D.**

CENTRE FOR HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH  
SCHOOL OF POPULATION AND PUBLIC HEALTH  
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, VANCOUVER

La présente synthèse est la huitième d'une série d'études produites par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) au sujet des générateurs de coûts des services de santé et de l'efficacité du système de santé.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires ou leur contribution à la préparation du présent manuscrit, à savoir T. Jackson, M. Law, J. Lewis, K. McGrail, J. McKinley, P. Weeks et deux examinateurs anonymes. S. Ardal, A.-M. Broemeling, A. Constant, M. Cohen, S. Feltham, J. Hatcher, E. Hellsten, C. Hoy, J. Lewis, J. Poss, J. Makwana, S. Tsui, P. Weeks, K. Walker et N. White, ainsi que trois examinateurs anonymes.

Ce document est disponible à [www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca).

Le présent rapport de recherche est publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.

ISBN: 978-1-927024-34-8

*Exploration de l'enjeu des niveaux de soins alternatifs (NSA) et le rôle des politiques de financement : un fondement probant qui évolue pour le Canada*® Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à [info@fcrrs.ca](mailto:info@fcrrs.ca).

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

FCRSS

1565 Carling Avenue, Suite 700

Ottawa, Ontario

K1Z 8R1

Courriel : [info@chsr.ca](mailto:info@chsr.ca)

Téléphone : 613-728-2238

Télécopieur : 613-728-3527

# TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES PRINCIPAUX.....	2
RÉSUMÉ .....	3
1 INTRODUCTION.....	7
2 SOINS CONTINUS AU CANADA .....	8
2.1 L'amorce : l'utilisation des soins aigus.....	8
2.2 Où vont les patients des soins aigus? .....	9
2.3 Dimensions des soins continus.....	9
3 FACTEURS STRUCTURELS ENTRANT EN JEU DANS LE LIEU DE TRANSFERT .....	11
3.1 Restructuration des soins.....	12
4 FINANCEMENT DES SOINS CONTINUS .....	14
4.1 Examen du financement des soins aigus .....	14
4.2 Financement des soins continus .....	15
4.3 Mécanismes de financement et fragmentation des soins.....	20
5 QUESTIONS DE PROCESSUS: EXAMEN DES DONNÉES .....	23
5.1 Système de communication des données.....	23
5.2 Communication des données et soins en transition .....	27
6 INITIATIVES PROVINCIALES.....	28
6.1 Colombie-Britannique.....	28
6.2 Ontario .....	30
7 CONCLUSION.....	32
7.1 Recommandations .....	33
8 RÉFÉRENCES.....	36
ANNEXE 1: RÉSUMÉ DES PROGRAMMES PROVINCIAUX DE SOINS POST-AIGUS ET DES TERMES CONNEXES. ....	46
ANNEXE 2: DÉFINITION DES SOINS CONTINUS EN ÉTABLISSEMENT.....	47

## MESSAGES PRINCIPAUX

- ▼ Au Canada, il y a chaque jour environ 7 500 lits de soins de courte durée (14 p. 100) qui ne sont pas utilisés à bon escient. Les patients en attente d'un niveau de soins alternatif (NSA) ont des répercussions en aval sur les admissions au service d'urgence, les transferts entre établissements et les chirurgies non urgentes. Il en résulte une utilisation inefficace des ressources de l'hôpital et une piètre qualité des soins aux patients.
- ▼ Malgré les différences de définition entre les régions, la prestation de soins continus se caractérise généralement par la mise à contribution de multiples fournisseurs et niveaux d'intensité de soins, ce qui crée un cloisonnement des services et, par conséquent, un système fragmenté dont l'utilisation et les coûts sont inégaux.
- ▼ Bien qu'un système plus intégré de soins continus puisse améliorer la qualité et réduire une utilisation inappropriée des services hospitaliers, on ne sait trop s'il offre ou non des solutions globales pour optimiser le flux des patients entre les établissements de soins aigus et post-aigus et minimiser les hospitalisations de NSA.
- ▼ Non seulement le financement actuel des soins continus favorise un système fragmenté, mais il peut aussi contribuer à une utilisation plus élevée de NSA. En donnant congé à un patient NSA dont les coûts sont relativement bas et en admettant un patient qui présente une affection aiguë et dont les coûts sont relativement élevés, les hôpitaux n'ont aucun intérêt à diminuer les cas de NSA. Les fournisseurs de soins post-aigus n'ont d'ailleurs aucun incitatif financier à offrir des services de santé à une intensité adéquate et en temps opportun.
- ▼ Il existe plusieurs différents mécanismes de financement qui peuvent offrir aux responsables de politiques des solutions pour surmonter le problème lié aux hospitalisations de NSA. Ces mécanismes récompensent la coordination et la continuité des soins entre les fournisseurs de soins aigus et post-aigus et peuvent être adaptés au Canada.
- ▼ Quelques provinces ont mis en place une infrastructure de collecte et de communication des données sur les soins continus pour appuyer l'élaboration de politiques de financement visant à améliorer le nombre d'hospitalisations de NSA et la coordination des services de santé.

## Recommandations :

- ▼ Définir la réduction des cas de NSA comme un objectif hautement prioritaire des systèmes de santé.
- ▼ Harmoniser les mécanismes de financement et les mesures incitatives avec les objectifs stratégiques en recourant à des stratégies ciblées, notamment le financement à l'activité et la rémunération au rendement.
- ▼ Orienter les stratégies vers la réduction des cas de NSA :
  - 1) en transférant les patients de soins aigus plus tôt vers un établissement approprié;
  - 2) en réduisant la demande future de soins hospitaliers.
- ▼ Veiller à ce que les systèmes d'information soient intégrés et suffisamment exhaustifs pour adapter les services aux besoins des patients.
- ▼ Établir des lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes et des définitions normalisées.
- ▼ Faire valoir l'application des connaissances ainsi que l'apprentissage interrégional.

## RÉSUMÉ

### Introduction

Le présent rapport synthétise les données probantes sur les politiques de financement visant à améliorer les soins aux patients pendant la période de transition entre les établissements de soins aigus et post-aigus. Les patients qui se trouvent dans cette période de transition sont considérés comme étant des patients en attente d'un niveau de soins alternatif (NSA) : ils ne peuvent pas être aiguillés vers un prestataire de post-aigus ou vers la collectivité, même s'ils ne nécessitent plus des soins intensifs ou médicaux spécialisés dispensés par des hôpitaux de soins de courte durée. Les dépenses du secteur public pour les services hospitaliers sont estimées à plus de 55 milliards de dollars en 2011 représentent une composante importante des dépenses provinciales. C'est la raison pour laquelle les gestionnaires du système de santé mettent un accent particulier sur le nombre élevé de lits de soins aigus occupés par des patients prêts à être mis en congé et transférés vers des établissements post-aigus.

Environ 14 p. 100 des lits dans les hôpitaux canadiens sont occupés par des patients qui sont prêts à recevoir leur congé, mais qui ne peuvent être accueillis dans un établissement approprié. Au cours d'une seule année, l'utilisation de lits dans des hôpitaux de soins de courte durée par ces patients dépasse 2,4 millions de jours, ce qui équivaut à plus de 7 500 lits de soins aigus chaque jour. Il est généralement entendu que des combinaisons complexes de besoins sociaux, de soins et de relations institutionnelles contribuent à maintenir certains patients dans les hôpitaux de soins aigus. Néanmoins, les conséquences en aval sont importantes. Les cas de NSA limite la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions aux services d'urgence, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes.

Les renseignements sur des stratégies pour réduire les cas de NSA tombent à point nommé, puisque plusieurs provinces canadiennes annoncent la mise en œuvre d'initiatives de financement basé sur les activités (FBA) dans des hôpitaux de soins aigus. Ces initiatives visent à créer des incitations financières pour augmenter le volume, ou la capacité, des soins hospitaliers. Cependant, l'efficacité de ces initiatives peut être compromise par l'incapacité des hôpitaux de transférer les patients après

### Soins de longue durée au Canada

Les termes «soins continus» sont généralement utilisés pour décrire un système de services de santé qui fournit des services de santé, des services sociaux et d'autres services de soutien aux aînés inaptes et aux personnes handicapées. Pour une partie de cette population de patients, les soins continus sont surtout offerts dans des établissements de soins de longue durée, dans des milieux de soutien ou à domicile, soit de façon intermittente ou sur une période prolongée, selon les besoins des patients et leur niveau (ou risque) de déficience.

Il est difficile d'apporter une description et une comparaison pancanadiennes de la transition entre les établissements de soins continus ainsi que de leur utilisation en raison des différences de terminologie entre les provinces pour des niveaux d'intensité de soins équivalents. L'ensemble de services offerts dans le cadre des soins de longue durée varie d'une province à l'autre. Ces différences dans la nomenclature ne sont pas surprenantes étant donné que l'organisation et la prestation des soins continus ont évolué séparément dans chaque région. Par ailleurs, parvenir à un consensus sur la définition de l'intensité ou du niveau des soins continus non seulement serait un progrès important en vue de comparer les caractéristiques des soins continus et leur utilisation dans les provinces et les territoires, mais faciliterait aussi une analyse comparative des fournisseurs par les pairs au regard de la qualité des soins et du rendement financier, une évaluation qui fait tant défaut de nos jours.

## Facteurs structurels

Le milieu de soins continus au Canada comprend des groupes isolés de fournisseurs de soins post-aigus dont les responsabilités sont définies par l'établissement de services de santé plutôt que par l'état du patient. Ce cloisonnement a donné lieu à un système de prestation fragmenté sans véritable continuité entre fournisseurs ou établissements de soins. La fragmentation du système de prestation est due à un manque de coordination entre les services de santé et sociaux, à une inadéquation entre les besoins de soins et de l'intensité des soins, ainsi qu'à de piètres résultats pour les patients. Les conséquences d'un système fragmenté de prestation sont, selon les données probantes provenant d'autres pays, des variations dans l'utilisation et le paiement des soins continus. Ces variations peuvent être attribuables aux différences de style de pratique, à la disponibilité des ressources de soins continus et à une absence de directives cliniques ou de protocoles de traitement objectifs.

La tension entre les bailleurs de fonds des services de santé en silo peut entraîner une hausse des coûts globaux et un accès sous-optimal aux services. Les personnes âgées fragiles sont particulièrement vulnérables dans cette situation puisque les retards dans l'adéquation des services et la détérioration rapide de la santé peuvent conduire à des hospitalisations inutiles en soins aigus ou à des admissions précipitées aux soins de longue durée.

Appliquée au contexte canadien, la recherche sur la fragmentation des soins a des incidences sur le nombre d'hospitalisations de NSA et le flux des patients. Premièrement, bien que les patients de NSA puissent être pris en charge en toute sécurité dans divers établissements de soins continus, leur destination finale n'est pas toujours optimisée étant donné le manque de lignes directrices cliniques objectives sur l'intensité des soins requis après le congé des soins aigus. Deuxièmement, comme de nombreux aspects des soins continus sont sensibles à l'offre, une expansion incontrôlée de la capacité pourrait entraîner une utilisation plus élevée, mais pas toujours efficace des services.

Les responsables de politiques canadiens voient actuellement dans les modèles de soins intégrés des moyens pour améliorer l'adéquation, l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des soins et réduire, par conséquent, le recours aux hospitalisations de NSA. Néanmoins, bien que les données probantes à l'appui des modèles de soins intégrés dans la réduction du recours aux hospitalisations de NSA ne soient pas encore clairement établies, les processus intégrés visant à améliorer la qualité, comme de meilleurs processus de mise en congé des patients pour accélérer le transfert en toute sécurité de ces derniers vers des établissements de soins post-aigus devraient minimiser l'utilisation inappropriée des soins hospitaliers.

## Financement des soins continus

Le financement actuel des soins continus non seulement entretient un système fragmenté, mais peut aussi contribuer par inadvertance à une utilisation accrue d'hospitalisations de NSA. Les hôpitaux n'ont financièrement aucun intérêt à diminuer le recours aux hospitalisations de NSA. Dans le système actuel, les hôpitaux reçoivent les mêmes revenus pour des patients à coût relativement faible (patients NSA) que pour ceux à coûts élevés (patients nécessitant des soins aigus)—l'intérêt croissant pour le financement à l'activité peut changer la donne. Les provinces canadiennes ont peu fait pour créer des incitatifs financiers afin de diminuer le recours aux hospitalisations de NSA. Pour s'attaquer à ce problème, elles essayent plutôt d'améliorer les processus de mise en congé et de réduire la demande pour des soins hospitaliers.

De nombreux autres pays sont dotés d'importants instruments de politique visant à créer des incitations financières en vue d'une prestation efficace des soins. En Australie et aux États-Unis, par exemple, on a mis en œuvre le financement à l'activité comme un mode de rémunération des établissements de soins

infirmiers spécialisés et de réadaptation pour patients hospitalisés, ainsi que des foyers de soins infirmiers et de soins de longue durée, respectivement. La capitation des soins gérés, le partage des économies, les paiements regroupés et la rémunération au rendement sont d'autres exemples de mécanismes de financement qui pourraient améliorer la coordination et la continuité des soins entre les prestataires.

## Questions de procédures : examen des données

Les données et les renseignements sur les soins continus varient notablement d'un secteur et d'une province à l'autre. Dans plusieurs provinces, dont l'Ontario et l'Alberta, on a déployé des efforts considérables pour recueillir au niveau des patients, des renseignements sur des soins continus dispensés dans des établissements, et en appui à ces efforts, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a élaboré des systèmes d'information propres à des services et basés sur des instruments d'évaluation clinique dans des contextes précis.

Le manque de données normalisées et fiables fait qu'il est difficile pour les responsables de politiques de prendre des décisions éclairées afin d'améliorer l'efficacité des services et de prévoir les besoins futurs de la population. Par ailleurs, les ensembles de données en silo devraient promouvoir le partage de l'information entre les différents types de fournisseurs et seraient conformes aux normes de dossiers de santé électroniques à l'échelle du pays.

Or, des possibilités existent. Certaines provinces ont en effet mis en œuvre des systèmes de compte rendu des soins continus dans de multiples contextes et ont adopté des définitions communes pour des notions cliniques, fonctionnelles et démographiques. Cette normalisation donnera lieu à des ensembles de données uniformes et comparables qui permettront aux établissements concernés de mieux adapter la prestation de services aux besoins des patients.

## Résumé

À bien des égards, les hospitalisations de NSA sont une utilisation inefficace des soins hospitaliers considérés si rares. Pour remédier à cette situation, les provinces et les régions emploient diverses stratégies, mais elles font face à des problèmes de mesure et il leur est difficile d'évaluer les stratégies qui sont efficaces pour réduire les cas de NSA tout en fournissant des soins de grande qualité. Par ailleurs, la résolution de la question des cas NSA suppose la mise en cause de certains types de prestataires qui sont à l'aise dans ce cloisonnement des soins.

Au Canada, on n'utilise pas encore des instruments de politique pour créer des incitations visant à réduire les hospitalisations de NSA. Ces instruments doivent rompre le cloisonnement des soins en encourageant la coordination de soins sécuritaires et la promotion d'une prestation efficace des soins dans un milieu approprié. Pour que ces solutions soient efficaces, il faut toutefois disposer de systèmes de données qui fournissent en temps opportun des renseignements pertinents tant aux pourvoyeurs de soins qu'aux responsables de politiques.

À la lumière de cette évaluation, nous recommandons ce qui suit :

- ▼ définir la réduction des cas de NSA comme un objectif hautement prioritaire des systèmes de santé efficaces;
- ▼ harmoniser les mécanismes de financement et les incitatifs avec les objectifs stratégiques de la réduction des hospitalisations de NSA;

- ▼ orienter les stratégies vers la réduction des cas de NSA :
  - 1) en transférant les patients de soins aigus plus tôt vers un établissement approprié;
  - 2) en réduisant la demande future de soins hospitaliers;
- ▼ veiller à ce que les systèmes d'information soient intégrés et suffisamment exhaustifs pour adapter les services aux besoins des patients;
- ▼ établir des lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes et des définitions normalisées;
- ▼ faire valoir l'application des connaissances ainsi que l'apprentissage interrégional.



# 1 INTRODUCTION

Le présent rapport est destiné à synthétiser les données sur les politiques de financement visant à améliorer les soins aux patients entre les établissements aigus et post-aigus. Dans ce rapport, nous désignons les soins reçus dans le cadre de différents établissements par «flux des patients» pour souligner le transfert d'un établissement de soins aigus à un établissement de soins post-aigus. La réussite de la mise en œuvre de ces politiques de financement dépend sans aucun doute de son contexte et de son environnement. Ainsi, ce rapport portera non seulement sur des questions de financement, mais aussi sur des questions de structure et de processus sous-jacentes aux soins continus en général pour en arriver à des recommandations.

L'utilisation inefficace des ressources de soins aigus est considérable. On a estimé qu'au cours de l'exercice financier 2007-2008, on 14 p. 100 des jours d'hospitalisation en soins aigus ont été consommés par les patients en attente de soins post-aigus<sup>1</sup>, les taux les plus élevés étant en Ontario, en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve. Ces chiffres, qui sont mesurés au fil du temps et qui représentent environ 7,500 lits de soins aigus utilisés chaque jour de façon inappropriée au Canada<sup>2, 3</sup>, sous-estiment probablement la situation réelle<sup>1</sup>.

Il est largement reconnu que certains patients séjournent dans les hôpitaux de soins aigus, parce que la capacité de soins post-aigus est insuffisante pour leur fournir des soins qui répondent à leurs besoins cliniques et sociaux, ainsi qu'à leurs préférences et à celles des fournisseurs de soins. Il est important de prendre en considération cette nécessité d'appariement, car même si le système des soins continus dans son ensemble peut avoir une capacité excédentaire, elle n'est peut-être appropriée compte tenu des conditions du patient. Par exemple, bien que des lits de soins de longue durée soient disponibles, ils peuvent ne pas convenir à un patient souffrant de démence sévère avec des problèmes de comportement, ou à un patient après une chirurgie de remplacement articulaire nécessitant le minimum de soins infirmiers, mais des services de réadaptation intensifs.

Le contenu du présent rapport est également pertinent étant donné que plusieurs provinces canadiennes sont en train d'annoncer et de mettre en œuvre des initiatives de financement basé sur les activités (FBA) pour les hôpitaux de soins aigus<sup>4</sup>. Ces initiatives visent à créer des incitations financières pour augmenter le volume, ou la capacité, des soins hospitaliers. Basé sur l'expérience internationale, le FBA est associé à une diminution des temps d'attente et à une augmentation des hospitalisations<sup>5, 6</sup>. Aussi les provinces se lancent-elles dans ces initiatives en s'attendant à des résultats semblables. Cependant, l'efficacité de ces initiatives peut être réduite par l'incapacité des hôpitaux à transférer les patients vers des établissements de soins post-aigus en temps opportun.

Ainsi, de nouveaux instruments de politique visant à accroître le volume de soins aigus, comme le FBA, soulèvent des questions essentielles. Vers quel milieu devrait-on transférer les patients excédentaires? Ces nouvelles incitations politiques exacerberont-elles cette utilisation préexistante et inefficace des soins hospitaliers? Pour répondre de manière satisfaisante à ces questions, le présent rapport examine les fondements probants des initiatives qui ont abordé effectivement la question du flux des patients, et met ces initiatives dans le contexte des établissements de santé canadiens.

