



HARMONISATION DES RÉSULTATS ET DES DÉPENSES

Expériences canadiennes en
matière de services de santé
axés sur la valeur

Jennifer Zelmer

Préparé pour le compte de la Fondation canadienne
pour l'amélioration des services de santé (FCASS)

Août 2018

Clause de reconnaissance et avis d'exclusion de responsabilité

Le présent rapport a été préparé par Jennifer Zelmer, Ph. D. (ancienne présidente du Azimuth Health Group et nouvelle présidente-directrice générale de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Twitter : @jenzelmer) pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). L'auteure remercie les interlocuteurs clés pour leurs points de vue sur les initiatives canadiennes de services de santé axés sur la valeur, de même que les examinateurs externes et le personnel de la FCASS pour leurs commentaires éclairés et leurs précieuses suggestions.

À propos de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

La FCASS recense des innovations éprouvées et accélère leur diffusion partout au Canada en soutenant les organismes de santé dans l'adaptation, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration des soins, de la santé de la population et de l'optimisation des ressources. Nous mettons en place des innovations conçues en collaboration avec les patients et leurs familles, et nous travaillons étroitement avec les organismes, les dirigeants du système de santé, les prestataires, les patients, les familles et les communautés autochtones pour améliorer les soins de santé pour tous les Canadiens. Basée à Ottawa et composée d'une équipe de plus de 65 personnes, la FCASS crée des projets collaboratifs visant à diffuser des améliorations fondées sur des données probantes.

Les opinions exprimées dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Harmonisation des résultats et des dépenses : Expériences canadiennes en matière de services de santé axés sur la valeur © 2018 Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

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, en tout ou en partie, ne soit modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez écrire à l'adresse info@cfhi-fcass.ca. Pour citer cette publication, veuillez utiliser la formulation suivante : « Reproduction autorisée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé © 2018 ».

FCASS
150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4

TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT	1
MESSAGES CLÉS	2
PRÉSENTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR	6
Contexte et buts du système de santé	6
Ce que sont les services de santé axés sur la valeur?	7
Ce que ne sont PAS les services de santé axés sur la valeur	8
FACTEURS FAVORABLES AUX SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR	11
Perspectives sur les facteurs favorable aux services de santé Axés sur la valeur	12
Facteur favorable aux SSAV 1 : le contexte, les politiques et les institutions favorables	13
Facteur favorable aux SSAV 2 : la mesure des coûts et des résultats	14
Facteur favorable aux SSAV 3 : les plans d'intervention et d'intégration clinique	15
Facteur favorable aux SSAV 4 : une approche de paiement fondée sur les résultats	16
Nouveaux modèles qui favorisent la coordination des soins	18
Modèles de paiements au titre des soins regroupés	19
Modèles de paiements intégrés axés sur la santé de la population	20
EXPÉRIENCES MONDIALES EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR	22
Services de santé axés sur la valeur aux États-Unis	23
Services de santé axés sur la valeur en Europe	24
Services de santé axés sur la valeur et la coopération pour le développement	25
L'état actuel des services de santé axés sur la valeur à l'échelle mondiale	26

À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT

Le présent document vise à exposer le point de vue canadien sur les services de santé axés sur les valeurs (SSAV) et la façon dont ces concepts sont mis en œuvre dans l'ensemble du pays.

Le document s'appuie sur un examen de la littérature didactique, des sondages et des études de cas. Dans le cadre de son élaboration, des profils de six initiatives canadiennes qui intègrent des éléments clés des SSAV, comme le suivi et l'établissement de liens entre les résultats et les coûts, ont été préparés. Les exemples ont été choisis en fonction des critères suivants :

Nouveaux modèles favorables de soins

Un large éventail de mécanismes et d'approches de mise en œuvre sont envisagés dans le cadre des initiatives en matière de SSAV. Nous nous sommes concentrés sur des exemples visant à mettre en place de nouveaux modèles de soins, par exemple au moyen de solutions numériques, de technologies innovantes ou de l'intégration des soins.

Situation géographique

Nous avons cherché des initiatives issues de différentes régions géographiques afin de présenter un portrait qui est le plus représentatif et pertinent possible.

Maturité

De nombreuses initiatives canadiennes et internationales en matière de SSAV n'en sont encore qu'aux premières étapes. La diffusion de renseignements sur leur conception et leurs objectifs peut être utile à ceux qui envisagent des projets similaires. Dans la mesure du possible, nous avons aussi préféré les initiatives matures pour lesquelles l'information sur les résultats et les leçons apprises était disponible.

Disponibilité de l'information

Nous devons disposer de suffisamment d'information, qui relève du domaine public ou par l'entremise de demandes adressées aux personnes à l'origine des initiatives, pour fournir une description pertinente de ces dernières et de leur visée.

Des profils structurés de chaque initiative choisie figurent en annexe.

Les lecteurs qui aimeraient en savoir plus sur la théorie des SSAV et l'utilisation de l'approche à l'échelle mondiale sont invités à consulter les ressources énumérées dans la section « Pour en savoir plus ».

MESSAGES CLÉS

Les services de santé axés sur la valeur (SSAV) établissent un lien entre les sommes dépensées et les résultats qui comptent pour les patients, plutôt que le volume de services ou les processus ou produits particuliers qui parviennent à atteindre ces résultats ou non.

Dans certains cas, il est possible de progresser vers cet objectif dans le cadre de la gouvernance du secteur de la santé et des cadres budgétaires déjà établis. Un leadership fort ainsi que des renseignements transparents sur les résultats et les coûts peuvent jouer un rôle important et favoriser le changement. Or, il faut également bénéficier d'une certaine souplesse dans l'attribution des ressources afin d'optimiser la valeur.

Les personnes responsables de la prestation des services de santé bénéficient rarement de l'autonomie et des outils nécessaires pour optimiser la valeur dans un cadre de responsabilisation convenu liant directement les résultats pour les patients et les ressources.

Soutien des intervenants

Nombreux sont ceux qui appuient l'idée de la définition d'une orientation stratégique axée sur la valeur partout au Canada. Les ministres soulignent souvent l'importance de la diffusion et de la mise à l'échelle des innovations qui améliorent la qualité des soins et l'optimisation des ressources. En 2017, le Collège canadien des leaders en santé a sondé ses membres à propos des services axés sur la valeur. Sept dirigeants du secteur de la santé sur dix ont déclaré que leur organisation s'était engagée à mettre en œuvre des services axés sur la valeur. Par ailleurs, la gestion des ressources en services de santé est considérée comme une compétence clinique attendue dans tout le pays.

Par conséquent, la mise à l'échelle de modèles novateurs de soins qui améliorent la valeur exige souvent une transformation de la façon dont nous organisons, payons ou obtenons les services de santé.

De la rhétorique à l'action – des conditions favorables

Comme dans d'autres pays, le niveau d'intégration des principaux facteurs favorables aux SSAV varie. Une information fiable sur les résultats et les coûts est essentielle à la réussite. Il en va de même pour les mécanismes faisant en sorte que la rétroaction continue sur le rendement et l'amélioration de la qualité est systématique. En mettant l'accent sur la valeur, les normes et les limites professionnelles et sectorielles existantes sont parfois remises en question.

Au Canada, les résultats et les coûts par patient sont calculés de façon systématique dans certains milieux, mais pas dans d'autres. De la même manière, bien que l'intégration des services et de l'information soit faite de façon transparente tout au long du cheminement des patients, la coordination des soins apporte son lot de défis. L'harmonisation des modèles de financement avec une orientation stratégique axée sur la valeur est également toujours en cours.

Utilisateurs précoces

Les utilisateurs précoces explorent ces complexités et ont pris l'initiative d'introduire les principes des SSAV dans divers contextes. Le présent document fournit des liens vers des expériences internationales pertinentes, ainsi que les profils de six initiatives canadiennes en matière de SSAV. Ces exemples recoupent tout le continuum de soins, de la prévention aux unités médicales pour les patients hospitalisés, et produisent divers résultats.

Leçons apprises

Les expériences canadiennes reflètent les conclusions mondiales. Une approche explicite et structurée axée sur la valeur – appuyée par des renseignements et des outils, des plans d'intervention et d'intégration clinique, des modèles de financement et une gouvernance compatibles – est relativement nouvelle dans le secteur de la santé. Sa mise en œuvre n'est pas généralisée.

La variation des conditions favorables contribue aux différences dans l'empressement des Canadiens, des prestataires de soins de santé, des fournisseurs, des bailleurs de fonds et des autres à adopter les SSAV.

D'autant plus que ce processus peut demander un engagement important du patient et des différentes équipes, qu'il exige beaucoup de données et de preuves, qu'il peut entraîner un transfert de risque entre les participants et qu'il peut modifier des modèles de soins et des relations de longue date.

Perspectives d'avenir

Les SSAV sont le fruit d'une stratégie globale et non d'une initiative isolée ou d'une solution rapide. Ils ont des répercussions importantes sur la culture, les politiques et la pratique dans le secteur de la santé.

En effet, l'accent général mis sur la valeur peut déclencher un changement fondamental dans la façon dont nous concevons, organisons, fournissons et évaluons les services de santé.

Les meilleurs exemples de SSAV mettent en lumière la façon dont cette orientation permet de relever certains des défis persistants dans le secteur de la santé.

En tirant parti de ces expériences, nous avons le potentiel de faire progresser un système intégré davantage axé sur la personne qui utilise les ressources disponibles afin d'optimiser les résultats qui comptent le plus pour les personnes qu'il sert.

PRÉSENTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

PRÉSENTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

CONTEXTE ET BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au Canada comme ailleurs, les systèmes de santé sont à la fois complexes et imparfaits, bien qu'ils découlent de bonnes intentions. Beaucoup de choses fonctionnent bien, d'autres non. Pour tirer parti des forces de nos systèmes et combler leurs lacunes, nous devons nous entendre sur les résultats que nous visons.

L'amélioration de l'expérience et des résultats des patients est une priorité pour les Canadiens, les prestataires de soins de santé et les gouvernements. Il s'agit d'un objectif commun qui peut unir les intérêts et les efforts collectifs. Il en va de même pour l'amélioration de la santé de la population dans son ensemble. L'une ou l'autre dépend de la résilience à long terme des systèmes qui se concentrent sur ces objectifs primordiaux.