## 2 SOINS CONTINUS AU CANADA

### 2.1 L'amorce : l'utilisation des soins aigus

Au cours d'une seule année, l'utilisation des lits de soins aigus par les patients en attente de NSA dépasse 2,4 millions de jours. Du point de vue clinique, ces patients ne nécessitent plus l'intensité ou la spécialisation des soins médicaux fournis par les hôpitaux de soins aigus et peuvent être transférés en toute sécurité vers un prestataire de soins post-aigus ou vers la collectivité (avec le soutien à domicile, le soutien communautaire ou familial).

Cette question n'est pas nouvelle pour les hôpitaux canadiens<sup>4, 5, 7</sup> ou pour d'autres pays. Dans les années 1990, environ 15 p. 100 des lits de soins aigus, en Suède, ont été aussi occupés par des patients de NSA<sup>8</sup>. En Norvège, à la fin des années 1990, alors que les délais moyens d'attente pour l'admission dans des foyers de soins infirmiers étaient de 7 à 18 semaines dans le cas des patients de soins aigus et des patients gériatriques avec des conditions de santé comportementale, ils étaient de 9,5 mois pour ceux qui vivaient à la maison<sup>9</sup>.

Comme ce patient-type est associé à une consommation relativement faible des ressources hospitalières et consistant essentiellement en l'hébergement et des soins minimes<sup>7</sup> et que les coûts fixes inhérents à l'exploitation des lits aux soins hospitaliers aigus sont très élevés, ce type de soins est généralement considéré comme une utilisation inefficace de coûteuses ressources hospitalières—des ressources qui pourraient être utilisées pour des personnes ayant besoin de soins aigus. Les changements apportés aux stratégies relatives au congé des patients doivent tenir compte du fait que des congés prématurés des soins aigus peuvent exercer une pression considérable sur les modèles de dotation et allonger la durée des séjours en soins post-aigus.

Le profil clinique et démographique des patients de NSA est varié. Leur hospitalisation est souvent associée à des traumatismes, à des soins d'AVC et à la démence et peut exiger un équipement spécialisé comme un ventilateur. En général, leur durée d'hospitalisation aiguë est de 10 jours—une durée beaucoup plus longue que la moyenne—ce qui laisse entendre qu'ils ont besoin de soins complexes et qu'il s'agit souvent des personnes les plus âgées dans la population—au-delà de 80 ans<sup>4</sup>.

Les cas de NSA ont des répercussions directes sur l'occupation des lits qui, à son tour, influe sur la gestion des effectifs ainsi que sur la qualité des soins. Des taux d'occupation élevés ont des conséquences imprévues sur la dotation. Lorsqu'ils sont très élevés (au-dessus de 90 p. 100), l'absentéisme du travail et la rotation augmentent<sup>10</sup>, ce qui contribue à une diminution de la qualité des soins<sup>11</sup>. Les hospitalisations de NSA ainsi qu'une occupation très élevée des lits engendrent des répercussions en cascade sur tout le système de santé : un moindre nombre de lits de soins aigus disponibles réduit le nombre d'admissions à l'hôpital, ce qui entraîne des retards dans les salles d'urgence, limite les transferts entre établissements et met fin aux interventions chirurgicales non urgentes—sapant ainsi les efforts pour améliorer la rapidité d'accès<sup>12</sup>. Ces retards sont fréquemment rapportés dans les médias<sup>13-15</sup> et ont donné lieu à des demandes d'extension des services post-aigus<sup>16</sup>.

L'expansion de la capacité de soins post-aigus est-elle la solution à ce problème? Certaines provinces qui évaluent les soins de longue durée—un type de soins post-aigus—n'y croient pas. L'Alberta, par exemple, a « plafonné » le nombre de lits de soins de longue durée<sup>17</sup> et apporte des changements aux politiques de rémunération pour créer des incitations visant à améliorer l'efficacité des soins et le retrait des patients des établissements à haute intensité<sup>18</sup>. D'autres provinces ont adopté une approche à plusieurs volets en augmentant le nombre de lits de transition tout en essayant de réduire la demande future de soins hospitaliers.

## 2.2 Où vont les patients des soins aigus?

Les hôpitaux de soins aigus dont les dépenses dépasseraient, selon les prévisions, 55 milliards de dollars en 2011, représentent la principale composante des dépenses de santé au Canada<sup>19</sup> et servent de référence pour des discussions sur le flux des patients vers des établissements de soins post-aigus. Pour la plupart des patients, les hospitalisations en soins aigus sont de nature très temporaire et sont le plus souvent le résultat d'une crise de santé, telle qu'une maladie ou une blessure grave. Ils auraient donc besoin de traitement continu ou de soins post-opératoires et, par conséquent, de services cliniques complexes nécessitant un équipement sophistiqué, ainsi un personnel et des appareils spécialisés.

Les patients sont transférés des hôpitaux de soins aigus vers différents milieux de santé en fonction de leurs besoins cliniques, de leurs préférences et celles des prestataires de soins ainsi que de la disponibilité des ressources nécessaires pour leur prise en charge. Le plan de leur mise en congé prend en compte la complexité des relations personnelles et institutionnelles, les besoins médicaux et de réadaptation ainsi que les soutiens psychosociaux<sup>20</sup>. Les soins post-aigus varient, allant des soins intensifs dispensés en établissement 24 heures sur 24 à des services de soins à domicile. Ces milieux sont décrits de façon plus détaillée à l'annexe 1. Par ailleurs, il convient de noter que l'appariement des patients avec des établissements qui tiennent compte des besoins, des préférences et des ressources peut être une tâche délicate et, en conséquence, retarder le congé de l'hôpital.

Selon les données disponibles au Canada, environ deux tiers des patients en attente de NSA—une proportion plus élevée en Ontario<sup>6</sup>—sont en attente d'un transfert vers un autre établissement de santé<sup>4</sup>. En attente de congé, 11 p. 100 des patients NSA meurent à l'hôpital<sup>5</sup>. Parmi ceux qui sont encore vivants à leur congé, 44 p. 100 sont en attente pour des soins de longue durée, 28 p. 100 pour des soins à domicile et 13 p. 100 pour des services de réadaptation<sup>5</sup>. Comme les lieux de transfert au moment du congé ne sont pas forcément les destinations initialement prévues lors de la désignation NSA, ces chiffres représentent les changements dans l'état de santé des patients pendant la période d'attente de NSA.

Bien que le présent rapport porte sur le flux des patients d'un établissement de soins aigus à un établissement de soins post-aigus, les cas de NSA ne sont pas uniquement dans les établissements de soins aigus. Des patients qui occupent des lits de soins post-aigus sont aussi en attente de placement. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) rapporte que dans la région du Grand Toronto, 4 p. 100 des lits de réadaptation et 15 p. 100 des lits de soins continus complexes sont occupés par des patients en attente de transfert vers un établissement approprié<sup>5</sup>.

L'attente n'est pas sans risques. Des hospitalisations prolongées augmentent l'exposition à un environnement délétère où plus de 70 000 événements indésirables évitables surviennent chaque année<sup>21</sup> et entraînent des coûts économiques et sociaux considérables<sup>22, 23</sup>.

## 2.3 Dimensions des soins continus

Les termes «soins continus» sont généralement utilisés pour décrire un système de services de santé qui fournit des services de santé, des services sociaux et d'autres services de soutien aux aînés inaptes et aux personnes handicapées. Ils sont le plus souvent fournis dans des établissements de soins de longue durée, des milieux de soutien ou à domicile (bien qu'il y ait plusieurs autres formes). Les soins à domicile constituent habituellement le premier contact avec les soins continus. Ces derniers peuvent être fournis de façon intermittente ou sur une période prolongée, selon les besoins du patient et son niveau (ou risque) de déficience<sup>24</sup> et consister en un mélange de services publics et privés.

Il est difficile d'apporter une description et une comparaison pancanadiennes de la transition entre les établissements de soins continus ainsi que de leur utilisation en raison des différences de terminologie entre les provinces pour des niveaux d'intensité de soins équivalents. Ces différences dans la nomenclature ne sont pas surprenantes étant donné que l'organisation et la prestation des soins continus ont évolué séparément dans chaque province et territoire, et que la Loi canadienne sur la santé n'en fait pas mention. Par exemple, les soins de longue durée peuvent être décrits comme étant des soins en établissement dans une province et des soins infirmiers à domicile dans une autre, comme c'est respectivement le cas en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, des noms similaires peuvent signifier des services distincts. Ainsi, au Manitoba, les foyers de soins personnels fournissent des soins infirmiers professionnels 24 heures sur 24, tandis qu'en Saskatchewan et à Terre-Neuve, les foyers de soins personnels ne fournissent pas des soins infirmiers professionnels 24 heures sur 24 et ceux qui les fournissent sont appelés des milieux de soutien.

Il est important de définir les termes utilisés dans le présent rapport tout en reconnaissant qu'ils peuvent l'être de façon interchangeable et que les lecteurs devront mettre les définitions dans le contexte de leur province. Ces différences compliquent les comparaisons interprovinciales de tous les aspects des soins continus<sup>24</sup>. Le tableau 1 de l'annexe 1 fournit une description sommaire des termes en usage dans les provinces et les territoires pour montrer les différences de nomenclature entre eux.

Parvenir à un consensus sur la définition de l' « intensité » ou du « niveau » des soins continus serait un progrès important en vue de comparer les caractéristiques des soins continus et leur utilisation dans les provinces et les territoires, et de faciliter une évaluation comparative des fournisseurs par les pairs au regard de la qualité des soins et du rendement financier.

*Soins continus en établissement* : selon les toutes dernières données, les patients de NSA sont le plus souvent transférés vers des établissements de soins continus. En raison de la complexité de leurs besoins, au moins deux tiers des patients sont en attente d'un lit en établissement<sup>4</sup>. Bien que les soins continus en établissement les plus communs soient des soins continus complexes, des soins de longue durée et des services de réadaptation pour patients hospitalisés, ils peuvent aussi comprendre des soins palliatifs en établissement.

*Soins continus communautaires* : environ un tiers des patients de NSA sont en attente de soins continus en milieu communautaire. Ces patients sont le plus souvent transférés vers des milieux de soutien, des services de soutien communautaire ou chez eux (avec ou sans services de soutien).

Pour les définitions complètes des différents types de soins continus en établissement et dans la collectivité, voir l'annexe 1.

### 3 FACTEURS STRUCTURELS ENTRANT EN JEU DANS LE LIEU DE TRANSFERT

Au Canada, on entend par soins continus des soins de diverses intensités prodigués par un éventail d'établissements et de types de prestataires de services. Cet environnement complexe a créé différents créneaux de fournisseurs de soins post-aigus dont les responsabilités sont définies par l'établissement de soins plutôt que par l'état de santé des patients<sup>25</sup>. Ce cloisonnement a donné lieu à un système de prestation fragmenté<sup>26</sup> dans lequel il y a peu de continuité entre les fournisseurs (c.-à-d. une fragmentation horizontale) ou entre les établissements de soins (c.-à-d. une fragmentation verticale). De manière générale, la fragmentation du système de prestation se caractérise par un manque de coordination entre les services de santé et les services sociaux, par une inadéquation entre les besoins de soins et l'intensité des soins<sup>27</sup> et par de piètres résultats pour les patients pauvres<sup>28</sup>. Dans certains cas, la fragmentation des soins est renforcée par l'ajout d'administrateurs régionaux pour appuyer la coordination des soins ainsi que par la diversité des politiques concernant l'accès aux soins continus et leur utilisation<sup>29, 30, 31</sup>. Comme le présent rapport examine les effets des hospitalisations de NSA, l'accent est mis sur la fragmentation verticale.

Le peu de ce que nous savons des conséquences de la fragmentation des soins, nous le devons à d'autres systèmes de santé, comme le programme Medicare aux États-Unis qui a connu d'importantes variations géographiques dans l'utilisation et le paiement des soins continus<sup>32, 33, 34</sup>. Ces différences sont attribuées tant à un style de pratique (qui peut être influencé par des normes culturelles ou des organismes de réglementation locaux) qu'à la disponibilité des ressources de soins continus<sup>32, 33</sup>. Bien qu'il soit difficile de généraliser en raison de l'accès aux ressources et de la concurrence locale aux États-Unis<sup>35, 20</sup>, cette recherche met en évidence le manque de lignes directrices cliniques ou de protocoles de traitement objectifs, de données probantes sur l'intensité des soins requis après le congé et de mesures précises pour évaluer la prestation des soins continus<sup>36</sup>.

D'autres travaux de recherche aux États-Unis ont montré que la tension entre les bailleurs de fonds des services de santé, qui veulent tous réduire les coûts, peut provoquer une hausse des coûts globaux et des résultats sous-optimaux en matière d'accès aux services<sup>37</sup>. Les personnes âgées fragiles sont particulièrement vulnérables dans cette situation puisque les retards dans l'appariement des services et la détérioration rapide de la santé peuvent entraîner des hospitalisations inutiles en soins aigus ou des admissions précoces aux soins de longue durée<sup>24</sup>. Par ailleurs, la fragmentation des soins peut affaiblir la reddition de comptes à l'égard de la qualité et du rendement<sup>38</sup>, notamment des réadmissions inutiles dans des hôpitaux de soins aigus<sup>39</sup> et des résultats médiocres pour certains patients<sup>20</sup>.

Appliquée au contexte canadien, cette recherche a des répercussions sur le recours à l'hospitalisation de NSA et sur le flux des patients. Par exemple, rien n'empêche certains patients hospitalisés en attente d'un établissement de soins continus précis d'avoir accès à d'autres établissements tout aussi appropriés, sauf leur incapacité de payer. Deuxièmement, comme de nombreux aspects des soins continus sont sensibles à l'offre, une expansion incontrôlée de la capacité pourrait entraîner une utilisation plus élevée, mais pas toujours efficace des services.

Il y a peu de lignes directrices cliniques ou de protocoles de traitement objectifs sur l'intensité des soins requis après le congé des soins aigus. En raison du manque de données probantes, il est difficile d'évaluer le moment opportun et le type de soins approprié pour les différentes catégories de patients.

Selon des données probantes, la géographie joue un rôle important dans le recours à l'hospitalisation de NSA au Canada. Si les milieux urbains et ruraux sont considérés séparément, les régions rurales ont tendance à avoir un plus grand nombre d'hospitalisations de NSA<sup>40</sup> et une composition de groupes clients de maladies analogues moindre<sup>41</sup>, ce qui indique que les hôpitaux ruraux jouent un rôle important dans la prestation de soins continus complexes et de soins de longue durée (en raison de la non-disponibilité de ces types de soins). Ces constatations suggèrent que certaines stratégies de réduction des hospitalisations de NSA devraient être adaptées en fonction des régions urbaines ou rurales.

### 3.1 Restructuration des soins

Si l'augmentation de la capacité de soins de longue durée n'est pas la seule réponse, une utilisation plus efficace des soins aigus, peut-on alors réorganiser les ressources existantes pour améliorer le flux des patients? Le concept de modèles intégrés des soins qui a été proposé a bénéficié d'une attention particulière tant au Canada qu'à l'étranger. Les soins intégrés peuvent prendre différentes formes, mais entrent généralement dans la catégorie réelle ou virtuelle<sup>42</sup>. Une intégration réelle implique la fusion des fournisseurs de services de santé dont les services, les technologies de l'information et l'administration sont regroupés sous une seule entité, alors que dans l'intégration virtuelle, les fournisseurs se joignent à des réseaux ou des alliances pour partager des lignes directrices de pratiques communes, des cheminements cliniques et des technologies de l'information.

Une intégration plus étroite, qu'elle soit réelle ou virtuelle, entre les hôpitaux de soins aigus et les fournisseurs de soins de longue durée a été proposée comme un moyen d'améliorer l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des soins<sup>42</sup>, ce qui devrait diminuer les hospitalisations de NSA. Des projets pilotes aux États-Unis<sup>28</sup>, en Australie<sup>43</sup> et au Canada<sup>38</sup> ont démontré que des programmes intégrés qui offrent à la fois des services de santé et des services sociaux par le biais des interventions communautaires et qui fonctionnent presque comme un régime de soins gérés peuvent réduire l'utilisation des hôpitaux et des foyers de soins infirmiers.

Aux États-Unis, le Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) fait actuellement l'objet d'évaluation par les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Visant précisément la prestation (et le financement) des services de santé intégrés et de longue durée aux personnes âgées fragiles, PACE comprend également des soins de jours, des soins à domicile et des services de repas à domicile. Basé sur la formule de paiement par capitation (par personne) de la part des CMS aux fournisseurs<sup>28</sup>, PACE réunit une équipe interdisciplinaire de médecins de soins primaires, des infirmières, des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, des ludothérapeutes ainsi que des aides en santé, et comprend régulièrement des pharmaciens, des nutritionnistes, des psychiatres, et des coordonnateurs du transport. Selon les données probantes, les effets de PACE sont mitigés. Bien que le programme apporte des améliorations dans certains domaines de soins préventifs et de gestion des soins de santé, il n'assure pas nécessairement de meilleurs résultats en santé physique ou mentale, ni une plus grande satisfaction comparativement aux modèles de rémunération à l'acte<sup>44</sup>.

En Australie, on a élaboré le modèle de soins « Patients First » [« Les patients d'abord »] à l'intention des patients âgés ayant besoin de soins complexes. On a constaté que, sur une période de 20 mois, les personnes inscrites au programme ont réduit considérablement leurs visites aux services d'urgence ( 20,8 p. 100), leurs admissions aux soins aigus ( 27,9 p. 100) et leurs durées d'hospitalisation ( 19,2 p. 100) par rapport au groupe de contrôle. Selon les estimations, le projet devrait avoir généré environ un million de dollars d'économie annuelle pour les 231 participants<sup>43</sup>.

La province du Québec a élaboré un programme de recherche multidisciplinaire sur les services intégrés pour personnes âgées (SIPA) fragiles. Une étude récente a comparé le programme SIPA aux soins habituels pour un groupe de patients âgés. Les résultats ont montré que les coûts associés aux services communautaires (par exemple, l'utilisation des soins primaires, des soins à domicile, etc.) étaient plus élevés pour les patients SIPA, soit 12 695 \$ comparativement à 9 301 \$ par patient des soins habituels au cours de la période d'étude de 22 mois. Cependant, les coûts associés aux services en milieu hospitalier ont été plus faibles pour les patients SIPA, à savoir 23 544 \$ comparativement à 27 314 \$ dans le cas des soins habituels<sup>38</sup>. Le groupe SIPA a également connu une réduction de 50 p. 100 du recours à l'hospitalisation de NSA comparativement au groupe des soins habituels<sup>38</sup>.

Récemment, on a porté une attention particulière à plusieurs systèmes de santé « hautement performants » aux États-Unis<sup>45, 46</sup>. Les systèmes de santé Veterans Health Administration, Kaiser Permanente et Geisinger, entre autres, sont tous des exemples de systèmes intégrés qui combinent les hôpitaux et les médecins de différentes spécialités pour offrir des soins dans l'ensemble du continuum. Contrairement aux modèles fragmentés de prestation de services de santé qui sont souvent financés par des budgets globaux ou suivant la formule de rémunération à l'acte, on applique le mode de paiement basé les inscriptions à ces systèmes de santé intégrés, au sein desquels les fournisseurs sont rémunérés selon une combinaison de salaire et de rémunération au rendement. Pour les fournisseurs, la rémunération au rendement crée des incitations financières à fournir des services de santé à moindre coût et à réduire des soins inutiles<sup>47</sup>.