Le progrès exige la création de nouveaux modèles de soins adaptés aux réalités d'aujourd'hui. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé l'ont rappelé en 2016, quand ils ont défini la généralisation diffusion et le renforcement a mise à l'échelle des « approches éprouvées et prometteuses qui améliorent la qualité des soins et l'optimisation des ressources » comme l'une de leurs trois principales priorités immédiates.¹

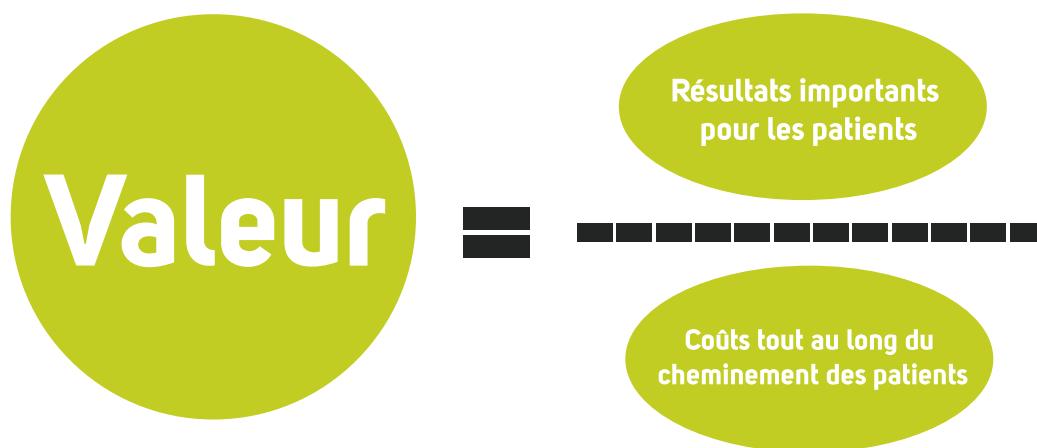
D'autres partagent ce même objectif. Les pressions démographiques, l'évolution des tendances en matière de santé et de maladies et la nécessité d'assurer la résilience du système de santé ont suscité un intérêt mondial pour l'harmonisation des systèmes de paiement et des mesures incitatives, et ce, d'une manière qui tient compte des impératifs liés à la santé, aux services de santé et aux finances.

CE QUE SONT LES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR?

Les services de santé axés sur la valeur (SSAV) gagnent en popularité. Popularisé au cours des dernières années par Michael Porter et ses collègues,² le concept repose sur des décennies de travail dans des domaines comme la rentabilité, la mesure des résultats, les préférences des patients et l'adoption d'innovations.³

S'il existe diverses façons de définir la valeur,⁴ les SSAV visent fondamentalement à lier les sommes dépensées aux résultats qui comptent pour les patients, plutôt qu'aux volumes de services ou à des processus ou produits particuliers qui permettent ou non d'atteindre ces résultats.

Ainsi, les SSAV s'articulent autour des objectifs qui correspondent à la motivation intrinsèque des intervenants clés. Il reconnaît également que ce qui fonctionne le mieux varie d'une personne à une autre et d'un milieu à un autre, et que nos connaissances évolueront avec le temps. Par conséquent, les SSAV sont définis sans trop préciser comment ces résultats seront atteints.



Porter définit officiellement la valeur comme étant les résultats par rapport aux coûts.²

« La valeur ne doit pas être mesurée en fonction du montant des dépenses, mais bien en fonction de la pertinence de celles-ci. »

Source : S. N. Soroka et A. N. Mahon. « Meilleure valeur : une analyse de l'impact du financement et des modèles de financement de système de santé actuel, ainsi que la valeur de la santé et des services de santé au Canada », Série de rapports de l'AIIIC et de la FCRSS pour informer la Commission nationale d'experts de l'AIIIC, La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé – Document no 3, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, juin 2012.

CE QUE NE SONT PAS LES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

L'objectif des SSAV n'est pas de limiter les coûts.

Même si la surutilisation et la sous-utilisation peuvent avoir une incidence sur la valeur, il s'agit plutôt d'encourager les services à valeur ajoutée, de réduire ou d'éliminer les autres, ou encore de rééquilibrer la combinaison de services pour améliorer le ratio entre les résultats et les coûts globaux. L'objectif est en fait d'obtenir de meilleurs résultats à un coût total identique ou inférieur.⁵

De même, une pratique éclairée par les données probantes peut favoriser des soins appropriés et de meilleurs résultats, mais ce n'est pas l'objectif ultime des SSAV.

Les fournisseurs de soins doivent utiliser les données probantes sur l'efficacité des interventions pour concevoir et adapter continuellement les modèles de soins afin d'optimiser la valeur, et c'est ce qu'ils font. Cependant, les SSAV ne sont pas fondés sur un modèle de rémunération à l'acte qui valorise l'exécution de processus de soins particuliers, comme la prescription de médicaments recommandés dans les lignes directrices cliniques.⁶

Les SSAV s'appliquent à l'ensemble, et non aux parties.

Ils ne visent pas à optimiser les composantes individuelles d'un épisode de soins pris isolément. Il s'agit plutôt de comprendre et de promouvoir l'amélioration des résultats et des coûts relatifs à un épisode de soins ou à un groupe de population, et non pas seulement aux services fournis par un prestataire de soins de santé ou à un moment donné. Toute amélioration ciblée doit contribuer à la réalisation de l'objectif global qui transcende les frontières organisationnelles et budgétaires.