Des analyses rigoureuses de ces systèmes intégrés semblent indiquer que les incitations ne se font pas au détriment de la qualité<sup>48</sup>; aussi, ces systèmes s'avèrent-ils fonctionner de façon plus efficace que les systèmes fragmentés<sup>47</sup>.

Ces systèmes de santé intégrés sont comparables à la régionalisation de la prestation des soins au Canada, qui est caractérisé par le modèle de prestation des services de santé intégré verticalement, des soins primaires aux soins hospitaliers aigus et aux soins palliatifs<sup>49</sup>. Contrairement aux établissements canadiens, ces systèmes ont investi dans l'infrastructure de la technologie et les plates-formes de collecte de données<sup>49</sup> qui leur permettent de partager des renseignements dans différents contextes et qui fournissent aux médecins des renseignements sur les patients aux points de soins, ainsi qu'aux fournisseurs de soins continus de l'information sur les épisodes de soins aigus, ce qui réduit les erreurs et garde les patients hors des hôpitaux.

Des systèmes de santé plus performants se caractérisent souvent par des modèles de rémunération uniques, y compris l'obligation des fournisseurs de rendre compte des coûts totaux et de la qualité, ainsi que par une infrastructure intégrée d'information sur la santé.catégories de patients.

Les systèmes intégrés ont été reconnus comme souffrant de deux limitations. Le fait qu'ils regroupent les services de santé en un niveau donné de fournisseur aux fins de la gestion médicale limite ainsi le choix des patients. Cette situation prévaut dans des régions à faible population ou lorsque le choix de fournisseurs est restreint, par exemple dans des régions rurales. Deuxièmement, un système intégré de prestation peut fausser les incitations financières. Par exemple, les patients peuvent être transférés vers un fournisseur dont les coûts sont plus faibles plutôt que vers celui qui est le plus approprié<sup>50</sup>.

Il reste encore à voir si ces systèmes intégrés offrent ou non des solutions globales aux hospitalisations de NSA. Il ne semble pas y avoir de recherche liant directement l'intégration verticale de la prestation de services de santé avec une amélioration du flux des patients, ni de données probantes sur la façon de remédier efficacement aux limitations connues. Toutefois, les processus intégrés verticalement qui visent à améliorer la qualité<sup>51</sup>, comme l'amélioration des processus de congé de l'hôpital pour accélérer le transfert sécuritaire des patients vers des soins post-aigus, devraient réduire l'utilisation inappropriée des soins hospitaliers<sup>52</sup>.

Il y a beaucoup à gagner à procéder à une comparaison interprovinciale des facteurs structurels, des processus et de la façon dont les transferts des patients de NSA sont effectués tout au long du continuum des soins, par exemple, en clarifiant quels sont les critères objectifs (régionaux ou provinciaux) et les processus décisionnels utilisés pour déterminer l'admission aux soins à domicile ou aux soins de longue durée.

## 4 FINANCEMENT DES SOINS CONTINUS

Les politiques de financement peuvent jouer un rôle extrêmement important dans la transformation de la prestation des services de santé<sup>4</sup> en créant des incitations pour les fournisseurs à œuvrer de manière souhaitable. Toutefois, une mise en place inadéquate des politiques de financement, comme la fixation erronée du prix des soins peut entraîner des conséquences imprévues et une sur ou sous-prestation des soins<sup>53, 54, 34</sup>. La création d'incitations pour un fournisseur aura des incidences d'autres fournisseurs. Par conséquent, une politique de financement des soins continus ne peut pas être examinée isolément.

Le financement basé sur les activités (FBA) et la rémunération au rendement sont deux politiques de financement couramment adoptées. Le FBA peut être considéré comme un modèle de paiement à l'acte pour les hôpitaux où chaque hospitalisation est remboursée selon un montant prédéterminé et en fonction des caractéristiques des patients ou des activités. Quant à la rémunération au rendement, elle est considérée comme un paiement incitatif (rendement) pour les fournisseurs des services de santé qui atteignent certains points de référence. Des mesures sont prises pour harmoniser les processus et les résultats considérés comme étant des indicateurs de la grande qualité des soins.

### 4.1 Examen du financement des soins aigus

Le budget global reste le mode prédominant de financement des soins aigus au Canada en raison de ses attributs positifs : il permet efficacement de contenir la croissance des coûts et d'assurer la prévisibilité budgétaire aux bailleurs de fonds et aux hôpitaux (les fournisseurs). Cependant, les budgets globaux historiques pour les hôpitaux ne tiennent souvent pas compte des changements dans le volume ou dans la complexité des patients. Les bailleurs de fonds peuvent ainsi faire l'objet de plaintes d'iniquité et de sous-financement de la part des hôpitaux. Par ailleurs, les hôpitaux répondent aux tensions sur les coûts en réduisant les services, ce qui allonge les listes d'attente.

La structure incitative du financement par budget global influe sur le comportement des hôpitaux ainsi que sur la prévalence des patients de NSA. Plus précisément, les budgets globaux ne fournissent aucune incitation financière pour les hôpitaux à donner congé plus aux patients de NSA à moindre coût et à les remplacer par des patients dont les besoins de soins aigus et les coûts sont plus élevés.



Dans le cadre des budgets globaux, les hôpitaux n'ont aucune incitation financière à donner congé aux patients de NSA et à les remplacer par ceux dont les besoins de soins aigus et les coûts sont plus élevés.

Quant aux soins aigus, le FBA est devenu la norme internationale<sup>6,5</sup>. Élaboré tout d'abord dans les années 1980<sup>55, 56</sup>, le FBA est une méthode permettant d'attribuer un montant à l'hospitalisation de chaque patient. Le FBA est une approche en deux étapes. On utilise, en premier lieu, les renseignements cliniques et démographiques pour assigner chaque patient à un groupe dans lequel tous les membres sont cliniquement semblables. Dans un deuxième temps, on associe à chaque groupe à un montant de financement préétabli. En conséquence, l'hôpital est financé avec les montants associés à tous les patients (les groupes sont conçus de sorte que les patients dans le même groupe ont en général les mêmes coûts)—c'est essentiellement la formule de financement à l'acte pour les hôpitaux. Ces méthodes sont communément appelées les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG). Des variantes des DRG ont été mises en œuvre dans de nombreux pays à l'échelle mondiale<sup>57,58</sup>, dont le Canada où le système est connu sous le nom GMA+ ou «groupes de maladies analogues + ». Bien que les GMA+ ne soient pas utilisés de manière significative pour financer les hôpitaux, ces derniers s'en servent pour comprendre les variations dans l'efficacité.

En finançant chaque hospitalisation selon un montant prédéterminé, le FBA peut fournir des incitations puissantes pour les hôpitaux à améliorer l'efficacité technique, en réduisant la durée des séjours et en diminuant les coûts des épisodes. Compte tenu de la capacité des hôpitaux à retenir les surplus avec le FBA, ce système est réputé pour attirer l'attention des hôpitaux sur le processus de production et celle des bailleurs de fonds sur le volume, la qualité et le coût des soins hospitaliers<sup>59</sup>. Au niveau international, bien que les raisons de l'adoption du FBA pour financer les hôpitaux soient variées, elles comprennent la réduction des listes d'attente, la stimulation de la productivité, l'augmentation de la transparence dans le financement et la vitesse d'évolution vers la chirurgie ambulatoire<sup>4, 6, 60</sup>.

Bien que les programmes de FBA soient élaborés pour les soins hospitaliers au Canada, ils ne comprennent pas, dans leur forme actuelle, d'incitations financières pour les hôpitaux à s'assurer que les patients reçoivent des soins adéquats, sécuritaires et de grande qualité. En fait, il peut y avoir des incitations perverses pour l'hôpital, comme des transferts bâclés vers des soins continus ou communautaires pour générer un nouvel épisode de soins (et un paiement). Les données probantes concernant les effets du FBA des hôpitaux sur les soins continus en établissement ou en milieu communautaires sont très incomplètes, ce qui représente un écart de connaissances considérables dans la recherche sur les services de santé.

De nouvelles politiques relatives au FBA pour les soins aigus créent des incitations pour réduire les durées de séjour et augmenter le volume des soins hospitaliers, mais on ne sait trop si ces politiques visant les hôpitaux façonneront les besoins et les demandes de soins continus.

## 4.2 Financement des soins continus

Alors que les instruments politiques qui créent des incitations financières pour fournir efficacement des soins aigus sont bien développés dans de nombreux pays, ils sont encore à l'état naissant au Canada. Il en va de même pour les soins continus. À l'échelle internationale, on a déployé des efforts plus soutenus pour réformer les politiques de financement, alors que les provinces canadiennes ont peu fait pour créer des incitations financières afin d'améliorer la prestation de soins continus efficaces. L'Australie et les États-Unis, par exemple, ont adopté le FBA pour financer des établissements de soins infirmiers spécialisés et de soins de réadaptation pour patients hospitalisés ainsi que des foyers de soins infirmiers et de soins de longue durée, respectivement<sup>61, 62</sup>. Ces politiques de financement des soins continus en milieu hospitalier sont mises en œuvre séparément des programmes de FBA propres aux hôpitaux des soins aigus, qui financent seulement des soins continus dans leur créneau respectif.

Les systèmes de financement basé sur les activités ont été mis en œuvre pour certains secteurs de soins continus en milieu hospitalier. Ils sont largement utilisés aux États-Unis comme un moyen de créer des incitations pour les fournisseurs à modifier leurs comportements et fournir des soins rentables.

Le plus grand changement apporté au mode de financement des soins hospitaliers et des soins continus communautaires tout système de santé dans le monde a été entrepris aux États-Unis dans le cadre de la Balanced Budget Act [loi sur l'équilibre budgétaire] de 1997 et de la Balanced Budget Refinement Act [loi sur le raffinement de l'équilibre budgétaire] de 1999. De 1993 jusqu'à l'entrée de la Balanced Budget Act en 1997, les dépenses de Medicare pour les soins post-aigus ont augmenté de 96 p. 100, passant de 18,2 milliards \$ à 35,7 milliards<sup>67</sup>. Les réformes des mécanismes de financement, introduites par les lois, visaient à créer des incitations à changer le comportement des prestataires afin de promouvoir une utilisation plus efficace et efficiente des services de soins continus. En parallèle, ces lois ont passé progressivement d'un modèle de rémunération à l'acte à un modèle de paiement prospectif sur une période de plusieurs années : les établissements de soins infirmiers spécialisés (1998), les agences de soin à domicile (2000), les services de réadaptation pour patients hospitalisés (2002) et les hôpitaux de soins de longue durée (2002)<sup>20, 32</sup>. Les coûts des soins post-aigus ont augmenté à 42,1 milliards de dollars en 2005, soit une augmentation de 18 p. 100 par rapport à 1997<sup>64, 63</sup>.

Bien que le contrôle de la croissance des coûts semble avoir peu d'effet sur les résultats cliniques<sup>65, 20</sup>, on a peut-être manqué l'objectif de réduction de l'utilisation inappropriée des soins continus. Selon les données probantes, au lieu de réduire l'utilisation des soins continus, on a simplement transféré les patients d'un établissement à un autre—des soins à domicile vers des soins de longue durée, des soins infirmiers spécialisés et des services de réadaptation pour patients hospitalisés<sup>66</sup>. Cette substitution, sans conséquence sur la qualité, souligne un point mentionné précédemment, à savoir qu'il n'y a pas de lignes directrices fondées sur des données probantes pour ce qui est de l'utilisation et de la prestation adéquates des soins continus<sup>66, 67</sup>.

Le FBA des soins continus en milieu hospitalier ne règle pas la question de prestation de soins appropriés. L'absence de lignes directrices fondées sur des données probantes entravera la surveillance de l'efficacité et de l'efficacité des soins continus.

Malgré ces limitations, plusieurs pays ont appliqué des programmes de FBA aux soins continus, convaincus que le FBA contribue à réduire la croissance des coûts en améliorant l'efficacité technique. Les données probantes sur l'efficacité de ces programmes font l'objet d'un examen ci-dessous.

Réadaptation pour patients hospitalisés : dans le système Medicare des États-Unis, la réadaptation pour patients hospitalisés est financée selon la formule de paiement basé sur les épisodes, appelée «groupes composant la clientèle » (GCC, à ne pas confondre avec le système de classification des soins aigus de l'ICIS). D'après les GCC, les montants de financement sont fondés sur les déficiences cognitives et physiques des patients, telles que déterminées par la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) au moment de l'admission<sup>68</sup>. Les modes de financement basé sur les épisodes appliqués aux services de réadaptation pour patients hospitalisés ont également été élaborés en Australie<sup>61</sup>.

En vertu des budgets globaux, les hôpitaux n'ont aucun incitatif financier à donner congé aux patients de NSA et à les remplacer par des patients dont les besoins de soins aigus et les coûts sont plus élevés.

L'augmentation du nombre d'épisodes, le contrôle des coûts des épisodes et la réduction des séjours sont les trois principales raisons de la mise en place du FBA dans des établissements de réadaptation pour patients hospitalisés. Selon les données probantes provenant du système Medicare des États-Unis, la mise en place du FBA va de pair avec 1) une réduction des coûts des épisodes de réhabilitation pour patients hospitalisés et des durées de séjour<sup>69, 70</sup> et 2) des effets mitigés sur l'accès à la réadaptation intensive<sup>71, 70</sup>, des effets amortis par la rentabilité relative des types de patients<sup>71, 64</sup>. La réduction des coûts et des durées de séjour n'est d'ailleurs pas associée à une augmentation de la mortalité<sup>72</sup>. Quant aux effets sur l'accès aux soins, les données probantes indiquent qu'ils varient suivant les conditions cliniques et des données probantes et que les patients de faible niveau fonctionnel reçoivent leur congé plus tôt<sup>73</sup>. D'autre part, selon certaines données probantes, la qualité des soins de réadaptation est soumise à des forces de la concurrence du marché<sup>20</sup>, même s'il est difficile pour les patients et leur famille d'évaluer la qualité des fournisseurs de services de réadaptation<sup>74</sup>.

La capacité de généraliser à partir des données probantes mentionnées ci-dessus est limitée par le fait que les services de réadaptation obtenus après le congé de la réadaptation pour patients hospitalisés (comme les services de réadaptation ambulatoires ou à domicile). Ainsi, il est difficile de se prononcer définitivement sur les effets du FBA des soins de réadaptation pour patients hospitalisés sur la réduction des coûts ainsi que sur la qualité.

Bien que les résultats de l'évaluation de la qualité ne soient pas concluants, on peut associer la mise en œuvre du FBA pour les épisodes de réadaptation pour patients hospitalisés à la réduction des durées de séjour.

Est-ce que l'on peut appliquer les mêmes politiques de FBA aux soins de réadaptation pour patients hospitalisés au Canada? Actuellement, les efforts de collecte de données ne sont pas en place, à l'exception de l'Ontario. Dans cette province, les hôpitaux recueillent de façon exhaustive des données sur les activités de réadaptation en milieu hospitalier et les soumettent à l'ICIS. Sans ces données, il est impossible de mettre en œuvre du FBA.

L'Ontario, qui maintient un système d'information sur la composition de la clientèle des soins de réadaptation en milieu hospitalier, verse progressivement ces renseignements dans son Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) et les utilise pour l'analyse comparative avec les pairs.

*Soins de longue durée* : du point de vue du bailleur de fonds, le financement des soins de longue durée se divise en deux composantes, à savoir les services de santé et les services d'hébergement. La composante de services de santé de soins de longue durée est surtout financée par des fonds publics (même si d'autres mécanismes d'assurance sont en usage comme les régimes d'indemnisation des accidentés du travail et d'assurance privée), et peut comprendre un montant par jour (une allocation quotidienne) ou des méthodes mixtes (une combinaison de budget global et d'allocation quotidienne). Quant aux services d'hébergement, ils sont payés par les résidents (une quote-part), bien qu'en pratique, les provinces aient tendance à appliquer un processus d'examen des ressources pour ajuster le montant des quote-parts<sup>75</sup>.

Aux États-Unis, le FBA pour les soins de longue durée est fondé sur l'instrument d'évaluation clinique Minimum Dataset [base de données minimale] (MDS 2.0). Contrairement aux systèmes de groupement des maladies analogues fondés sur les épisodes, tels que les DRG, le FBA pour des soins de longue durée consiste en des allocations quotidiennes. Le système de groupement des maladies analogues aux États-Unis est connu comme étant un système de groupes d'utilisation des ressources (RUG—«resource utilization groups») et fait la distinction entre les services de réadaptation et l'état pathologique<sup>62</sup>. Il existe une littérature assez abondante sur la validité et la fiabilité du MDS 2.0 ainsi que sur les caractéristiques des RUG<sup>76, 77, 78</sup>. Connus comme des indices de composition de la clientèle (ICC), ces montants de financement relatifs correspondent aux coûts journaliers des patients en soins de longue durée et sont fondés sur l'intensité du temps du personnel des différents types de prestataires, tels que les soins infirmiers et les thérapies<sup>62, 79</sup>. Une étude en cours du Canada reproduit les mesures de Medicare<sup>80</sup>. Le financement des soins de longue durée sur une base d'allocations quotidiennes ne comporte aucune incitation à transférer les patients vers des établissements plus appropriés et moins coûteux. Les fournisseurs cherchent plutôt à réduire leurs coûts au-dessous du montant des allocations quotidiennes.

L'adoption de paiements prospectifs pour soins de longue durée aux États-Unis est liée négativement à la rentabilité, mais les résultats sont mitigés pour ce qui est de la qualité des soins<sup>81, 82, 83</sup>. Dans les établissements de soins de longue durée à but lucratif, les changements apportés au financement basé sur la composition de la clientèle ont été associés à une diminution des niveaux de dotation en personnel infirmier<sup>84</sup>, ce qui est préoccupant compte tenu de la corrélation positive entre les niveaux de dotation et la qualité des soins<sup>85, 86</sup>. Quant aux établissements publics de soins de longue durée, il y a des conclusions contradictoires sur la directivité de la relation entre le financement et la qualité des soins de longue

durée<sup>87, 88, 84</sup>. Le FBA des soins de longue durée a été associé à une réduction des services de réadaptation et les répercussions sont plus considérables dans les établissements privés<sup>90</sup>. Cependant, les conclusions sur les changements dans l'accès aux soins de longue durée pour certains types de patients sont mitigées<sup>83, 64</sup>.

La mise en œuvre du FBA pour les soins de longue durée est également liée à une augmentation des coûts administratifs des soins infirmiers d'environ 4 p. 100, une augmentation qui n'est pas attribuable à une réallocation des ressources infirmières des soins cliniques à des tâches administratives<sup>91</sup>. En outre, il existe des données probantes qui suggèrent qu'une concurrence plus intense entre les établissements se traduit par une meilleure qualité<sup>92, 93, 94</sup>.

Au Canada, plusieurs provinces recueillent des données sur les soins de longue durée et les soumettent à l'ICIS. Pour ce qui est des patients des soins de longue durée, les RUG et les coûts journaliers connexes sont assignés par l'ICIS. Lors de la rédaction du présent rapport, l'Alberta et l'Ontario utilisent (en partie) le FBA pour financer les soins de longue durée. En Alberta, la mise en œuvre du FBA pour des soins de longue durée s'étend sur une période de six ans, en commençant par les établissements publics avec la participation des établissements privés à une date ultérieure<sup>18</sup>. En Ontario, une mise en œuvre pluriannuelle est en cours<sup>95</sup>.

Alors que le FBA pour les soins de longue durée se poursuit en Ontario et en Alberta, les conclusions relatives aux répercussions de la politique sur l'efficacité et la qualité sont mitigées ailleurs. Il n'y a actuellement aucune incitation à lier le financement des soins de longue durée avec la célérité de la mise en congé des patients de NSA des soins aigus.

Le mode de rémunération au rendement est une autre politique de financement qui est minutieusement examinée aux États-Unis. La rémunération au rendement ajuste les montants de financement des soins de longue durée en récompensant les établissements qui atteignent les objectifs cliniques fixés. Par exemple, une proposition de financement des soins de longue durée dans le Minnesota approuve les ajustements apportés aux montants de financement fondé sur la dotation et les mesures de qualité<sup>96</sup>. Toutefois, un examen récent des initiatives de rémunération au rendement dans des établissements de soins de longue durée a conclu que les résultats sont mitigés<sup>97</sup>.

En utilisant un cadre de rémunération au rendement où des données complètes existent, on peut créer des incitations pour les fournisseurs de soins de longue durée afin qu'ils accélèrent la mise en congé des patients de NSA des soins aigus.

Actuellement, il n'existe aucune donnée probante sur l'efficacité des incitations au transfert rapide des patients de NSA vers d'autres établissements (le FBA peut modifier cette structure incitative). Malgré le manque de données probantes, on peut toujours créer des incitations pour le congé rapide des soins aigus en se basant sur le cadre de rémunération au rendement qui met à contribution des fournisseurs de soins continus.

Soins à domicile : Aux États-Unis, la mise en œuvre du système de paiements prospectifs de Medicare pour les soins à domicile a offert des incitations financières à réduire le nombre de visites et à effectuer une sélection des risques pour éviter des patients à coût potentiellement élevé. Le modèle de financement est basé sur un épisode de 60 jours de soins à domicile qui consistent en des soins de rétablissement et la thérapie. Dans ce système de financement des soins à domicile, les niveaux de financement sont ajustés en fonction des caractéristiques cliniques recueillies à l'aide de l'outil Outcome and Assessment Information Set ou OASIS [information sur les résultats et l'évaluation]. OASIS recueille des données sur

le suivi des résultats, l'évaluation clinique et la planification des soins pour chaque patient. Lors de la mise en place de ce système de financement aux États-Unis, plusieurs prestataires de santé à domicile ont connu de sérieuses difficultés financières<sup>98</sup> et le volume de visites pour soins à domicile a diminué (effet souhaité)<sup>99, 100, 101</sup>, alors que les effets sur la qualité des soins étaient mitigés<sup>101, 99</sup>.

Traditionnellement, les clients des soins à domicile au Canada reçoivent leurs services d'un organisme approuvé par le gouvernement qui est engagé par contrat de fournir le niveau de service approprié (par exemple, une combinaison de services de santé et de soutien à domicile). Ce niveau est généralement déterminé par un agent nommé par le gouvernement, comme un travailleur social ou un professionnel de la santé désigné, qui est chargé d'évaluer continuellement l'état clinique du patient et ses besoins.

Certaines provinces, comme l'Alberta, s'orientent vers un modèle de rémunération axé sur le Resident Assessment Instrument for Home Care—RAI-HC [Instrument d'évaluation des résidents – services à domicile]. Pour ce qui est des soins à domicile, l'ICIS a choisi de ne pas adopter la base de données de Medicare pour collecter des renseignements sur les clients des soins à domicile à l'échelle pancanadienne, mais d'utiliser un modèle qui est en accord avec des bases de données sur les soins de longue durée et les soins continus complexes<sup>102</sup>. Les données du RAI-HC sont utilisées pour classer les clients dans l'une des 23 catégories distinctes d'utilisation/intensité des services, soit des Resource Utilization Groups III/Home Care ou RUG-III/HC [groupes d'utilisation des ressources—soins à domicile]<sup>103, 104</sup>. Les données générées par le RAI-HC peuvent également être intégrées dans un système de surveillance de la qualité clinique connue comme étant des indicateurs de qualité des soins à domicile (Home Care Quality Indicator ou HCQI)<sup>105</sup>. L'Ontario et la Colombie-Britannique sont en train d'évaluer les variantes des modèles de rémunération basée sur la composition de la clientèle pour les soins à domicile.

Le FBA pour les soins à domicile est très répandu aux États-Unis, même si les conclusions relatives à ses effets sur l'efficacité et la qualité sont mitigées. Bien qu'elles en soient aux toutes premières étapes, plusieurs provinces examinent les options pour le financement des soins à domicile en fonction des besoins et des caractéristiques des clients à l'aide du RAI-HC.

Une région de la Colombie-Britannique a commencé à mettre à l'essai une forme de rémunération au rendement pour les soins à domicile dans le cadre du programme Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support ou modèle ARQ [modèle de responsabilité, réceptivité et qualité des services de soutien à domicile]<sup>106</sup>. Le modèle ARQ se concentre sur le regroupement des clients dans des établissements de soutien à forte densité ou dans des collectivités, et établit les exigences en matière de rapports à l'intention des prestataires de soins à domicile financés par le secteur privé. Le modèle comprend des incitations financières basées sur le rendement pour l'atteinte des objectifs. Selon son évaluation, le modèle permet d'atteindre une plus grande efficacité (c.-à-d. un plus grand nombre de clients dans les foyers regroupés), une meilleure compétence du système (c.-à-d. une meilleure adéquation entre les besoins des clients et les capacités des fournisseurs de soins), ainsi que des niveaux de satisfaction des patients plus élevés que selon les objectifs initiaux du modèle ARQ<sup>106</sup>. Bien qu'il n'y ait aucun lien direct entre le modèle ARQ et la réduction des hospitalisations de NSA : les politiques de rémunération au rendement peuvent améliorer l'efficacité de la prestation de soins à domicile.

Le mode de rémunération au rendement pour les soins à domicile a été adopté de façon très restreinte en Colombie-Britannique. Les incitations du programme visent l'efficacité technique de la prestation des soins à domicile, mais la généralisation de son succès est inconnue.

### 4.3 Mécanismes de financement et fragmentation des soins

Aucune province ou région n'offre d'incitatifs financiers aux hôpitaux pour réduire les cas de NSA. Les mécanismes de financement actuels ne contribuent guère à encourager la coordination des soins entre les fournisseurs ou à garantir que les patients reçoivent des soins continus en temps opportun. Si les responsables de politiques décident d'aller dans cette voie, ils doivent savoir qu'en changeant les incitations financières dans un établissement, ils provoquent le transfert des patients entre des établissements<sup>65</sup> ou entre prestataires<sup>107</sup>, bien que des travaux contradictoires au Royaume-Uni montrent que le prix ne joue qu'un rôle accessoire dans la détermination de la prestation des services de santé<sup>108</sup>. Par ailleurs, il y a peu de données probantes pour guider les responsables de politiques quant à la façon de répartir les ressources de services de santé existantes entre les soins aigus et les soins continus (efficacité allocative). Il s'agit là d'un sujet qui nécessite des recherches empiriques plus approfondies.

*Capitation des soins gérés* : selon la capitation des soins gérés, les fournisseurs reçoivent un paiement unique pour chaque participant pour couvrir tous les coûts de services de santé. L'intérêt de ce type de fournisseur de soins intégrés, appelés organisation de soins gérés ou Health Maintenance Organizations— HMO [organisation pour le maintien de la santé] aux États-Unis, réside dans la volonté de réduire l'utilisation et les coûts<sup>109</sup>. En vertu de ce modèle, les fournisseurs sont en général intégrés (réellement ou virtuellement) afin de mieux gérer la prestation des soins. Au moment de son adoption dans les années 1980, ce modèle reposait sur l'idée qu'en créant une incitation au profit, les organisations de soins gérés pourraient négocier des prix compétitifs avec d'autres fournisseurs, contrôler le gaspillage et limiter des soins inutiles<sup>109</sup>. On a d'ailleurs étudié ces organisations dans le contexte canadien<sup>110</sup>.

Les organisations de soins gérés par capitation ont démontré qu'elles peuvent contenir les coûts des services de santé. Au début des années 1980, la RAND, aux États-Unis, a entrepris une expérience aléatoire dans le cadre de laquelle 1,580 patients recevaient des soins gratuits auprès des médecins qui étaient rémunérés selon un régime de rémunération à l'acte ou de paiement par capitation des soins gérés. Les chercheurs ont constaté que les coûts des patients du groupe de soins gérés étaient environ 25 p. 100 inférieurs à ceux de l'autre groupe, principalement en raison d'une réduction de 40 p. 100 des admissions à l'hôpital<sup>111</sup>. Tant aux États-Unis qu'à l'échelle internationale, les données sur la qualité des soins sont loin d'être concluantes<sup>112, 113</sup>. Plus précisément, certaines populations vulnérables, comme les personnes âgées, celles à faible revenu ou celles ayant des antécédents médicaux obtiennent peut-être des résultats moins favorables selon les régimes de soins gérés que les régimes traditionnels de rémunération à l'acte<sup>114</sup>.

Bien que le modèle de paiement par capitation adopté par des organisations de soins gérés simplifie le système de rémunération, il a fait l'objet de critiques si virulentes qu'il n'est plus populaire. Le point le plus critiqué tient à l'incitation financière pour les fournisseurs d'empêcher la différence entre les paiements par capitation et le coût des soins, un effet qui crée des incitations à prescrire un traitement inadéquat aux patients. D'autre part, les participants réprouvaient les restrictions liées à des réseaux fermés de prestataires, à la nécessité d'une approbation préalable des traitements ainsi qu'à la limitation, perçue ou réelle, du choix des fournisseurs<sup>50</sup>.

*Partage des économies* : le partage des économies se trouve, dans le spectre de financement, entre la rémunération à l'acte et les paiements par capitation. Selon les modèles de partage des économies, les fournisseurs partagent la différence entre le total des coûts des soins et un montant de financement de référence. Ainsi, si les coûts totaux des soins d'un patient sont inférieurs à un chiffre repère préétabli, les fournisseurs partagent cette économie virtuelle. Le partage des économies crée des incitations à améliorer

la communication, le transfert sécuritaire entre établissements et la planification des soins<sup>115</sup>. Bien qu'il soit concevable d'appliquer des modèles de partage des économies au financement des soins continus, il n'existe actuellement aucune étude évaluative rigoureuse de ce modèle de financement.

Les modèles de partage des économies ont été proposés, par exemple, dans le cadre des organismes de soins responsables (OSR)<sup>116</sup> où différents prestataires assument la responsabilité de s'occuper des patients dans le continuum des soins<sup>117,118,119</sup>. Comme nous l'avons indiqué plus haut, l'intégration des fournisseurs de soins continus dans ces modèles nécessite une restructuration du système de prestation, une expérience qui n'a pas encore démontré les gains en efficacité dans l'utilisation des soins hospitaliers et la réduction du nombre d'hospitalisations de NSA.

L'efficacité de ces programmes dans le contexte des soins hospitaliers et médicaux publics au Canada est inconnue, mais il est aussi difficile de prédire la nature possible des relations entre les régions, les ministères et les réseaux de fournisseurs.

*Paiements groupés* : une proposition plus complexe pour surmonter la fragmentation du système dans le cadre d'une réforme du financement est le regroupement des paiements à une seule entité pour la prestation des soins à travers les établissements relativement à un état ou un épisode spécifique. Medicare propose le regroupement des paiements aux hôpitaux pour des hospitalisations de plus de 30 jours après le transfert. Le regroupement de financement des soins continus en un seul paiement a été suggéré comme un moyen de contenir les coûts et de lier les mesures de résultats<sup>32, 120</sup>. Certains considèrent cette approche comme un moyen d'accroître l'efficacité et de coordonner les soins dispensés aux patients hospitalisés et les soins continus<sup>33</sup>. Selon un point de vue plus nuancé, la concurrence peut influencer sur les prix des services regroupés en raison des différents niveaux de compétition dans différents milieux de soins<sup>20</sup>. La mise en place des paiements groupés a un effet de modélisation financière et clinique sur la progression des épisodes<sup>120, 121</sup>.

*Rémunération au rendement* : la rémunération au rendement est un mécanisme de paiement par lequel les prestataires sont récompensés pour avoir atteint les objectifs au regard d'une liste préétablie de mesures des processus ou des résultats. Ces mesures consistent généralement en des indicateurs de qualité ou de sécurité considérés comme étant importants pour les soins aux patients<sup>122</sup>. En pratique, bien que les conclusions concernant les répercussions de la rémunération au rendement sur l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins primaires et aigus soient mitigées<sup>123, 124</sup>, la synthèse des programmes de rémunération au rendement couronnés de succès révèle des points communs, notamment un fort soutien politique et de gestion, les possibilités d'innovation et un solide système d'information sur la santé<sup>124</sup>.

Il y a un manque de données probantes quant à savoir si la rémunération au rendement pourrait être utilisée ou non pour améliorer la qualité des soins continus. Un récent examen systématique de la littérature concernant les programmes de rémunération au rendement et les soins infirmiers à domicile a repéré seulement 13 programmes publiés entre 1980 et 2007, dont sept sont restés actifs au moment de l'examen<sup>125</sup>. On a recueilli, de l'examen, peu de données probantes soutenant la rémunération au rendement comme une base de l'amélioration de la qualité (généralement définie par des résultats cliniques et des mesures d'utilisation) ou de l'efficacité (généralement définie par des enquêtes et la rotation du personnel) des soins dispensés par des foyers de soins infirmiers. Beaucoup d'études se sont heurtées à des problèmes de conception et de mesure. Une enquête plus rigoureuse est nécessaire avant que la rémunération au rendement puisse être reconnue comme une solution de rechange optimale en matière de politiques. C'est particulièrement vrai si elle est mise en œuvre comme un mécanisme précis afin de régler la question des hospitalisations de NSA pour laquelle il n'existe actuellement aucune donnée probante à l'appui.



Bien qu'il existe des possibilités de créer des incitations visant une prestation plus efficace des soins continus, comme les soins de réadaptation et de longue durée, le manque de lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de soins continus continuera d'entraver les efforts déployés pour surveiller l'efficacité des soins.

Bien que l'on dispose de solides données probantes quant aux conséquences inattendues du FBA, on connaît moins les effets des modèles de rémunération au rendement, de paiements groupés et de partage des économies sur les soins continus. Par ailleurs, des changements dans le financement seront difficiles à mettre en œuvre dans un environnement basé sur un cloisonnement des services peu habitués aux mesures des coûts et de la qualité.

## 5 QUESTIONS DE PROCESSUS : EXAMEN DES DONNÉES

Les hospitalisations de NSA représente, dans la plupart des cas, un transfert non coordonné entre les soins aigus et post-aigus, en raison du manque d'intégration des renseignements cliniques, des systèmes de communication<sup>126</sup>, des relations entre des fournisseurs et de la prestation des soins informels. Par conséquent, les données et les systèmes d'information sur les soins continus sont examinés au regard de leur rôle dans les hospitalisation de NSA.

### 5.1 Système d'information

On peut avoir des renseignements exhaustifs sur les activités dans les hôpitaux de soins aigus en tirant des dossiers des patients des données en faisant une synthèse des données cliniques, démographiques et administratives provenant des dossiers des patients, et ce, d'une façon normalisée. Il s'agit de renseignements sur l'âge d'un patient, son sexe ainsi que le diagnostic, les procédures, la durée du séjour et le lieu de transfert, mais rien sur la fonction d'un patient. Bien que la déclaration des activités dans les hôpitaux de soins aigus soit volontaire pour la province, les renseignements sur la population entière des hospitalisations en soins aigus au Canada sont versés dans la base de données sur les congés des patients (BDGP). Cette information est non seulement utile pour de nombreux aspects de la gestion des soins hospitaliers, mais aussi essentielle pour calculer le nombre d'hospitalisations de NSA et les taux de transition aux soins hospitaliers (réadmission et soins de fin de vie).

En revanche, les renseignements sur les activités après l'hospitalisation en soins aigus varient considérablement selon le secteur et la province et sont beaucoup moins complets que ceux sur la population couverte par des soins hospitaliers. Des efforts considérables sont déployés pour recueillir des renseignements sur les soins continus en établissement dans plusieurs provinces, notamment en Ontario et en Alberta. Pour soutenir ces efforts, l'ICIS a élaboré des systèmes de production de rapports propres à des services pour recueillir et transmettre des données sur les activités liées aux soins continus au niveau des patients. Les systèmes de production de rapports sont basés sur des instruments d'évaluation cliniques par établissement. Certains attributs des systèmes d'information les plus couramment utilisés pour la collecte des données concernant les patients de NSA sont décrits ci-dessous.

*Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)* : le SISLD de l'ICIS comprend des renseignements cliniques et administratifs normalisés sur les patients dans des établissements de soins continus. Basé sur l'outil d'évaluation Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS 2.0)<sup>®</sup>, le SISLD contient plus de 500 éléments de données sur les caractéristiques cliniques et fonctionnelles de chaque patient des soins continus<sup>127</sup>. Les indicateurs d'utilisation des ressources et de qualité des soins ont été élaborés à partir des éléments de données cliniques dans les MDS 2.0<sup>128, 129</sup> et font désormais objet de rapport<sup>130, 131</sup>. Ce système de rapports sur les soins continus comprend des informations provenant de deux types d'établissement:

- ▶ les hôpitaux qui ont des lits désignés et financés comme des lits de soins continus complexes;
- ▶ les établissements de soins de longue durée (financés par des fonds publics et privés).

Pour les résidents des établissements de soins continus, ces données sont, en général, recueillies et communiquées longitudinalement tous les trois 3 mois, ou plus souvent en cas de changement clinique significatif.

Comme la collecte et la communication de ces renseignements par les provinces ou par les régions—dans certaines provinces—sont volontaires, ils sont incomplets. En Ontario, tous les établissements de soins continus complexes et de longue durée recueillent et communiquent ces données, pour chaque résident, sur une base trimestrielle. La collecte de ces données est assurée seulement dans certains établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et au Yukon.

*Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) :* le SNIR de l'ICIS contient des renseignements sur les activités de réadaptation pour adultes hospitalisés dans des établissements de réadaptation spécialisés, les unités de réadaptation des hôpitaux et des programmes de réadaptation désignés. Le SNIR repose sur les 18 points de l'outil d'évaluation des patients FIM MD, qui est un instrument d'évaluation bidimensionnel des fonctions cognitives et physiques recueillies à l'admission et au congé. Les indicateurs d'utilisation des ressources ont été élaborés et validés en fonction des éléments de données tirées des points fonctionnels à l'admission<sup>132, 133, 134</sup>.

La collecte des renseignements sur la réadaptation des patients hospitalisés et leur transmission au SNIR par les provinces sont volontaires, aussi la couverture des hôpitaux canadiens est-elle très incomplète : tous les 69 établissements de l'Ontario y participent et seulement un à Terre-Neuve. Cependant, dans de nombreuses provinces, la réadaptation pour patients hospitalisés est considérée comme une continuation de l'épisode aigu et ne fait pas l'objet de rapports séparés, ce qui empêche les comparaisons entre les provinces.