Les caractéristiques et le contexte de la conception semblent avoir une forte influence sur les résultats directs et des effets élargis sur la gouvernance du secteur de la santé et les achats stratégiques.

Les SSAV ne visent pas non plus les réductions de coûts isolées.

Mais plutôt l'amélioration des résultats pour les patients par rapport aux ressources utilisées. Des améliorations opérationnelles spécifiques peuvent - ou non - apporter de la valeur aux patients dans ce contexte.

Dans certains cas, cette valeur accrue provient d'options à l'extérieur du secteur de la santé qui améliorent les résultats sur le plan de la santé, et non seulement des services offerts par les prestataires de soins de santé traditionnels.⁷ La façon dont nous apprenons, vivons, travaillons et pratiquons nos loisirs peut avoir des effets sur notre santé. On décrit parfois les services axés sur la valeur comme étant une approche élargie comprenant des interventions axées sur les déterminants sociaux de la santé.

La valeur augmente lorsque le coût total permettant d'atteindre les mêmes résultats ou de meilleurs résultats diminue.

**FACTEURS
FAVORABLES AUX
SERVICES DE SANTÉ
AXÉS SUR LA VALEUR**

FACTEURS FAVORABLES AUX SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

L'objectif des services de santé axés sur la valeur (SSAV) est d'orienter tous les intervenants du secteur de la santé autour d'un objectif commun, c'est-à-dire : optimiser les résultats qui comptent pour les patients dans les limites des ressources disponibles.

En se fondant sur cette ligne directrice, les intervenants se voient alors accorder « l'autonomie, les bons outils et la responsabilité nécessaires pour adopter les façons les plus rationnelles d'offrir de la valeur aux patients. »⁸

Or, cela n'est pas aussi simple à faire qu'à dire. Un ensemble d'éléments de base importants est nécessaire pour progresser. Il faut par exemple pouvoir relever et mesurer les résultats pour la santé et suivre les dépenses tout au long du cheminement clinique du patient. Il faut pouvoir suivre ces données globalement, mais aussi pour des groupes particuliers de patients. En outre, il faut être capable d'élaborer, de mettre en œuvre et de mettre à l'échelle des approches qui permettent d'accroître la valeur pour différents groupes de personnes.

Ensemble, ces exigences requièrent un ensemble complexe d'outils, de ressources et de capacités pour la transformation du système.

Des investissements personnels et organisationnels en temps, en énergie et en ressources sont nécessaires pour soutenir ces fondements. Il s'agit notamment de cultiver les compétences, l'expérience et les relations nécessaires pour mettre l'accent sur la valeur dans l'ensemble du système de santé et de ses partenaires dans le changement. On recense des exemples d'excellence, mais aussi des lacunes importantes.

PERSPECTIVES SUR LES FACTEURS FAVORABLE AUX SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

Trois rapports récents fondés sur un examen de l'expérience à l'échelle mondiale font état de facteurs favorables semblables à ceux qui tendent à généraliser l'application des principes des SSAV.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT ⁹	MICHAEL PORTER ¹⁰	FORUM ÉCONOMIQUE MONDIAL ^{5,8}
Plans d'intervention et d'intégration clinique	Organiser les équipes cliniques en unités de pratique intégrées	Innovations dans l'organisation de la prestation des soins pour améliorer la coordination à l'échelle du système de santé
	Intégrer les systèmes de prestation de soins	
Mesure des résultats et des coûts	Mesurer les résultats et les coûts pour chaque patient	Analyse comparative, recherche et outils pour tirer parti des données sur les résultats et les coûts de l'amélioration et de l'innovation dans la pratique clinique
	Utiliser des plateformes de technologie de l'information	Recours à l'informatique de la santé pour faciliter la collecte, l'analyse et la diffusion des données sur les résultats et les coûts
Paiements fondés sur les résultats	Passer aux modèles de paiements regroupés pour des épisodes complets de soins	Paiements fondés sur la valeur pour inciter tous les intervenants à mettre l'accent sur la valeur
Contexte, politiques et institutions favorables	-	Cadre politique, réglementaire et juridique
-	Étendre la portée géographique là où les SSAV améliorent la valeur	-

FACTEUR FAVORABLE AUX SSAV 1 : LE CONTEXTE, LES POLITIQUES ET LES INSTITUTIONS FAVORABLES

Trois rapports récents fondés sur un examen de l'expérience à l'échelle mondiale font état de facteurs favorables semblables à ceux qui tendent à généraliser l'application des principes des SSAV.

Parmi les points forts relevés, mentionnons le consensus des intervenants sur l'importance de la valeur.

Les ministres de la Santé¹, les vérificateurs généraux¹¹, les cliniciens^{12,13} et les chefs de file du secteur de la santé appuient généralement l'idée d'une orientation stratégique axée sur la valeur. Dans la même veine, des chercheurs de l'Ontario ont constaté que de nombreux utilisateurs potentiels de modèles semblables à celui des organismes de soins responsables étaient disposés à envisager une reddition de comptes conjointe entre les hôpitaux et les médecins en ce qui concerne le coût et la qualité des soins, y compris des mécanismes de partage des gains ou des pertes financières avec les bailleurs de fonds en fonction de l'atteinte ou non des objectifs en matière de qualité.¹⁵ Les analystes de l'EIU ont également souligné la couverture universelle du système de soins de santé du Canada, sa capacité d'évaluation des technologies de la santé et ses forces similaires comme facteurs favorables.