*Le système d'information sur les services à domicile (SISD) :* l'élaboration des données pour évaluer l'efficacité, l'efficience et la pertinence des soins à domicile est une tâche ardue. En raison de la combinaison de services à domicile financés par des fonds publics et privés, les données sur leur prestation sont rares et incomplètes. Comme une grande partie des soins à domicile sont fournis de manière informelle (par la famille ou les amis du client), il est difficile, au Canada, de mesurer et évaluer les soins à domicile sur une base démographique.

L'évaluation la plus fiable des soins à domicile au Canada est fondée sur un rapport de 2007 de l'ICIS<sup>135</sup>. Ce rapport décrit l'industrie des soins à domicile financés par des fonds publics qui, selon l'ICIS, représente environ 78 p. 100 des dépenses de soins à domicile formels. En 2003-2004, le total des dépenses publiques consacrées aux services de soins à domicile était de 3,4 milliards de dollars (chiffres en dollars de 1997), soit 93,60 \$ par habitant. La croissance des dépenses a été en moyenne de 6 p.100 par an depuis 1994-1995. Le nombre de clients recevant des services de soins à domicile a augmenté d'environ 1 p. 100 par an au cours de cette même période (de 23,9 sur 1 000 clients à 26,1 sur 1,000).

Malgré ces limitations, des efforts sont déployés pour normaliser certains aspects des renseignements sur les soins à domicile. Le SISD de l'ICIS contient des renseignements sur les clients des programmes publics de soins à domicile, y compris des données démographiques et cliniques (traitements et médicaments), sur la fonction et l'utilisation des ressources. Le SISD recueille également de l'information sur la prestation des soins informels. Les renseignements sur l'utilisation clinique et des ressources sont basés sur l'instrument d'évaluation RAI-HC<sup>®</sup> et comprennent les préférences, les besoins et les forces de clients. Ces renseignements sont habituellement recueillis auprès des clients adultes des services non palliatifs de longue durée (60 jours ou plus). Les indicateurs de qualité et d'utilisation des ressources ont été élaborés à partir des éléments de données dans le SISD<sup>105, 103</sup> et forment la base de certains systèmes d'information. Pour compléter le SISD, on a recours aux évaluations initiales d'interRAI (interRAI CA<sup>®</sup>) pour dresser un bref profil de toutes les personnes desservies dans le cadre des processus de triage et d'admission aux soins à domicile.

Bien que la couverture s'étende progressivement, les données normalisées sur les soins à domicile ne sont pas recueillies et communiquées intégralement au Canada. En Ontario, les renseignements sont recueillis et transmis pour tous les clients des soins à domicile. En Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et au Yukon, ils ne sont recueillis qu'auprès d'une partie des clients des soins à domicile. Par ailleurs, l'exhaustivité de ces renseignements varie entre les provinces : dans certaines provinces, l'information clinique (c.-à-d. l'information de RAI-HC) n'est pas transmise, alors que dans d'autres, ce sont les renseignements administratifs qui ne le sont pas.

Données sur les coûts au niveau du patient : un rôle important des systèmes de financement basé sur la composition de la clientèle, comme ceux décrits ci-dessus, consiste à estimer les coûts prévus des patients ou résidents. Pour calculer les coûts prévus en fonction des caractéristiques cliniques, il faut avoir un échantillon de données sur les coûts au niveau du patient, alors qu'en utilisant ces systèmes basés sur la composition de la clientèle, on n'a pas besoin de données sur les coûts pour la population de patients.

Les données sur les coûts des patients prennent deux formes : celle qui est basée sur l'agrégation des coûts pour tous les aspects des soins aux patients et celle, basée sur le temps du personnel consacré à la prestation des soins. Aucune de ces deux formes ne repose sur des méthodes normalisées à l'échelle provinciale ou canadienne. La première s'applique aux soins aigus et une combinaison des deux aux soins continus.

Les données sur les coûts des patients des soins aigus sont difficiles à obtenir malgré leur valeur intrinsèque pour les hôpitaux et les ministères provinciaux de la Santé en vue d'appuyer leurs programmes de financement basé sur les activités en soins aigus<sup>4</sup>. De la même manière, en Ontario et en Alberta plusieurs hôpitaux produisent des données sur les coûts des patients des soins continus complexes et des soins de réadaptation en milieu hospitalier. En Ontario, cette source de données est également utilisée pour les clients des soins à domicile (qui est distincte des dossiers des services facturés). Toutefois, la quantité de renseignements actuellement produits est minime et dépourvue de normes globales. Les données sur les coûts des patients en fonction des mesures de temps du personnel ont été également recueillies dans des milieux de recherche pour appuyer des systèmes basés sur la composition de la clientèle des soins continus.

Les données sur les coûts des patients sont rarement produites pour d'autres types de soins que les soins aigus. Par ailleurs, il n'y a pas d'incitations pour les fournisseurs à élaborer cette source de données ou des normes pancanadiennes sur la collecte ou la validation des données des coûts des patients.

*Exactitude des données communiquées concernant les cas de NSA* : la qualité des renseignements communiqués est une question importante pour évaluer l'utilisation des services de santé. Malgré les lignes directrices<sup>136</sup> et compte tenu des variations locales<sup>137</sup> et des caractéristiques des hôpitaux<sup>138</sup>, il y a souvent des divergences entre les renseignements cliniques sur les patients et ceux rapportés<sup>139</sup>. Comme nous l'avons décrit ailleurs, en raison des variations dans les renseignements transmis, les cas de NSA ne sont pas déclarés intégralement<sup>1,137</sup>. Bien que de nombreux écarts dans les données soient attribuables à des facteurs aléatoires, certains renseignements sont sensibles à des simulacres pour augmenter les recettes, même au Canada<sup>140, 141</sup>. Par conséquent, la production de meilleures données sur les hospitalisations de NSA devrait être fondée sur l'évaluation de la conformité aux normes. Le manque d'information concernant la qualité des données reste un point faible seulement au Canada, puisque d'autres pays ont aussi repéré des lacunes dans leurs propres systèmes de collecte de données sur les soins

continus<sup>126, 142</sup>. Néanmoins, les limites dans la compréhension de la qualité des données n'ont pas empêché plusieurs établissements de les utiliser pour rendre des comptes au public et élaborer des modes de financement basés sur les activités.

Les rapports sur les cas de NSA sont soumis aux mêmes facteurs qui créent la variabilité dans d'autres renseignements extraits des dossiers des patients. Une utilisation intensive de l'information sur les cas de NSA devrait être fondée sur des renseignements exacts, conformes aux normes provinciales et validés par des audits des données cliniques.

En résumé, dans les provinces et les territoires, les renseignements au niveau des individus et des clients ne sont pas recueillis et communiqués de façon uniforme. Bien que le SISLD recueille des renseignements sur les soins continus complexes et les soins de longue durée et que le SISD recueille des données sur les clients des soins à domicile, il manque d'information exhaustive sur les soins de longue durée et les soins à domicile. Par ailleurs, il existe d'importantes lacunes dans la collecte de données sur d'autres niveaux de soins continus, notamment sur les services d'aide à la vie autonome et de soutien communautaire, tels que les soins de relève et les soins de jour (même si, l'Ontario met en œuvre l'évaluation des soins communautaires interRAI pour appuyer des services de soutien communautaire qui représente plus de 800 organismes). La question des soins continus devient encore plus compliquée en raison du rôle non mesuré et non financé de la famille et des soins informels.

Même sans tenir compte de l'utilisation des renseignements les plus élémentaires, les lacunes dans les données normalisées et fiables ne permettent pas aux responsables de politiques de prendre facilement des décisions qui améliorent l'efficacité allocative entre les secteurs, ce qui donne lieu à une utilisation inefficace des hôpitaux. Pour combler cette lacune, certaines provinces utilisent des données démographiques pour prévoir sommairement les besoins de la population<sup>143</sup>. Cette approche ne convient que si l'utilisation et les dépenses actuelles reflètent fidèlement les besoins de la population sous-jacente, autrement, elle ne sert qu'à perpétuer les écarts dans les habitudes culturelles, d'utilisation et de dépenses. En outre, lorsqu'elles sont appliquées séparément à des établissements, ces ensembles de données spécialisées servent plutôt à appuyer la collecte et la surveillance des activités liées aux soins continus dans des établissements ou des créneaux précis qu'à promouvoir le partage de l'information et l'élaboration de normes pancanadiennes en matière de dossiers de santé électroniques<sup>144</sup>.

Bien qu'il existe des sources d'information globales pour surveiller l'utilisation et le coût prévu des ressources de santé à tous les niveaux, les données sont incomplètes. Par ailleurs, même des systèmes de collecte des données propres à chaque établissement ne fournissent pas des renseignements sur la pertinence des soins, la façon dont les ressources sont affectées au sein de l'établissement pour refléter les besoins.

Il y a néanmoins quelques points positifs. Dans les provinces qui ont mis en œuvre des systèmes d'information sur les soins continus dans plusieurs établissements, on a élaboré des définitions communes pour des éléments cliniques et démographiques. Ces définitions communes, y compris l'état fonctionnel et la gestion médicale, résultent de l'utilisation de l'ICIS des instruments d'évaluation interRAI et donneront lieu à des données cohérentes et comparables dans l'ensemble des établissements.

## 5.2 Communication des données et soins en transition

La transition efficace et efficiente des soins est importante pour réduire la demande de soins hospitaliers et le nombre d'hospitalisations de NSA. Pour atteindre ces résultats, il faut que l'information soit normalisée et intégrée, non seulement au sein des établissements prestataires de différents services de santé (par exemple, entre médecins et infirmières)<sup>145</sup>, mais aussi entre les établissements (par exemple, entre l'hôpital et les établissements de soins post-aigus)<sup>126</sup>. Si on ne remédie pas aux lacunes du système (et des données) à ce moment difficile, on rate une occasion de réduire la probabilité que les personnes âgées fragiles deviennent de futurs patients de NSA et, par conséquent, les réadmissions, de diminuer les coûts et d'augmenter les transferts entre établissements<sup>146</sup>. Par exemple, une mauvaise planification des mises en congé a entraîné des événements cliniques indésirables, des besoins de soins non satisfaits et une insatisfaction à l'égard des soins<sup>147</sup>. Les transitions après congé sont de plus en plus reconnues comme une mesure pour accroître la qualité et le rendement des systèmes de santé<sup>148</sup>.

Naylor et ses collègues ont démontré que des processus coordonnés et globaux de mise en congé, accompagnés de suivi à domicile par des infirmières en pratique avancée, peuvent considérablement réduire le taux de réadmission à l'hôpital, accroître l'intervalle de temps entre les réadmissions et réduire les coûts des soins des aînés<sup>149</sup>. L'étude aléatoire portait sur 383 patients admis à l'hôpital avec l'un des huit différents diagnostics médicaux ou chirurgicaux. Lors de leur congé, la moitié de l'échantillon a reçu des soins de suivi standard et l'autre moitié, des soins plus complets. Des différences significatives entre les deux groupes ont été observées dans les taux de réadmission de 24 semaines ainsi que dans la durée du séjour de ceux qui ont été réadmis. Par contre, il n'y avait aucune différence entre les deux groupes pour ce qui est de leur état fonctionnel—qui s'est amélioré—et leurs taux de satisfaction—qui étaient similaires. Les coûts des soins post-aigus pendant vingt-quatre semaines différaient significativement entre les groupes, à savoir 6,600 \$ pour les groupes de contrôle et 3,600 \$ pour les groupes d'intervention.

S'appuyant sur cette étude novatrice, d'importantes recherches ont été menées pour briser le cycle d'hospitalisation, de congé et de réadmission. Bien que les conclusions ne soient pas également concluantes, on a observé, dans le cadre d'un examen systématique<sup>150</sup>, cinq facteurs qui pourraient réduire les hospitalisations de NSA :

- ▼ une évaluation complète des congés et des besoins de médicaments;
- ▼ le renforcement de l'éducation des patients et des soignants et de l'autogestion;
- ▼ une communication complète au moment des transferts entre les cliniciens de l'hôpital et de l'établissement des soins post-aigus;
- ▼ des soins de suivi précoces pour les patients à haut risque;
- ▼ des appels téléphoniques prompts de la part des infirmières et des pharmaciens ou des visites à domicile en temps opportun après le congé afin d'assurer que le patient comprend le sens réel de l'autogestion;
- ▼ un aiguillage approprié vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire en cas de besoin.

La réduction de la demande pour des soins hospitaliers influe sur le nombre d'hospitalisations de NSA. Le type de renseignements (données) et les processus nécessaires pour assurer des transitions des soins efficaces et sécuritaires reposent sur un fondement probant. Cette connaissance fournit une occasion éclairée par des données probantes d'ajouter des éléments de données aux systèmes d'information existants.

Une planification globale de la transition ne peut pas seule atténuer les problèmes liés au flux des patients. Néanmoins, des processus efficaces pour gérer les transitions de soins ont été validés et associés à la réduction de la demande de soins hospitaliers, ce qui pourrait ensuite avoir des effets positifs sur le nombre d'hospitalisations de NSA. Ces résultats sont complémentaires aux initiatives plus vastes visant à réduire la demande de soins aigus, telles que la gestion des maladies chroniques.

## 6 INITIATIVES PROVINCIALES

Nous avons communiqué avec quatre à six intervenants dans chacune des provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, notamment des intervenants des hôpitaux, des réseaux locaux d'intégration des services de santé ou RLISS (Ontario), des autorités sanitaires (C.-B.) et des ministères de la Santé, pour discuter des aspects des hospitalisations de NSA. Nous avons garanti à tous les répondants le respect de l'anonymat des réponses. Nous avons élaboré à des questions ouvertes sur les points suivants :

- ▼ la surveillance des hospitalisations de NSA;
- ▼ les causes les plus courantes du retard dans le congé et le transfert;
- ▼ l'importance relative de réduire le nombre d'hospitalisations de NSA;
- ▼ des facteurs influant sur les niveaux cibles d'hospitalisations de NSA;
- ▼ les initiatives en cours ou prévues pour réduire les hospitalisations de NSA;
- ▼ les incitatifs destinés aux hôpitaux ou aux fournisseurs de soins continus pour réduire les hospitalisations de NSA;
- ▼ d'autres possibilités de réduire les hospitalisations de NSA;
- ▼ la façon dont les hôpitaux de soins aigus fonctionneraient si on réduisait le nombre d'hospitalisations de NSA.

### 6.1 Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, les services hospitaliers et de soins continus sont gérés et fournis par cinq autorités sanitaires régionales, alors que des programmes spécialisés sont coordonnés par une autorité des services de santé provinciale distincte. L'enjeu des NSA est hautement prioritaire pour le ministère de la Santé et des autorités sanitaires de la Colombie-Britannique. Comme le taux d'occupation en soins actifs est proche de 100 p. 100 et que les services d'urgence sont régulièrement débordés, les statistiques sur les cas de NSA sont surveillées de près au sein des autorités sanitaires. Des rapports normalisés sont produits pour chacune des 13 périodes de référence et sont partagés avec des gestionnaires des autorités sanitaires, des hôpitaux de soins aigus et des prestataires de soins continus. Fait important, des efforts sont déployés pour assurer que les rapports sur les hospitalisations de NSA sont normalisés entre les hôpitaux et que les données sont fiables.

Les hospitalisations de NSA dépassent de 10 p. 100 la capacité des soins aigus en Colombie-Britannique, même s'il existe des variations importantes entre les autorités sanitaires et les hôpitaux. Au sein des autorités sanitaires, des plans multidimensionnels sont mis en œuvre afin de réduire le nombre d'hospitalisations de NSA, allant d'une diminution à court terme de moins de 8 p. 100 à des plans à long terme visant un nombre d'hospitalisations de NSA de moins de 3 p. 100. Contrairement aux chiffres pancanadiens, les autorités sanitaires de la C. B. indiquent qu'environ la moitié des patients de NSA attendent d'être transférés aux soins de longue durée et que l'autre moitié sont en attente de soins à domicile, de résidence-services ou de services de réhabilitation ou résident dans des établissements de soins aigus en raison de l'inefficacité du processus de transfert. Les indicateurs de rendement de NSA comprennent le pourcentage des patients de soins de transition qui retournent dans la collectivité et celui des résidents communautaires qui répondent aux critères de soins de longue durée. En Colombie-Britannique, les stratégies de réduction des hospitalisations de NSA visent à diminuer la demande de services hospitaliers et à remplacer les soins de longue durée.

Des initiatives au niveau du système pour réduire la demande de soins hospitaliers comprennent la mise en place de cliniques d'accès rapide, la formation d'équipes mobiles et la gestion des soins aigus. Les autorités sanitaires offrent également des lits de soins transitoires qui constituent une solution de rechange à moindre coût aux soins aigus tout en offrant la proximité du soutien en milieu hospitalier. Dans certaines autorités sanitaires, on remédie aux contraintes de la capacité de soins de longue durée en apportant un soutien aux soins à domicile jusqu'à ce qu'un lit de soins de longue durée se libère. Les programmes de réduction, au niveau des patients, de la demande de soins hospitaliers comprennent l'intensification du soutien aux patients « qui vont et viennent » et à ceux à risque de NSA—comme les patients souffrant de délire—et l'élaboration de lignes directrices pour réduire le volume de soins inefficaces.

Des programmes conçus précisément pour remplacer les soins de longue durée comprennent la bonification des soins de répit, des soins palliatifs, des services de jour pour adultes et d'une gamme de services disponibles dans le cadre des soins à domicile (y compris une formation élargie pour le personnel de soins à domicile). Dans certaines autorités sanitaires, la demande de soins de longue durée est gérée activement par l'augmentation des soins de convalescence pour des personnes âgées fragiles, notamment la réactivation.

Bien qu'il existe non seulement d'importantes initiatives pour collecter et communiquer des renseignements normalisés sur les NSA, mais aussi des investissements substantiels dans le soutien sous-jacent aux soins continus, on ne se sert pas d'incitation financière pour modifier le comportement des prestataires de soins aigus ou continus (à l'exception du programme régional de rémunération au rendement pour les soins à domicile). Par ailleurs, on ne prévoit aucune évaluation formelle des composantes décrites précédemment au regard de leur capacité à réduire le nombre d'hospitalisations de NSA.

En C.-B., les autorités sanitaires prennent de nombreuses mesures pour réduire le nombre d'hospitalisations de NSA, par exemple en élargissant les soins continus communautaires et en élaborant de nouveaux programmes, mais l'évaluation des initiatives qui fonctionnent seules ou en combinaison afin de réduire les hospitalisations de NSA est ponctuelle.



## 6.2 Ontario

Selon l'Association des hôpitaux de l'Ontario, 17 p. 100 des lits d'hôpitaux ont été utilisés par des patients de NSA, un chiffre qui est demeuré assez constant au cours des trois dernières années<sup>40, 3</sup>, mais qui varie considérablement entre les RLISS, allant de 24 p. 100 de la capacité des hôpitaux de soins actifs dans le RLISS du Nord-Est à moins de 10 p. 100 dans le RLISS du Sud-Est. Bien que les hospitalisations de NSA fasse régulièrement l'objet de rapports publics<sup>40, 3</sup>, aucun taux cible n'est disponible. Environ deux tiers de ces patients attendent d'être transférés aux soins de longue durée : 80 p. 100 dans le RLISS d'Érié St. Clair et 34 p. 100 dans le RLISS du Centre-Ouest. Ces chiffres contribuent à près de 100 p. 100 d'occupation dans les hôpitaux de soins aigus en Ontario. Les hospitalisations de NSA est considéré comme un facteur déterminant des retards dans les admissions aux services d'urgence.

Il existe une multitude de raisons pour expliquer le niveau très élevé d'hospitalisations de NSA en Ontario, notamment l'absence de processus de planification des transferts des soins aigus, la participation tardive de centres d'accès aux soins communautaires (CASC), le rôle des relations organisationnelles et des facteurs culturels (comme la faiblesse des partenariats entre les types de fournisseurs), la conviction des médecins que les patients de soins de longue durée doivent attendre à l'hôpital pour des lits de soins de longue durée, ainsi que certaines perceptions que l'inaction sur les hospitalisations de NSA est une stratégie de maîtrise de la croissance des coûts utilisée par les hôpitaux (les patients de NSA ont tendance à coûter moins cher que ceux de soins aigus).

La stratégie *Vieillir chez soi* du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)<sup>151</sup> est utilisé pour réduire les soins hospitaliers inefficaces et inefficients. Selon cette stratégie, les initiatives liées aux hospitalisations de NSA visent à réduire la demande de (tous) les soins hospitaliers et de longue durée, à améliorer le flux des patients entre les types de fournisseurs et à accroître la capacité de certains types de soins continus.

La réduction de la demande de lits de soins hospitaliers et de longue durée est basée sur plusieurs initiatives d'envergure provinciale. Premièrement, l'étendue des services offerts par les soins à domicile a été élargie, comme l'intensité des services de soutien (par exemple, en supprimant le niveau maximum de services). Plus précisément, les modifications réglementaires ont été prises pour augmenter la quantité de services de soutien personnel, d'entretien ménager et de soins infirmiers disponibles à domicile pour dissuader les hospitalisations ou les placements en soins de longue durée. L'initiative vise les personnes âgées à haut risque, fragiles et souffrant de troubles cognitifs. Les stratégies de réduction de la demande comprennent également des programmes de détournement des services d'urgence et la mise en place de pratiques fondées sur des données probantes. Ces dernières sont formulées de concert avec des groupes d'experts cliniques et sont destinées à réduire les variations dans l'utilisation injustifiée (dans tous les secteurs). Initialement, elles sont axées sur les cheminements à haut volume de soins.

Pour améliorer le flux des patients, l'initiative *Chez soi avant tout* intègre les soins hospitaliers aux soins à domicile fournis par les centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Le programme est utilisé pour accélérer la transition des patients de l'hôpital à la maison en fournissant un soutien amélioré ou intensif aux soins à domicile, y compris les soins de rétablissement. Les indicateurs de rendement comprennent le pourcentage des patients de NSA transférés aux soins de longue durée et la réduction du nombre de jours d'attente de NSA. Pour les patients en attente de lits aux soins de longue durée ou aux soins continus complexes, les services de gestion des lits vacants tentent d'accélérer le transfert des patients hors des soins aigus. Les patients ayant besoin de soins cutanés ou de traitement de plaie, les patients des soins palliatifs et les personnes âgées fragiles sont au coeur des programmes d'intégration.

La stratégie *Viellir chez soi* vise aussi à régler la question du recours élevé d'hospitalisations de NSA en changeant la capacité actuelle du système de santé : ajout de lits de soins de transition dans les hôpitaux de soins aigus, création de lits temporaires de soins de longue durée et expansion des programmes spécialisés de soins continus pour des patients déments hospitalisés.

Les initiatives de réduction des hospitalisations de NSA sont fondées sur les RLISS et leur potentiel sur la réforme à l'échelle du système de l'échelle dépend de la capacité du MSSLD à propager les pratiques exemplaires (comme celles présentées par le RLISS de Mississauga Halton). D'autre part, les ajouts coûteux, par l'Ontario, de nouveaux programmes pour réduire les hospitalisations de NSA n'incluent pas l'évaluation de leur efficacité ou efficience. Par ailleurs, aucune incitation financière, autre que celles pour les soins de longue durée, n'est utilisée pour modifier le comportement des prestataires de soins continus. Enfin, on ne sait pas clairement comment les initiatives de financement des soins de longue durée de l'Ontario façonneront les modèles d'admission aux soins de longue durée, l'utilisation des soins de longue durée ou le nombre d'hospitalisations de NSA.

En Ontario, les hospitalisations de NSA est un problème très coûteux pour le système de santé, un problème auquel plusieurs programmes s'attaquent. La détermination, l'évaluation et la diffusion des initiatives qui fonctionnent seules ou en combinaison pour réduire le nombre d'hospitalisations de NSA et améliorer les soins aux patients doivent continuer à faire l'objet de coordination entre les RLISS.

## 7 CONCLUSION

Le nombre d'hospitalisations de NSA est omniprésent dans toutes les provinces canadiennes et reflète l'utilisation inefficace des ressources hospitalières rares et coûteuses avec des effets néfastes sur tout le système de santé. Libérer les lits occupés par plusieurs de ces patients dans les hôpitaux améliorera la rapidité d'accès.

Comme nous l'avons souligné dans notre étude sur les efforts déployés par deux provinces, il y a un manque de données probantes indiquant l'efficacité des programmes ou des investissements dans la réduction du nombre d'hospitalisations de NSA. Bien qu'une augmentation de la capacité en soins continus puisse répondre à certaines contraintes importantes, elle ne permet pas résoudre le problème lié aux cas de NSA. Elle n'est pas susceptible de conduire à une utilisation plus efficace des soins continus.

Il est difficile, dans certaines provinces, de trouver des solutions plus concrètes en raison du peu d'information disponible sur la nature des soins dispensés à l'extérieur de l'hôpital. En conséquence, il est nécessaire d'avoir des systèmes de données qui fournissent des renseignements opportuns et pertinents pour les soignants afin de réduire la demande de soins hospitaliers et continus. Certaines provinces ont fait des progrès substantiels dans ce domaine, proportionnellement à leurs investissements. Cependant, malgré ces investissements, il manque de données probantes pour prévoir les besoins de soins continus, efficaces et sûrs.

Le défi immédiat est de surmonter les obstacles à la recherche de solutions heureuses aux hospitalisations de NSA. Une fois cette question résolue, il faudra se pencher de nouveau sur la façon de gérer efficacement la capacité en soins aigus. Une stratégie pourrait consister à combler ces lits nouvellement disponibles avec de nouveaux patients. Dans ce cas, le remplacement des patients de NSA (à faible coût) par des patients de soins aigus (à coût élevé) augmentera considérablement les coûts hospitaliers. En outre, il exercera une pression sur la compétence collective pour doter le personnel responsable de ces lits. Une autre stratégie pourrait consister à garder ces lits inoccupés; cependant, selon la littérature sur les soins sensibles à l'offre, il serait difficile de maintenir les lits de NSA inoccupés même si la réduction de l'occupation est liée à une amélioration de la productivité des infirmières et de la qualité des soins infirmiers. Par ailleurs, il faudrait peut-être envisager de réallouer les ressources de soins aigus associées aux lits de NSA (en fermant des lits de soins aigus) aux soins continus ou primaires pour réduire la demande de soins hospitaliers.

Dans l'ensemble, il reste encore beaucoup de travail à faire pour mettre un terme à l'utilisation inefficace des soins hospitaliers. Dans les provinces où il existe des données et des renseignements exhaustifs sur les soins continus, on peut commencer à mesurer les effets d'initiatives visant à réduire les hospitalisations de NSA (à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux). Quant aux autres provinces, elles peuvent prendre les premières mesures pour collecter des données normalisées relatives à la population. Parallèlement, dans toutes les provinces, la réduction de la demande de soins hospitaliers contribuera à restreindre le nombre d'hospitalisations de NSA à l'avenir. Les hospitalisations de NSA sont une utilisation inefficace et coûteuse d'une ressource rare. Aussi les provinces ainsi que les autorités régionales doivent-elles déployer des efforts sérieux et soutenus pour réduire sa prévalence.

## 7.1 Recommandations

### 1 *Définir la réduction des cas de NSA comme un objectif hautement prioritaire des systèmes de santé.*

La prestation de services de soins continus dans les hôpitaux est une utilisation inefficace des ressources de santé et a des répercussions en aval sur les admissions au service d'urgence et sur l'accès aux chirurgies non urgentes.

Bien qu'il n'existe aucune donnée probante suggérant un niveau optimal d'hospitalisations de NSA qui prévoit une certaine marge de manœuvre pour les hôpitaux afin qu'ils disposent d'une capacité d'appoint, ce niveau doit être inférieur à 7 500 lits d'hôpitaux actuellement utilisés chaque jour.

Les indicateurs de rendement basés sur les rapports d'hospitalisations de NSA devraient être élaborés et intégrés dans une évaluation normalisée du rendement des hôpitaux et des systèmes de santé. Les hôpitaux peuvent d'ailleurs utiliser le même mécanisme que le « DRG creep » [surclasser les patients dans des groupes plus « rémunérateurs » que celui qui correspondait à la vraie pathologie du patient pour augmenter les recettes] afin de créer l'illusion d'une utilisation efficace. Les audits des données cliniques doivent être utilisés pour atténuer des simulacres ou des comportements frauduleux.

### 2 *Harmoniser les mécanismes de financement et les incitatifs avec les objectifs stratégiques*

Les coûts et les conséquences des approches de financement des hôpitaux en vigueur au Canada contribuent au nombre d'hospitalisations de NSA. Il n'existe actuellement aucune incitation pour les hôpitaux à réduire les durées de séjour ou à améliorer les processus de congé. Par ailleurs, les budgets globaux peuvent même les dissuader de donner congé à des patients moins coûteux.

Si on ne modifie pas les méthodes de financement des soins continus, les incitations financières créées par le FBA pour les hôpitaux de soins aigus pourraient être inutiles. S'il n'y a pas de lieu de transfert disponible, les hôpitaux ne pourront pas ajuster adéquatement leurs activités en vue des mesures d'incitation. Par conséquent, le FBA doit être accompagné par d'incitations pour accélérer l'accès aux soins continus.

Les politiques de financement axé sur les activités été mises en œuvre pour des soins hospitaliers autres que les soins aigus dans d'autres pays pour créer des incitations à fournir des soins rentables (au sein des créneaux). Bien qu'elles ne soient actuellement pas réalisables (en dehors de l'Ontario, de l'Alberta et de la Saskatchewan) en raison de la non-disponibilité des données, elles devraient faire l'objet d'études. Des possibilités existent pour les services de santé suivants :

- ▶ la réadaptation pour patients hospitalisés : les politiques de financement basé sur les activités de réadaptation pour patients hospitalisés permettent de réduire les durées de séjour, ce qui contribue à diminuer les ASN ainsi que les variations injustifiées dans les soins de réadaptation;
- ▶ les soins continus complexes et les soins de longue durée : les politiques de financement basé sur les activités pour les soins continus complexes et de longue durée permettent d'harmoniser le financement avec les caractéristiques des patients, réduire les variations injustifiées des coûts et la qualité des soins moniteur. Bien que la réduction de la variation des coûts ne vise pas directement à créer un incitatif pour diminuer les hospitalisations de NSA, elle mènera à un recours plus efficace des lits qui peuvent être enjointes à améliorer l'accès.

Un cadre de rémunération au rendement peut être utilisé pour créer des incitations à l'intention des fournisseurs de soins aigus et de longue durée afin de donner rapidement congé aux patients de NSA. Cependant, il n'existe aucune donnée probante provenant d'autres systèmes de santé sur la façon dont ces incitations devraient être structurées.

À l'instar des fournisseurs de soins aigus, les bailleurs de fonds doivent simultanément élaborer des sources de données sur les coûts au niveau des patients pour fournir un aperçu de la façon dont les prix des soins continus doivent être déterminés. L'ICIS devrait établir des normes pancanadiennes relatives à la collecte et la validation des données sur les coûts au niveau des patients. Par ailleurs, des techniques d'audit (de vérification) de l'exactitude des données communiquées devront aussi être développées.

### **3 Orienter les stratégies vers la réduction des cas de NSA :**

- 1) en transférant les patients de soins aigus plus tôt vers un établissement approprié;**
- 2) en réduisant la demande future de soins hospitaliers.**

Il existe des initiatives visant à donner congé aux patients de NSA plus tôt, notamment en intensifiant le soutien aux soins à domicile et en élargissant les programmes de soins de relève, de soins palliatifs et de services de jour pour adultes, ainsi que de soins de transition ou de longue durée, dans certaines provinces. Cependant, on ne mesure pas l'efficacité et l'efficience de ces programmes ni ne sait exactement s'ils donneront lieu à une réduction durable d'hospitalisations de NSA.

Les données probantes sur les efforts déployés en amont pour réduire la demande de services hospitaliers sont également rares. Ces efforts incluent la mise en place de nouvelles cliniques d'accès rapide, la constitution d'équipes mobiles et l'augmentation du soutien aux soins à domicile. L'évaluation de ces programmes au regard de la réduction de la demande de soins hospitaliers et de leurs effets indirects sur les hospitalisations de NSA est nécessaire.

Il manque des données probantes concernant la façon et le rythme de l'orientation vers une allocation optimale entre les secteurs. En d'autres termes, comment les fonds publics sont-ils répartis entre les secteurs afin de maximiser la santé? Les responsables de politiques seront confrontés à la difficile question de compromis face à la pression de la part de multiples intervenants, porte-paroles et patients.

### **4 Veiller à ce que les systèmes d'information soient intégrés et exhaustifs**

Dans plusieurs provinces, les données sur l'utilisation des soins continus sont incomplètes. Une approche pragmatique de la gestion des soins continus consistera en l'amélioration de la collecte et de la communication des données. Il faut faire valoir les avantages d'une collecte et d'une communication de données plus complètes, et ce, en vue d'une prestation de soins efficaces et efficaces tout au long du continuum.

Les fonds de données de l'ICIS sur les soins continus devraient être élargis pour inclure des indicateurs d'efficacité des soins lorsque des normes de fait existent, que des renseignements sur l'inefficacité et l'inefficience des soins seraient utiles pour gérer les soins aux patients dans l'ensemble du continuum.

Afin de compléter les systèmes de communication des données dans des contextes précis, il faudrait mettre l'accent sur la détermination des besoins des patients ainsi que sur la prestation de soins continus qui correspondent aux préférences de ces derniers ou de leur famille.

## **5** *Établir des lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes et des définitions normalisées*

Il faut mettre l'accent sur l'étude du niveau de soins nécessaire pour les causes d'admission aux soins continus les plus courantes, et établir un fondement probant pour chaque niveau de soins dont le rendement en matière de finances et de qualité peut être évalué.

Il n'existe pas de définitions normalisées de l'intensité ou des niveaux des soins continus. La création de définitions normalisées serait une étape très utile pour comparer les caractéristiques de conception et l'utilisation des soins continus entre les provinces et les territoires. En outre, elle faciliterait une analyse comparative des fournisseurs par les pairs au regard de la qualité des soins et du rendement financier. En tant qu'organisme pancanadien d'information sur la santé, l'ICIS devrait coordonner l'élaboration et l'application des définitions normalisées de l'intensité ou des niveaux des soins continus.

## **6** *Faire valoir l'application des connaissances ainsi que l'apprentissage interrégional*

Plusieurs provinces sont en train d'élaborer et de mettre en œuvre de nouveaux outils stratégiques pour réduire les durées de séjour et augmenter le volume des soins hospitaliers. Comme on ne sait pas exactement comment ces incitations façonneront le besoin et la demande en soins continus, il est nécessaire de mener des études rigoureuses et approfondies pour suivre l'évolution de la demande, la pertinence et la qualité des services de soins continus.

Actuellement, plusieurs programmes, à des intensités diverses, sont mis en œuvre pour réduire le nombre d'hospitalisations de NSA sans tenir en compte des mesures de l'efficacité, du coût-efficacité et de la généralisabilité des programmes. Une évaluation comparative des politiques, qui fonctionnent seules ou en combinaison, pour réduire les hospitalisations de NSA et améliorer la qualité de vie des patients est nécessaire.

De nombreux programmes pour réduire les hospitalisations de NSA sont élaborés au niveau régional ou local et ne seront jamais largement connus. Il est donc nécessaire d'entreprendre un plus grand nombre d'activités d'application des connaissances dans le cadre desquelles des données probantes sur la détermination et l'évaluation des politiques visant à réduire les hospitalisations de NSA et à améliorer la qualité de vie des patients sont disponibles à grande échelle et de manière intelligible.

## 8 RÉFÉRENCES

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse en bref: Niveaux de soins alternatifs au Canada*, Ottawa : Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2009.
- 2 Institut canadien d'information sur la santé. *Les Soins de Santé au Canada 2010*. Ottawa : Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2010.
- 3 Association des hôpitaux de l'Ontario. *OHA ALC Survey*. Toronto, Canada : Association des hôpitaux de l'Ontario, 2010.
- 4 Sutherland, Jason M. *Mécanismes de financement des hôpitaux: aperçu et options pour le Canada*. Ottawa : Fionda Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, 2011. ISBN: 978-1-927024-00-3.
- 5 Moreno-Serra, R. et Wagstaff, A. *System-wide impacts of hospital payment reforms, evidence from central and eastern Europe and central Asia, Policy research paper 4987*. Washington, DC, États-Unis : World Bank, 2009.
- 6 Ettelt, S., Thomson, S., Nolte, E. et Mays, N. *Reimbursing highly specialised hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries*. Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2006.
- 7 Friedman, R et Kalant, N. Comparison of long-term care in an acute care institution and in long-term care institution, *Canadian Medical Association Journal*. 1998, Vols. 159, n° 9, p. 1107-1113.
- 8 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2005. ISBN 92-64-00848-9.
- 9 Caris-Verhallen, W et Kerkstra, A. Continuity of care for patients on a waiting list for institutional long-term care. *Health and Social Care in the Community*. 2001, Vol. 9, n° 1, pp. 1-9.
- 10 O'Brien-Pallas, L, et coll. *Normes fondées sur des données probantes pour mesurer la dotation et le rendement du personnel infirmier*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004.
- 11 Sprivilis, P, et coll. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*. 2006, Vol. 184, n° 5, p. 208-212.
- 12 Forster, A, et coll. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Academic Emergency Medicine*. 2003, Vol. 10, n°2, p. 127-133.
- 13 Tim Horton's triage: B.C. patients treated in coffee shop. *CTV News*. [En Ligne] CTV, 2 Mars 2011. [Consulté: 26 Mars 2011.] <http://www.ctv.ca/CTVNews/Canada/20110302/tim-hortons-becomes-temporary-hospital-110302/>.
- 14 ER departments understaffed, doctors say. *CBC News*. [En Ligne] CBC, 7 Mai 2010. [Consulté: 26 Mars 2011.] <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/story/2010/05/06/bc-victoria-doctors-staffing-shortage.html>.
- 15 Wait times at B.C. emergency rooms could come down. *News1130*. [En Ligne] News1130, 14 Juillet 2010. [Consulté: 26 Mars 2011.] <http://www.news1130.com/news/local/article/77567--wait-times-at-b-c-emergency-rooms-could-come-down>.