Cela dit, ils ont mentionné des domaines potentiels de développement, tels que le renforcement de la formation des professionnels de la santé sur les SSAV et la publication de stratégies ou de plans explicites pour progresser vers cette approche. Dans les secteurs public et privé, il existe des tensions naturelles qui empêchent ou retardent la concrétisation de grandes idées. Elles peuvent rendre difficile le passage d'un soutien général aux principes sous-jacents des SSAV à l'adoption de mesures concrètes qui donnent des résultats à l'échelle. L'engagement du leadership pour le changement est la clé.



Sept personnes sur dix ont indiqué que leur organisation s'engageait à mettre en œuvre des soins axés sur la valeur.¹⁴



Neuf répondants sur dix jugeait que l'offre de soins de qualité était un résultat plus important pour la durabilité que la réduction des coûts.¹⁴

FACTEUR FAVORABLE AUX SSAV 2 : LA MESURE DES COÛTS ET DES RÉSULTATS

Les analystes l'EIU a dépeint les forces et les faiblesses du système canadien.

Comme pays, nous avons une longue tradition de recherche sur l'état de santé de la population et la mesure des résultats de santé.

Par exemple, dans les années 1970, des chercheurs de l'Université McMaster ont effectué un travail précurseur sur la définition des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), des paramètres qui sont maintenant utilisés à l'échelle mondiale.¹⁶

De nombreux progrès ont été réalisés depuis.

Aujourd'hui, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada publient régulièrement des rapports sur une série de résultats en matière de santé et d'autres indicateurs pour les organisations, les régions, les provinces et les territoires.¹⁷ Les autorités, les conseils sur la qualité, les chercheurs et les organismes de santé surveillent également différentes mesures du rendement du système de santé. En outre, diverses recherches ont exploré les types de politiques, de programmes et d'interventions qui sont efficaces pour améliorer la santé des populations.¹⁸

Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire dans ce secteur également.

Par exemple, parmi les membres du Collège canadien des leaders en santé interrogés dans le cadre du sondage susmentionné mené en 2017, seulement quatre personnes sur dix ont affirmé que leur organisation mesurait la valeur de ses systèmes d'information.¹⁴ En outre, un peu plus de la moitié des répondants (56 %) ont indiqué qu'elle interrogeait les patients sur la valeur des soins reçus. On recense également des lacunes dans la façon de mesurer les résultats dans d'autres secteurs du système de santé.³

De plus, le suivi des coûts par patient varie d'un secteur à un autre.

En outre, le suivi systématique des coûts hors du système de santé public, y compris ceux engagés directement par les patients et les familles, comme pour prendre congé ou payer les frais de déplacement, est rare.

FACTEUR FAVORABLE AUX SSAV 3 : LES PLANS D'INTERVENTION ET D'INTÉGRATION CLINIQUE

Les chercheurs ont qualifié le troisième facteur favorable canadien évalué, soit les plans d'intervention et d'intégration clinique, de « modéré ».

Dans l'ensemble du pays, un large consensus politique se dégage sur la nécessité de renforcer l'intégration et la coordination tout au long du continuum de soins afin d'offrir des services homogènes.

Par exemple, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé observe qu'« [u]n mouvement s'amorce vers l'intégration des services et des budgets autour des patients, mais [que] beaucoup plus de travail s'impose pour continuer à briser les cloisons qui nuisent à réaliser des soins axés sur le patient ». ²⁰

Ce constat est semblable à celui des chercheurs de l'EIU, qui, dans leur rapport, reconnaissent le travail entrepris relativement aux plans d'intervention clinique pour des conditions de santé particulières, mais soulignent l'absence de politiques nationales favorisant l'intégration et la coordination systématique des soins tout au long du cheminement clinique du patient.

FACTEUR FAVORABLE AUX SSAV 4 : UNE APPROCHE DE PAIEMENT FONDÉE SUR LES RÉSULTATS

Pour ce qui est du dernier facteur favorable, c'est-à-dire une approche de paiement fondée sur les résultats, l'EIU a noté qu'aucun des pays à l'étude n'avait fait d'importants progrès à cet égard.

Elle a par ailleurs souligné les efforts en cours pour élaborer des modèles de paiements au titre des soins regroupés au Canada.

Les experts en financement des services de santé ont laissé entendre que, pour progresser sur cette voie, il faut une vision claire et un objectif final souhaité pour les nouveaux modèles de paiement, un engagement actif auprès des médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé, une meilleure capacité analytique et une approche d'évaluation rigoureuse.²¹

Dans son analyse, l'EIU a également noté que le Canada disposait d'une gamme de mécanismes pour cerner les interventions à mettre de côté (désinvestissement) en raison de leur manque d'efficacité, qu'elles soient directement liées aux paiements fondés sur les résultats ou non. La campagne nationale Choisir avec soin, qui vise à aider les professionnels de la santé et les patients à s'interroger sur les examens et les traitements inutiles afin de s'attaquer à ce problème, est un exemple de cette approche.²²

Les efforts déployés dans les provinces comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et le Québec pour utiliser les techniques du système Lean afin d'optimiser le rendement et d'éliminer le gaspillage dans la foulée de la réforme des services de santé en sont un autre. Les outils et la capacité qui en résultent pourraient aussi favoriser une mise en œuvre élargie des SSAV.

CE QUE DISENT LES PATIENTS AU SUJET DE LEUR EXPÉRIENCE DE SOINS ET DES RÉSULTATS SUR LEUR SANTÉ

Dans le cadre des SSAV, il est essentiel de comprendre le point de vue des patients sur les soins reçus et les résultats escomptés.

Un nombre croissant d'organismes et d'autorités utilisent des données déclarées par les patients pour orienter leurs efforts en matière d'amélioration de la qualité.

Les mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP) rendent compte de ce que vivent les patients pendant qu'ils reçoivent des soins, notamment en ce qui concerne la communication avec les cliniciens et la coordination des services de santé. Les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) rendent généralement compte de la façon dont les patients perçoivent leur santé et leurs symptômes, souvent avant et après une intervention.

Bien que certains prestataires de soins de santé colligent les MEDP et les MRDP depuis de nombreuses années, leur utilisation est loin d'être uniforme.

Par conséquent, l'ICIS a lancé des efforts pancanadiens pour suivre et comparer ces deux types de mesures.¹⁹ L'ICIS et divers organismes canadiens collaborent également avec l'International Consortium for Health Outcome Measurement dans le but d'obtenir un consensus sur les mesures des résultats pertinentes pour différents groupes de patients.

NOUVEAUX MODÈLES QUI FAVORISENT LA COORDINATION DES SOINS

Les lacunes dans la coordination des soins peuvent entraîner des résultats décevants pour les patients et des coûts élevés. Ainsi, les innovateurs ont proposé une gamme de nouveaux modèles de soins pour s'attaquer à ces problèmes.

Par exemple, plusieurs hôpitaux de la Saskatchewan s'inspirent d'un modèle d'unités de soins responsables mis au point à l'Université Emory pour transformer les soins qu'ils offrent à leurs patients hospitalisés.²³ Ils ont instauré des équipes spécialisées dans les unités, des visites interdisciplinaires structurées au chevet des patients et auprès des familles, des rapports sur le rendement par unité, ainsi qu'un leadership conjoint entre les infirmiers et les médecins à l'échelle de l'unité. Les premiers résultats révèlent notamment une amélioration de la qualité des soins, de l'expérience du patient et de la durée du séjour.²⁴ Cette approche s'étend à l'échelle de la province, et les expériences montrent que la mise en place de nouveaux modèles de soins pourrait nécessiter de repenser la façon dont nous organisons et payons les services de santé.

Ailleurs aussi, on reconnaît de plus en plus que les modes de financement habituels entourant la prestation de soins peuvent constituer une entrave à la qualité des soins intégrés.

Par conséquent, les payeurs ont exploré de nouveaux modèles de financement, comme les paiements regroupés et les paiements intégrés axés sur la santé de la population.²⁵

Pour en savoir plus, voir le profil **Transformer les résultats cliniques dans les unités médicales pour patients hospitalisés de la Saskatchewan** en annexe.

MODÈLES DE PAIEMENTS AU TITRE DES SOINS REGROUPÉS

Les modèles de paiements au titre des soins regroupés sont conçus de sorte qu'un groupe de prestataires de soins de santé reçoit un montant prédéterminé pour l'ensemble des services requis durant un épisode de soins.

Habituellement, les paiements regroupés sont utilisés pour des états cliniques ou des services dont les limites sont relativement bien définies.

Par exemple, un paiement regroupé pour les patients qui subissent une arthroplastie de la hanche et du genou pourrait couvrir les coûts associés à la préparation des patients, à l'opération, à l'hospitalisation, à la réadaptation post-chirurgicale, aux soins à domicile et à toute réadmission liée à des complications.

En pratique, la gamme de services inclus dans un paiement regroupé varie. Par exemple, les paiements courants aux médecins, le coût des médicaments d'ordonnance et les coûts pour le patient et sa famille ne sont souvent pas pris en compte.

Depuis 2015, l'Ontario a soutenu la mise en place de modèles de paiements regroupés dans plusieurs collectivités. La province a aussi récemment annoncé l'expansion du programme, ce qui comprend la préparation de la mise à l'échelle de modèles de soins regroupés normalisés à partir des actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ). L'arthroplastie de la hanche et du genou et les soins de dialyse intégrés pour la dialyse péritonéale assistée figurent parmi les premières spécialités ciblées. Il faudra également explorer l'élargissement des modèles de paiements au titre des soins regroupés pour couvrir une gamme de maladies chroniques, en commençant par la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'insuffisance cardiaque congestive.

Pour en savoir plus, voir le profil **Favoriser les nouveaux modèles de soins intégrés en Ontario** présenté en annexe.

MODÈLES DE PAIEMENTS INTÉGRÉS AXÉS SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Les modèles de paiements intégrés axés sur la santé de la population vont un peu plus loin.

Ils assurent un paiement unique pour une vaste gamme de services destinés à un groupe particulier.