- 16 CBCNews. *CBCNews*. [En Ligne] CBC, 28 Février 2011. [Consulté: 26 Mars 2011.] <http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/02/28/health-care-cma-turnbull.html?ref=rss>.
- 17 Alberta Health and Wellness. *Continuing Care Strategy. Aging in the right place*. Edmonton, Alberta : Alberta Health and Wellness, 2008.
- 18 Alberta Health Services. Activity Based Funding. *Canadian Institutes for Health Information (CIHI) Conferences*. [En Ligne] [Consulté: 7 Avril 2011.] <http://www.google.ca/url?sa=t&source=web&cd=5&ved=0CC8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cihiconferences.ca%2FHSSF2010%2Fdownloads%2FCIHI%2520Health%2520System%2520Funding%2520Forum%2520-%2520ABF%2520Chris%2520Mazurkewich.ppt&ei=YYGfTZz0D6vWiAL41uj0Ag&usg=AFQjCNE> .
- 19 Institut Canadien d'Information sur la Santé. *Base de Données sur les Dépenses Nationales de Santé*. Ottawa, Canada : Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2009.
- 20 Hoverman Colla, C., Escarce, J.J., Beeuwks Buntin, M. et Sood, N. Effects of competition on the cost and quality of inpatient rehabilitation care under prospective payment. *Health Services Research*. Vol. 45, n° 6.2, p. 1981-2006, 2010.
- 21 Baker G.R., Norton P.G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., Etchells E., Ghali W.A., Hébert P., Majumdar S.R., O'Beirne M., Palacios-Derflingher L., Reid R.J., Sheps S. et Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 170, No 11 (25 Mai 2004), p. 1678-86.
- 22 Van Den Bos, J., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E. et Shreve, J. The \$17.1 billion problem: The annual cost of measurable medical errors. *Health Affairs*. Vol. 30, n° 4 (2011), p. 596-603.
- 23 Goodman, J.C., Villarreal, P. et Jones, B. The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Affairs*. Vol. 30, n° 4 (2011), p. 590-595.
- 24 Association Canadienne des Soins de Santé. *Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement*. Ottawa, Canada. Association Canadienne des Soins de Santé, 2009. ISBN 978-1-896151-35-9.
- 25 Hollander, M.J., Cherry, L., MacAdam, M., Pallan, P. et Ritter, R. *Continuing care service delivery systems: Case studies of current models (revised)*. Victoria, C.-B. : Hollander Analytical Services Ltd., 2007.
- 26 Haggerty, J, et coll. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. Vol. 327 (2003), p. 1219-1221.
- 27 Lavis, J. et Anderson, G. Appropriateness in health care delivery: Definitions, measurement and policy implications. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 154, n° 3 (1996), p. 321-328.
- 28 Gross, D., et coll. The growing pains of integrated health care for the elderly: Lessons from the expansion of PACE. *Milbank Quarterly*. Vol. 82, n° 2 (2004), p. 257-282.
- 29 Hollander, M., et coll. Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues. *Healthcare Quarterly*. Vol. 10, n° 3 (2007), p. 34-45.
- 30 Clarfield, A.M., Bergman, H. et Kane, R. Fragmentation of care for frail older people - an international problem. Experiences from three countries: Israel, Canada, and the United States. *Journal of the American Geriatric Society*. Vol. 49, n° 12 (2001), p. 1714-1721.



- 31 Penney, C. et Henry, E. Improving performance management for delivering appropriate care for patients no longer needing acute hospital care. *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol. 13-S1 (2008), p. 30-34.
- 32 Kane, R.L., Lin, W.-C. et Blewett, L.A. Geographic variation in the use of post-acute care. *Health Services Research*. Vol. 37, n° 3 (2002), p. 667-682.
- 33 Hackbarth, G., Reischauer, R. et Mutti, A. Collective accountability for medical care - toward bundled payments. *New England Journal of Medicine*. Vol. 359, n° 1 (2008), p. 3 5.
- 34 Gottlieb, D.J., Zhou, W., Song, Y., Andrews, K.G., Skinner, J.S. et Sutherland, J.M. Prices don't drive regional medicare spending variations. *Health Affairs*. Vol. 29, n° 3 (2009), p. 537-543.
- 35 Buntin, M.B., Garten, D., Paddock, S., Saliba, D., Totten, M. et Escarce, J.J. How much is postacute care use affected by its availability? *Health Services Research*. Vol. 40, n° 2 (2005), p. 413 434.
- 36 Buntin, M., Colla, C. et Escarce, J. Effects of payment changes on trends in post-acute care. *Health Services Research*. Vol. 44, n° 4 (2009), p. 1188-1210.
- 37 Grabowski, D.C. Medicare and Medicaid: Conflicting incentives for long-term care. *The Millbank Quarterly*. Vol. 85, n° 4 (2007), p. 579-610.
- 38 Beland, F., et coll. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized control trial. *Journal of Gerontology*. Vol. 61A, n° 4 (2006), p. 367-373.
- 39 Mor, V., Intrator, O., Feng, Z. et Grabowski, D.C. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *Health Affairs*. Vol 29, n° 1 (2010), p. 57-64.
- 40 Association des Hôpitaux de l'Ontario. *Alternative Level of Care (ALC). OHA ALC Survey Results January 2011*. Toronto, Canada : Association des Hôpitaux de l'Ontario, 2011.
- 41 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction des données sur la santé. *Total des cas pondérés de 2004-2005 à 2008-2009*. Toronto, Canada : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2010.
- 42 Ham, C, Dixon, J et Chantler, C. Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *British Medical Journal*. Vol. 342 (2011), d905.
- 43 Bird, S.R., Kurowski, W., Dickman, G.K. et Kronborg, I. Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Australian Health Review*. Vol. 31, n° 3 (2007), p. 451 - 461.
- 44 Beauchamp, J., et coll. *The effect of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) on quality*. Princeton, NJ : Mathematica Policy Research Inc., 2008.
- 45 Bodenheimer, T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*. Vol. 358, n° 10 (2008), p. 1064-1071.
- 46 Crosson, F. 21st century health care - The case for integrated delivery systems. *New England Journal of Medicine*. Vol. 361, n° 14 (2009), p. 1324-1325.
- 47 Gao, J, et coll. Variations in efficiency and the relationship to quality of care in the Veterans Health System. *Health Affairs*. Vol. 30, n° 4 (2010), p. 655-663.

- 48 Weeks, W, et coll. Higher health care quality and bigger savings found at large multispecialty medical groups. *Health Affairs*. Vol. 29, n° 5 (2010), p. 991-997.
- 49 Shih, A, et coll. *Organizing the U.S. health care delivery system for high performance*. The Commonwealth Fund, 2008.
- 50 Porter, M et Olmsted Teisberg, E. *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston : Harvard Business School Press, 2006.
- 51 Batalden, P. et Mohr, J. Building knowledge of health care as a system. *Quality Management in Health Care*. Vol. 5, n° 3 (1997), p. 1-12.
- 52 Lurie, J., et coll. An approach to hospital quality improvement. *The Medical Clinics of North America*. Vol. 86 (2002), p. 825-845.
- 53 Ginsburg, P.B. et Grossman, J.M. When the price isn't right: How inadvertent payment incentives drive medical care. *Health Affairs*. DOI 10.1377/hlthaff.W5.376, 2005.
- 54 Hayes, K.J. Pettengill, J. et Stensland, J. Getting the price right: medicare payment rates for cardiovascular services. *Health Affairs*. Vol. 26, n° 1 (2007), p. 124-136.
- 55 Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F. et Thompson, J.D. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*. Vol. 18, n° 2-S (1980), p. 1-53.
- 56 Fetter, R. B., Y. Shin et coll. Case mix definition by diagnosis related groups. *Medical Care*. Vol. 18, n° 2-S (1980), p. 1-53.
- 57 France, F.H.R. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure. *International Journal of Medical Informatics*. Vol. 70, n° 2-3 (2003),p. 215-219.
- 58 Busse, R., Schreyogg, J. et Smith, P.C. Editorial: Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*. Vol. 9 (2006), p. 211-213.
- 59 Boyle, S. United Kingdom (England) Health System Review. *Health Systems in Transition*. Vol. 13, n° 1 (2011), p. 1-486.
- 60 Eldridge, C. et Palmer, N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning*. Vol. 24 (2009), p. 160-166.
- 61 Eager, K., Gordon, R., Hodgkinson, A., Green, J., Eager, L., Ervin, J. et coll. *The Australian national sub-acute and non-acute patient classification (AN-SNAP): report of the national sub-acute and non-acute casemix study*. Wollongong, Australie : University of Wollongong, Centre for Health Service Development, 1997.
- 62 Fries, B.E., Schneider, D.P., Foley, W.J., Gavazzi, M., Burke, R. et Cornelius, E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource utilization groups (RUG-III). *Medical Care*. Vol. 32, n° 7 (1994), p. 668-685.
- 63 Kaplan, S. Growth and payment adequacy of Medicare postacute care rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 88 (novembre 2007), p. 1494-1499.
- 64 Chan, L. The state-of-the-sciences: Challenges in designing postacute care payment policy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 88 (2007), p. 1522-1525.

- 65 Beeuwks Buntin, M., Hoverman Colla, C. et Escarce, J.J. Effects of payment changes on trends in post-acute care. *Health Services Research*. Vol. 44, n° 4 (2009), p. 1188-1210.
- 66 Lin, W.-C., Kane, R.L., Mehr, D.R., Madsen, R.W. et Petroski, G.F. Changes in the use of postacute care during the initial Medicare payment reforms. *Health Services Research*. Vol. 41, n° 4 (2006), p. 1338-1356.
- 67 U.S.Department of Health and Human Services. *Substitutability across institutional post-acute care settings: 1998-2006*. Washington, D.C. : U.S. Department of Health and Human Services, 2009. #HHS-100-03-0017.
- 68 Carter, G.M., Beeuwkes, B.M., Hayden, O., Kawata, J., Paddock, S.M., Relles, D.A., Ridgeway, G.K., Totten, M.E. et Wynn, B.O. *Analyses for the initial implementation of the inpatient rehabilitation facility prospective payment system*. Santa Monica, CA : 2001. MR-1500-CMS.
- 69 McCue, M.J. et Thompspon, J.M. Early effects of the prospective payment system on inpatient rehabilitation hospital performance. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 87, n° 2 (2006), p. 198-202.
- 70 McCue, M.J. et Thompson, J.M. Early effects of the prospective payment system on inpatient rehabilitation hospital performance. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 87, n° 2 (2006), p. 198-202.
- 71 Wodchis, W.P. Physical rehabilitation following medicare prospective payment for skilled nursing facilities. *Health Services Research*. Vol. 39, n° 5 (2004), p. 1299-1318.
- 72 Sood, N., Beeuwks Buntin, M. et Escarce, J.J. Does how much and you pay matter? Evidence from the inpatient rehabilitation care prospective payment system. *Journal of Health Economics*. Vol. 27 (2008), p. 1046-1059.
- 73 Fryman, T. et Mullen, R.C. Influence of the prospective payment system on speech-language pathology services. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 84, n° 1 (2005), p. 12-21.
- 74 Magasi, S., Durkin, E.M., Wolf, M.S. et Deustch, A. Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: A health literacy perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 60, n° 2 (2009), p. 206-212.
- 75 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Feuille de renseignements sur la quote-part pour soins continus complexes (2010). *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée*. [En Ligne] Gouvernement de l'Ontario, 12 Juillet 2010. [Consulté: 15 Mai 2011.] <http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/chronicf/chronicf.html>
- 76 Carpenter, G.I., Ikagami, N., Ljunggern, G. et coll. RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Aging*. Vol. 26, No S2 (1997), p. 61-65.
- 77 White, C., Pizer, S.D. et White, A.J. Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. *Health Care Financing Review*. Vol. 24 (2002), p. 7-15.
- 78 Mueller, C. The RUG-III case mix classification system for long-term care nursing facilities: is it adequate for nurse staffing?. *Journal of Nursing Administration*. Vol. 30 (2000), p. 535-543.

- 79 Spector, W.D., Limcango, M.R., Ladd, H. et Mukamel, D. Incremental cost of postacute care in nursing homes. *Health Services Research*. Vol. 46, n° 1 (2011), p. 105-119.
- 80 Jensen, Camille. New research will provide a more equitable funding model: Hirdes. *Ontario Long-Term Care Association*. [En Ligne] 14 Mars 2008. [Consulté: 8 Mars 2011.] <http://www.oltca.com/axiom/DailyNews/2008/March/March14.html> .
- 81 Zhang, N.J., Unruh, L. et Wan, T.T.H. Has the Medicare prospective payment system led to increased nursing home efficiency? *Health Services Research*. Vol. 43, n° 3 (2008), p. 1043-1061.
- 82 Grabowski, D.C. Medicaid reimbursement and the quality of nursing home care. *Journal of Health Economics*. Vol. 20, n° 4 (2001), p. 549-569.
- 83 Grabowski, D.C. The economic implications of case-mix Medicaid reimbursement for nursing home care. *Inquiry*. Vol. 39, n° 3 (2002), p. 258-278.
- 84 White, C. Medicare's prospective payment system for skilled nursing facilities: effects on staffing and quality of care. *Inquiry*. Vol. 42, n° 4 (2005-2006), p. 351-366.
- 85 Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, M.K. et Riggs, C.J. Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol. 7, No 6 (2006), p. 366-376.
- 86 Konetzka, R.T., Yi, D., Norton, E.C. et Kilpatrick, K.E. Effects of Medicare payment changes on nursing home staffing and deficiencies. *Health Services Research*. Vol. 39, n° 3 (2004), p. 463-487.
- 87 Feng, Z., Grabowski, D.C., Intrator, O., Zinn, J. et Mor, V. Medicaid payment rates, case-mix reimbursement, and nursing home staffing - 1996-2004. *Medical Care*. Vol. 46, n° 1 (2008), p. 33-40.
- 88 Harrington, C., Swan, J.H. et Carrillo, H. Nurse staffing levels and Medicaid reimbursement rates in nursing facilities. *Health Services Research*. Vol. 42, n° 3P1 (1997), p. 1105-1129.
- 89 Grabowski, D., Angelelli, J.J. et Mor, V. Medicaid payment and risk-adjusted nursing home quality measures. *Health Affairs*. Vol. 23, n° 5 (2004), p. 243-252.
- 90 Murray, P.K., Love, T.E., Dawson, N.V., Thomas, C.L. et Cebul, R.D. Rehabilitation services after the implementation of the nursing home prospective payment system: Differences related to patient and nursing home characteristics. *Medical Care*. Vol. 43, n° 11 (2005), p. 1109-1115.
- 91 Zinn, J., Feng, Z., Mor, V., Intrator, O. et Grabowski, D. Restructuring in response to case mix reimbursement in nursing homes: a contingency approach. *Health Care Management Review*. Vol. 33, n° 2 (2008), p. 113-123.
- 92 Starkey, K.B., Weech-Maldonado, R. et Mor, V. Market competition and quality of care in the nursing home industry. *Journal of Health Care Finance*. Vol. 32, n° 1 (2005), p. 67-81.
- 93 Castle, N.G., Engberg, J. et Liu, D. Have nursing home compare quality measure scores changed over time in response to competition? *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 16, n° 3 (2007), p. 185-191.
- 94 Castle, N.G., Liu, D. et Engberg, J. The association of nursing home compare quality measures with market competition and occupancy rates. *Journal of Healthcare Quality*. Vol. 30, n° 2 (2008), p. 4-14.
- 95 Community Care Information Management. *Long Term Care Homes*. [En Ligne] <https://www.ccim.on.ca/LTCH/default.aspx>.

- 96 Kane, R., Arling, G.A. et Mueller, A. A quality-based payment strategy for nursing home care in Minnesota. *The Gerontologist*. Vol. 47, n° 1 (2007), p. 108-115.
- 97 Briesacher, B.A., Field, T.S., Baril, J. et Gurwitz, J.H. Pay-for-performance in nursing homes. *Health Care Financing Review*. Vol. 30, n° 3 (2009), p. 1-13.
- 98 Choi, S. et Davitt, J.K. Changes in the Medicare home health care market: The impact of reimbursement policy. *Medical Care*. Vol. 47, n° 3 (2009), p. 302-309.
- 99 McKnight, R. Home care reimbursement, long-term care utilization, and health outcomes. *Journal of Public Economics*. Vol. 90 (2006), p. 293-323.
- 100 Liu, K., Long, S.K. et Dowling, K. Medicare interim payment system's impact on Medicare home health utilization. *Healthcare Financing Review*. Vol. 25, n° 1 (2003), p. 81-97.
- 101 Schlenker, R.E., Powell, M.C. et Goodrich, G.K. Initial home health outcomes under prospective payment. *Health Services Research*. Vol. 40, n° 1 (2005), p. 177-193.
- 102 Alberta Health Services. Seniors Living Options Assessment. [En Ligne] [Consulté 29 Mars 2011] <http://www.albertahealthservices.ca/640.asp>.
- 103 Poss, J., Hirdes, J.P., Fries, B.E., McKillop, I. et Chase, M. Validation of Resource Utilization Groups Version III for home care (RUG-III/HC): Evidence from a Canadian home care jurisdiction. *Medical Care*. Vol. 46, n° 4 (2008), p. 380-387.
- 104 Björkgren, M., Fries, B.E. et Shugarman, L.R. A RUG-III Case-Mix System for Home Care. *Canadian Journal on Aging*. Vol. 19 (2000), p. 106-123.
- 105 Hirdes, J.P., Fries, B.E., Morris, J.N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D.M., Aliaga, P., Hammer, S. et Jones, R.J. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *The Gerontologist*. Vol. 44, n° 5 (2004), p. 665-679.
- 106 Kelly, J et Orr, A. Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support. *Healthcare Papers*. Vol. 10, n° 1 (2009), p. 65-71.
- 107 Anderson, W.L., Norton, E.C. et Dow, W.H. Medicare maximization by state Medicaid programs: effects on Medicare home care utilization. *Medical Care Research and Review*. Vol. 60, n° 2 (2003), p. 201-222.
- 108 Clarkson, P., Hughes, J. et Challis, D. Public funding for residential and nursing home care: projection of the potential impact of proposals to change the residential allowance in services for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 18, n° 3 (2003), p. 211-216.
- 109 Cutler, D. Equality, Efficiency, et Market Fundamental: The Dynamics of international medical care reform. *Journal of Economic Literature*. Vol. 40, n° 3 (2002), p. 881-906.
- 110 Vedel, I, et coll. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Quebec, Canada. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 11, n° March (2011), p. 1-11.
- 111 Manning, W, et coll. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *New England Journal of Medicine*. Vol. 310, n° 23 (1984), p. 1505-1510.
- 112 Robinson, R. Managed care in the United States. *Health Economics*. Vol. 9, n° 1 (2000), p. 1 7.
- 113 Schoder, J et Zweifel, P. The contribution of managed care to the performance of healthcare systems - evidence from three countries. *Swiss Journal of Economics and Statistics*. Vol. 144, n° 3 (2008), p. 477-493.