Ces paiements sont souvent ajustés en fonction du risque de manière à tenir compte de la variation des besoins en soins prévus pour différentes populations. Les personnes qui vivent des problèmes de santé ou des circonstances sociales complexes, par exemple, tendent à avoir des besoins différents de services de santé. Souvent, les modèles de paiement traditionnels ne se conjuguent pas bien aux approches intégrées axées sur la santé des personnes, qui répondent mieux aux besoins de celles-ci.²⁶

Des chercheurs canadiens ont exploré la possibilité d'utiliser des mécanismes intégrés de soins responsables qui permettraient d'établir un lien élargi entre les résultats et le financement. Ils ont noté que l'atteinte des résultats escomptés exigerait le renforcement des capacités en matière d'amélioration de la qualité, la mise en place d'une culture axée sur l'apprentissage et l'amélioration, et l'instauration d'un système rigoureux de suivi et d'évaluation.¹⁵

**EXPÉRIENCES
MONDIALES EN
MATIÈRE DE SERVICES
DE SANTÉ AXÉS SUR
LA VALEUR**

EXPÉRIENCES MONDIALES EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

L'attention croissante accordée à l'optimisation de la valeur tout au long du cheminement d'un patient a entraîné un intérêt accru pour l'harmonisation des modèles organisationnels et financiers associés à cet objectif.

Des innovations visant à lier le financement aux résultats ont été mises en place dans plusieurs pays. Bon nombre de ces efforts sont relativement modestes, mais quelques-uns ont une portée plus large.

« Les services de santé axés sur la valeur orientent véritablement la conception et la gestion des systèmes de santé sur le patient. Comparativement à ce que les systèmes de santé offrent actuellement, ils ont le potentiel d'améliorer sensiblement les résultats pour les patients, et ce, à un coût considérablement inférieur. »

Source: World Economic Forum⁸

SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR AUX ÉTATS-UNIS

Les Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS) ont lancé une série de grands programmes qui utilisent des primes pour récompenser les prestataires de soins de santé qui fournissent des soins de meilleure qualité.²⁷

Cela s'inscrit dans leur objectif de passer de la rémunération à l'acte à des modèles axés sur la valeur pour une grande partie des paiements. Malgré les quelques changements sous la nouvelle administration, les CMS ont lié les primes à une variété de processus, d'expériences de patients et de mesures de résultats au fil du temps.²⁸ Ils ont notamment permis de réduire le nombre de réadmissions et de complications développées à l'hôpital, d'améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale et de soutenir les organismes de soins responsables intégrés qui fournissent des soins à un groupe de patients moyennant une rémunération par patient, avec la possibilité de gagner des primes si les résultats de santé s'améliorent.²⁷

D'autres payeurs ont fait l'essai d'initiatives similaires ou explorent les SSAV dans d'autres contextes.

Certaines sociétés pharmaceutiques ont par exemple accepté d'accorder des rabais sur le coût de certains médicaments si les résultats de santé préétablis, comme la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, ne sont pas atteints.⁸

SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR EN EUROPE

Quelques pays européens ont également adopté les SSAV.

En s'appuyant sur les registres de patients, les prestataires de soins de santé suédois, par exemple, peuvent suivre et comparer en détail les soins et les résultats des patients pour un large éventail de problèmes de santé. Dans certains cas, les paiements regroupés font en sorte que les prestataires assument la responsabilité financière du cycle complet des soins pour des interventions telles que l'arthroplastie de la hanche et du genou et la chirurgie de la cataracte, ce qui comprend les soins liés à l'opération et les services postopératoires.⁸

Des modèles de paiements regroupés ou intégrés axés sur la santé de la population sont également utilisés ailleurs en Europe.²¹

Dans les régions rurales du sud-ouest de l'Allemagne, par exemple, un modèle de soins responsables pour les personnes atteintes de maladies chroniques a entraîné une amélioration durable des résultats, suscité des niveaux élevés de satisfaction de la clientèle et permis de réaliser des économies globales, montrant ainsi le potentiel de ce genre de modèle.²⁹

En outre, les pays européens ont vu l'introduction de divers autres modèles de SSAV à l'échelle nationale et régionale.

Par exemple, dès 2009, le tarif de la Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) en Angleterre a permis aux commissaires à la santé de retenir 2,5 % des coûts des traitements hospitaliers en fonction des résultats.³⁰

En Europe comme aux États-Unis, on recense des exemples de contrats pharmaceutiques axés sur les résultats, mais leurs dispositions sont souvent confidentielles.

Les payeurs et les sociétés s'attendent à ce que leur utilisation continue de croître.³¹ Dans une étude récente, on mentionne des facteurs de croissance comme un cadre national de passation de contrats basé sur les résultats en Espagne, une discussion sur des orientations similaires au Royaume-Uni (en particulier pour les nouveaux produits et les produits à coût élevé) et l'activité des caisses de maladie en Allemagne (avec un accent sur les postes budgétaires totaux matures ou élevés).

SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR ET LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT

En ce qui concerne le financement axé sur les résultats, les résultats escomptés grâce au financement et la manière dont l'atteinte de ces résultats sera compensée sont définis à l'avance.

Bien qu'il soit courant de lier le financement à l'amélioration des processus de soins, certaines initiatives ont lié les dépenses aux résultats.^{32, 33}

Le Madagascar et le Sénégal se sont concentrés sur le pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition et les mesures anthropométriques chez les enfants, par exemple. Le Cambodge a ciblé les taux de diarrhée et de mortalité infantile. Le Costa Rica a également accordé la priorité à la réduction de la mortalité.