- 114 Ware Jr, J, et coll. Difference in four year health outcomes for elderly and poor, chronically-ill patients treated in hmo and fee-for-service systems: Result from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 276, n° 13 (1996), p. 1039-1047.
- 115 Chattopadhyay, A. et Bindman, A. Linking a comprehensive payment model to comprehensive care of frail elderly patients. A dual approach. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 304, n° 17 (2010), p. 1948-1949.
- 116 Steinbrook, R. The end of fee-for-service medicine? Proposals for payment reform in Massachusetts. *New England Journal of Medicine*. Vol. 10, n° 1056/nejmp0906556 (2009).
- 117 Fisher, E. S., Staiger, D.O., Bynum, J.P.W. et Gottlieb, D.J. Creating Account-able Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff. *Health Affairs*. Vol. 26, n° 1 (2007), p. w44 w57.
- 118 Fisher, E.S., McClellan, M.B., Bertko, J., Lieberman, S.M., Lee, J.J., Lewis, J.L. et Skinner, J.S. Fostering accountable health care: Moving forward in Medicine. *Health Affairs*. Vol. 28, n° 2 (2009), p. w219-w231.
- 119 Shortell, S. M. et Casalino, L.P. Health Care Reform Requires Accountable Care Systems. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 300, n° 1 (2008), p. 95-97 (doi:10.1001/jama.300.1.95).
- 120 Birkmeyer, J.D., Gust, C., Baser, O., Dimick, J., Sutherland, J.M. et Skinner, J.S. Medicare payments for common inpatient procedures: Implications for episode-based payment bundling. *Health Services Research*. Vol. 45, n° 6 Pt1 (2010), p. 1783 1795.
- 121 Bach, P.B., Mirkin, J.N. et Luke, J.J. Episode-based payment for cancer care: A proposed pilot for Medicare. *Health Affairs*. Vol. 30, n° 3 (2011), p. 500-509.
- 122 Rosenthal, M.B. et Dudley, R.A. Pay-for-performance. Will the latest payment trend improve care? *Journal of the American Medical Association*. Vol. 297, n° 7 (2007), p. 740-744.
- 123 Damberg, C.L., Raube, K., Teleki, S.S. et dela Cruz, E. Taking stock of pay-for-performance: A candid assessment from the front lines. *Health Affairs*. Vol. 28, n° 2 (2009), p. 517-515.
- 124 Petersen, L.A., Woodard, L.D., Urech, T., Daw, C. et Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*. Vol. 145, n° 4 (2006), p. 265 272.
- 125 Briesacher, B, et coll. Pay-for-performance in nursing homes. *Health Care Finance Review*. Vol. 30, n° 3 (2009), p. 1-13.
- 126 Satzinger, W, et coll. Bridging the information gap between hospitals and home care services: experience with patient admission and discharge form. *Journal of Nursing Management* Vol. 13 (2005), p. 257-264.
- 127 Hirdes, J.P., Fries, B.E., Morris, J., Steel, K., Mor, V., Frijters, D., LaBine, S., Schlam, C., Stones, M.J., Teare, G., Smith, T., Marhaba, M., Perez, E. et Jonsson, P. Intergrated health information systems based on the RAI/MDS series of instruments. *Healthcare Management Forum*. Vol. 12 (1999), p. 30-40.
- 128 Hirdes, J.P., Zimmerman, D.R., Hallman, K.G. et Soucie, P.S. Use of the MDS quality indicators to assess quality of care in institutional settings. *Canadian Journal of Quality in Health Care*. Vol. 14 (1998), p. 5-11.
- 129 Dellefield, M.E. Using the Resource Utilization Groups (RUG-III) system as a staffing tool in nursing homes. *Geriatric Nursing*. Vol. 27, n° 3 (2006), p. 160-165.

- 130 Hospital report research collaborative. *Hospital report complex continuing care 2007*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé, 2007.
- 131 Institut canadien d'information sur la santé. *La sécurité des pensionnaires : Caractéristiques associées aux chutes dans les établissements de soins complexes de longue durée de l'Ontario*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé, 2007.
- 132 Sutherland, J.M. et Walker, J. Challenges of rehabilitation case mix measurement in Ontario hospitals. *Health Policy*. Vol. 85, n° 3 (2007), p. 336-348.
- 133 Paddock, S.M., Escarce, J.J., Hayden, O. et Buntin, M.B. Did the Medicare inpatient rehabilitation facility prospective payment system result in changes in relative patient severity and relative resource use?. *Medical Care*. Vol. 45, n° 2 (2007), p. 123-130.
- 134 Stineman, M.G., Shea, J.A., Jette, A., Tassoni, C.J., Ottenbacher, K.J., Fiedler, R. et Granger, C.V. The functional independence measure: tests of scaling assumptions, structure and reliability across 20 diverse impairment categories. *Archives of Physical Medicine*. Vol. 77, no 11 (1996), p. 1101-1108.
- 135 Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa Canada : CIHI, 2007.
- 136 Institut canadien d'information sur la santé. *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*. Ottawa Canada : Institut canadien d'information sur la santé, 2006-2007. ISBN 1-55392-750-8 (PDF).
- 137 Cohen, M., Tate, J. et Baumbusch, J. *An uncertain future for seniors: BC's restructuring of home and community health care, 2001-2008*. Vancouver Canada : Canadian Centre for Policy Alternatives - BC Office, 2009.
- 138 Sutherland, J.M. et Steinum, O. Hospital factors associated with clinical data quality. *Health Policy*. Vol. 91 (2009), p. 321-326.
- 139 Institut canadien d'information sur la santé. *Enjeux liés à la qualité des données de la BDCP*. Ottawa Canada : Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
- 140 Preyra, C. Coding response to a case mix measurement system based on multiple diagnoses. *Health Services Research*. Vol. 39, n° 4 (2004), p. 1027-1046.
- 141 Institut canadien d'information sur la santé. *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD) de 1996-1997 à 2000-2001*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
- 142 Bowles, K, et coll. Informaiton deficits in home care: a barrier to evidence-based disease management. *Home Health Care Management & Practice*. Vol. 22, n° 4 (2010), p. 278-285.
- 143 Alberta Health and Wellness. *Provincial Service Optimization Review: Final Report*. Edmonton, Canada : Alberta Health and Wellness, 2008.
- 144 Naismith, L., Ballem, P., Baxter, R., Colin-Thome, D., Herbert, C., Keating, N., Lessard, R., Lyons, R., McMurchy, D., Ratner, P., Rosenbaum, P., Tamblyn, R. et Zimmerman, B. *Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Put People First, Expect the Best, Manage for Results*. Ottawa, Canada : Canadian Academy of Health Sciences, 2010. ISBN 978-0-9811589-5-2.

- 145 Collins, S, et coll. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*. Vol. sous presse (2011).
- 146 Clancy, C. Reengineering hospital discharge: a protocol to improve patient safety, reduce costs, and boost patient satisfaction. *American Journal of Medical Quality*. Vol. 24 (2009), p. 344.
- 147 Naylor, M, Kurtzman, E et Pauly, M. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, Politics and Nursing Practice*. Vol. 10, n° 3 (2009), p. 187-194.
- 148 Centers for Medicare and Medicaid Services. CMS proposes to expand quality program for hospital inpatient services in FY 2009. [En Ligne] [Consulté: 30 Mars 2011.] <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3041&tintNumPerPage=10&tcheckDate=&tcheckKey=&tsrchType=1&tnumDays=3500&tsrchOpt=0&tsrchData=&tsrchOpt=0&tsrchData=&keywordType=All&tchkNewsType=1%2C+2%2C+3%2C+4%2C+5&tintPage=&showAll=&tpYear=&year=&desc=&tboOr> .
- 149 Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D., Pauly, M.V. et Schwartz, J.S. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 281, n° 7 (2009), p. 613-620.
- 150 Scott, I. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*. Vol. 34 (2010), p 445-451.
- 151 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Stratégie Vieillir chez soi de l'Ontario. *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario*. [En Ligne] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 31 août 2010. [Consulté: 12 Avril 2011] [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/lrcf/33\\_ontario\\_strategyf.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/lrcf/33_ontario_strategyf.html).152 Institut canadien d'information sur la santé. *Le soutien aux aidants naturels au coeur des services à domicile*. Ottawa : ICIS, 2010.
- 153 Hollander, M, Liu, G et Chappell, N. Who cares and how much? *Healthcare Quarterly*. Vol. 12, n° 2 (2009), p. 42-49.



## ANNEXE 1: RÉSUMÉ DES PROGRAMMES PROVINCIAUX DE SOINS POST-AIGUS ET DES TERMES CONNEXES

Tableau 1 : Résumé de la terminologie provinciale relative aux soins de longue durée et au milieu de soutien

	SOINS DE LONGUE DURÉE*	MILIEU DE SOUTIEN*
Colombie-Britannique	Établissements de Soins en Résidence	Résidences-Services Foyers de Groupes Foyers de Soins Familiaux
Alberta	Établissements de Soins de Longue Durée	Logements de Soutien Logements Améliorés Résidences Désignées avec Services
Saskatchewan	Foyers de Soins Spéciaux Foyers de Soins Infirmiers	Foyers de Soins Personnels
Manitoba	Foyers de Soins Personnels	Logements Supervisés
Ontario	Foyers de Soins de Longue Durée	Logements Supervisés Maisons de Retraite
Quebec	Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée (CHSLD)	Résidences pour Personnes Âgées
Nouveau-Brunswick	Foyers de Soins Infirmiers	Foyers de Soins Spéciaux
Nouvelle-Écosse	Foyers de Soins Infirmiers Foyers pour Personnes Âgées	Établissement de Soins en Résidence Résidences Communautaires Petits Foyers Communautaires
Île-du-Prince-Édouard	Établissements ou Foyers de Soins Infirmiers de Longue Durée	Établissements de Soins Communautaires
Terre-Neuve	Foyers de Soins Infirmiers	Foyers de Soins Personnels
Yukon	Établissements de Soins Continus	Établissements de Soins Continus
Territoires du Nord-Ouest	Établissements de Longue Durée	Établissements de Longue Durée
Nunavut	Établissements de Longue Durée	Foyers pour Âinés

\* La catégorie de soins de long durée inclut des soins infirmiers professionnels 24 heures sur 24, contrairement au milieu de soutien.

## **ANNEXE 2 : DÉFINITION DES SOINS CONTINUS EN ÉTABLISSEMENT**

Deux tiers des patients de NSA sont en attente d'un lit dans un établissement de soins continus qui répond à leurs besoins et préférences en matière de soins, ainsi qu'à la disponibilité des ressources. Bien que ces patients soient principalement transférés aux soins continus complexes, aux soins de longue durée et aux services de réadaptation pour patients hospitalisés, ils peuvent aussi l'être aux soins palliatifs en établissement.

### **Soins continus complexes**

Les soins continus complexes sont des soins médicaux spécialisés dispensés aux patients de façon continue en milieu hospitalier. L'admission est établie par un médecin et les soins sont, dans bien des cas, fournis aux patients sur des périodes prolongées. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge dans des établissements de soins de longue durée et sont généralement atteints de maladies ou de handicaps nécessitant des soins spécialisés ou technologiques comme un ventilateur. Appelés également malades prolongés ou chroniques dans certaines provinces, ils s'étendent sur tout le spectre de l'âge et leurs maladies comprennent la sclérose en plaques avancée, la sclérose latérale amyotrophique (ou la maladie de Lou Gehrig). Les coûts associés à ces lits (décrits en détail ci-dessous) sont habituellement couverts par un budget global et sont moindres que ceux pour des patients en soins actifs.

### **Soins de longue durée**

Les soins de longue durée en établissement sont les soins continus qui consistent en des mesures de soutien personnel ainsi que des services physiques, sociaux et de santé fournis dans un milieu sécurisé. Leur objectif est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des résidents, et ils sont destinés aux personnes ayant une déficience fonctionnelle ou cognitive à long terme. Les résidents des établissements de soins de longue durée ont des besoins médicaux complexes qui ne peuvent être satisfaits à leur domicile ou dans un milieu de soutien, et nécessitent une gestion de cas. Les soins dispensés dans les établissements de soins de longue durée comprennent par exemple des soins de fin de vie, la gestion comportementale des résidents atteints de démence grave.

Les soins de longue durée intègrent les fonctions de services de santé et d'hébergement dans un seul milieu. En plus des soins dispensés (souvent 24 heures sur 24) par des infirmiers autorisés et appuyés par un éventail de professionnels, comme des infirmières auxiliaires autorisées, des aides en soins de santé, etc., les établissements de soins de longue durée offrent aussi des services de physiothérapie, de gestion de la pharmacie et des ulcères, ainsi que d'autres services de santé comme l'aide aux activités de la vie quotidienne et des services de loisirs. Dans certains établissements de soins de longue durée, il existe des programmes spécialisés pour les résidents ayant des besoins spéciaux, comme la démence grave ou la maladie d'Alzheimer. En outre, dans certaines provinces, les soins de longue durée englobent des soins de convalescence qui aident les résidents à se remettre d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale grave.

L'admission en soins de longue durée est prononcée par un coordonnateur des soins (ou l'équivalent, comme un professionnel de la santé relevant de l'État ou de la région) qui examine l'admissibilité et les critères liés aux ressources ou au revenu des patients, qui choisit l'établissement en fonction des préférences de ces derniers et des fournisseurs de soins et qui pose un jugement clinique en se basant sur l'état de risque, de santé et fonctionnel. L'emplacement actuel (foyer ou hôpital) ainsi que la prestation de soins informels influent également sur l'admission aux soins de longue durée. Les soins de longue durée sont fournis aux résidents par l'intermédiaire d'une combinaison de fournisseurs publics et privés

(organismes gouvernementaux, à but lucratif, sans but lucratif ou religieux)<sup>25</sup>. Les termes «foyer de soins infirmiers », «foyer de soins intermédiaires » et «établissement de soins en résidence » sont utilisés de façon interchangeable avec «établissement de soins de longue durée ».

## Réadaptation pour patients hospitalisés

La réadaptation pour patients hospitalisés consiste en une combinaison de services intensifs de réadaptation en milieu hospitalier et de services médicaux complexes qui ne peuvent être fournis dans un cadre communautaire. La réadaptation pour patients hospitalisés peut être offerte, dans des hôpitaux de soins aigus ou des hôpitaux de réadaptation spécialisés, par une équipe de professionnels médicaux et de réadaptation tels que des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes et inhalothérapeutes, des diététiciens et des employés des services de soutien. L'admission à ces services, qui sont de nature épisodique, est réservée aux patients des hôpitaux de soins aigus, notamment les cas de lésions traumatiques, de suivi postopératoire en orthopédie et de réadaptation après un AVC. La durée moyenne de séjour en réadaptation varie de 10 jours (AVC) à 90 jours (lésion de la moelle épinière)<sup>26</sup>. La réadaptation pour patients hospitalisés est souvent financée par un budget global.

*Soins communautaires continus* : environ un tiers des patients de NSA attendent leur transfert vers des soins communautaires continus puisqu'ils n'ont plus besoin de soins en établissement. L'admission à l'éventail de services de soins continus en milieu communautaire est prononcée par un coordonnateur de soins. Ces patients sont le plus souvent transférés vers des milieux de soutien, des services de soutien communautaire ou chez eux (avec ou sans services de soutien). Les lieux de transferts sont décrits ci-dessous.

*Milieu de soutien* : les résidents dans des établissements d'aide à la vie autonome nécessitent des soins qui ne peuvent pas être satisfaits à domicile et une certaine aide dans les activités de la vie quotidienne, mais il ne s'agit pas de services de santé ou de soins infirmiers continus. Ils peuvent avoir besoin de services médicaux intermittents d'un professionnel itinérant ou des services de gestion de cas, ou sont considérés à risque dans leur propre milieu<sup>25</sup>. Les différents services fournis dans des milieux de soutien comprennent des services d'entretien ménager léger, de repas, d'aide à la toilette et à l'hygiène, ainsi que des services limités de soins personnels ou de santé dans quelques provinces. Le milieu de soutien est appelé «résidence-services » dans certaines provinces.

*Soins à domicile* : les soins à domicile consistent en une gamme de services offerts aux personnes chez elles, qu'il s'agisse d'un domicile, d'un logement supervisé ou d'autre type de résidence. En général, les soins comprennent au minimum l'aide aux activités quotidiennes—se laver, s'habiller, faire sa toilette—et aux tâches ménagères légères pour assurer un environnement sûr et une qualité de vie, ainsi que des soins infirmiers, des services de thérapie, de diététique et sociaux. Les soins à domicile visent plusieurs objectifs, à savoir maintenir la capacité des gens à vivre de façon autonome (y compris les fonctions de réadaptation, d'entretien et de prévention), servir de substitut aux soins hospitaliers ou de longue durée et éviter les hospitalisations en soins aigus.

En outre, une grande partie des soins informels sont dispensés par les conjoints, les enfants, les amis et les voisins—quiconque fournit des soins sans être rémunéré. Selon une récente étude de l'ICIS sur les soins informels, 98 p. 100 des personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile financés par des fonds publics avaient également un ou plusieurs prestataires de soins informels<sup>27</sup>. On estime que les soins informels représentent globalement 25 milliards de dollars en services non rémunérés chaque année, un chiffre qui est probablement sous-estimé<sup>28</sup>. La prestation de soins informels est liée au nombre d'hospitalisations de NSA pour deux raisons : premièrement, elle peut limiter ou élargir les lieux de transfert disponibles et, deuxièmement, les aidants naturels peuvent être en si grande détresse qu'ils ont recours à l'hospitalisation

comme une forme de répit<sup>27</sup>. Tout en reconnaissant les importants effets des soins informels, le présent rapport porte sur les leviers politiques disponibles aux services de santé publics pour réduire le nombre d'hospitalisations de NSA et limite, en conséquence, la discussion à ce sujet.

*Centre de soins palliatifs* : il s'agit des différents aspects des soins palliatifs et de fin de vie fournis aux malades en phase terminale. Les soins palliatifs comprennent les soins médicaux, la gestion de la douleur et les services sociaux visant à offrir le confort et le soutien aux patients et aux soignants, et sont fournis par des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Une grande part des soins palliatifs sont dispensés à domicile, mais ils peuvent aussi l'être dans des établissements de soins aigus ou de longue durée.

Bien que les patients de NSA, transférés d'un établissement de soins aigus vers la collectivité, aient recours à des soins continus communautaires autres que ceux énumérés, selon les renseignements disponibles, les services de soutien communautaire et les maisons de retraite jouent un rôle important, mais moins prépondérant que ceux décrits ci-dessous, dans les services de santé qui leur sont dispensés. Les services de soutien communautaire consistent en un large éventail de services de soutien fournis à domicile (ou lieu de résidence) qui diffèrent des services de soins à domicile typiques, dont des services sociaux, diététiques, de thérapie et de soins infirmiers. Les services communautaires comprennent des programmes de soins de relève et de soins de jour, ainsi que de loisirs, de repas à domicile et de transport. Les services de soutien communautaires sont utilisés pour retarder les soins de longue durée ou pour éviter l'admission à des soins hospitaliers.

Les maisons de retraite sont des résidences privées pour des personnes âgées qui ont besoin d'un soutien minimal. Dans certains cas, les résidents reçoivent des services de soins à domicile dans les maisons de retraite. Les services qui y sont fournis se limitent à des services de lessive, d'entretien ménager léger et de repas en commun et ne comprennent pas les services de santé.