En outre, à l'échelle mondiale, la Banque mondiale a récemment émis une importante obligation à impact social pour faciliter le financement immédiat dans les situations d'urgence sanitaire.³⁴

En effet, il fournit une assurance contre le risque de pandémie qui achemine rapidement le financement vers les pays confrontés à une épidémie majeure. Les investisseurs perdront une partie ou la totalité de leur investissement si un pays à faible revenu est confronté à un « événement déclencheur » symptomatique d'une épidémie majeure ayant un potentiel pandémique. Au total, les obligations appuient un mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie de 500 millions de dollars.

L'ÉTAT ACTUEL DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR À L'ÉCHELLE MONDIALE

Les expériences mondiales soulignent que, si le concept est relativement simple, la mise en œuvre des SAAV peut être complexe.

La mise en œuvre des SSAV est un travail de tous les jours, même dans les pays où ils sont le mieux implantés.

Par conséquent, de nombreuses initiatives n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation complète.

Là où des études ont été entreprises, certaines initiatives ont montré une amélioration des résultats et des coûts à court et à long terme, mettant en évidence les promesses et le potentiel de cette approche. D'autres ont donné des résultats mitigés, reflétant dans certains cas des lacunes dans les principaux facteurs favorables au progrès.³⁵

Les modèles de paiements intégrés axés sur la santé de la population vont un peu plus loin.

Comme on l'a noté lors du Forum économique mondial en 2017 : « Malgré des progrès considérables, aucun pays n'a toutefois pleinement érigé les SSAV au niveau d'un système de santé national. De plus, même les institutions qui ont pris les devants se heurtent à des obstacles au changement qui sont intégrés à l'organisation, au financement et à la réglementation des systèmes de santé traditionnels, ainsi qu'à la structure des mesures incitatives financières et non financières. »⁸

APPROCHES CANADIENNES POUR DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

APPROCHES CANADIENNES POUR DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

LE CONTEXTE CANADIEN

Au Canada aussi, les cloisonnements dans l'organisation et le financement des soins de santé peuvent entraver les innovations qui améliorent les résultats pour les patients.

Le Groupe consultatif fédéral sur l'innovation des soins de santé a noté que de nombreux intervenants ont indiqué « [...] que ce financement fragmenté était un obstacle à l'adoption des innovations, une source de frustration pour les entrepreneurs et l'industrie et une entrave aux soins de haute qualité et efficaces ». ²⁰ Ces préoccupations ont entraîné un intérêt accru pour les services de santé axés sur la valeur (SSAV) .

Certaines organisations testent des applications ciblées du concept. D'autres, comme le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest en Ontario, en font un principe fondamental de leurs plans.

Dans un système de santé public, les principes des SSAV peuvent être appliqués à plusieurs niveaux.

Un exemple est les résultats obtenus grâce au financement des services de santé, comme les paiements aux prestataires de soins de santé ou aux régies régionales de la santé. Les principes des SSAV peuvent également être utilisés pour l'approvisionnement en produits ou en services auprès de fournisseurs, par exemple pour l'achat de produits pharmaceutiques ou de dispositifs médicaux.

Ces deux niveaux peuvent être interreliés. Les modèles de financement intégré peuvent inciter à l'approvisionnement en biens et en services qui ajoutent de la valeur à l'épisode de soins d'un patient ou sont favorables à la santé de l'ensemble de la population. ⁸

FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AXÉ SUR LA VALEUR

La façon dont les prestataires de soins de santé sont payés influe sur le volume, la qualité et le coût des services de santé.^{36, 37}

Traditionnellement, le financement des prestataires de soins de santé a été lié au volume des services fournis ou aux budgets globaux, plutôt qu'aux résultats à long terme pour les patients ou la santé de la population.

Les structures de responsabilisation qui soutiennent la mesure continue et la rétroaction sur le rendement en fonction des résultats pour les patients sont rares. La fragmentation des services peut être un résultat involontaire.

Le financement en vase clos peut également rendre difficile la réalisation d'investissements appropriés en matière de qualité, de sécurité et de productivité.

Des dépenses pourraient par exemple être nécessaires dans un domaine pour faire des gains dans un autre aspect du cheminement d'un patient, comme un programme communautaire pouvant aider à prévenir les hospitalisations. Par conséquent, les modèles de financement conventionnels peuvent être des obstacles aux bonnes décisions.³⁵ L'intégration d'une mesure nuancée du rendement dans le financement des services de santé de routine est au cœur des SSAV.

INNOVATIONS LIÉES AU FINANCEMENT AU CANADA

Le moment et la nature de la réforme du financement varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

Par exemple, certains gouvernements ont agi plus tôt que d'autres pour regrouper les budgets sous la responsabilité des autorités régionales.

La combinaison des services inclus dans les enveloppes budgétaires régionales continue de varier selon la province ou le territoire, tout comme l'ensemble de services autres que les soins hospitaliers et médicaux payés par des fonds publics. Il en va de même pour les mécanismes de répartition des fonds entre les régions.

De plus, le rythme des changements relatifs à la rémunération des médecins diffère à l'échelle nationale, bien que, dans l'ensemble, la part des dépenses effectuées à partir de régimes de rémunération non conventionnels a plus que doublé depuis 1999-2000.³⁸ Dans certaines provinces, comme l'Alberta, des ententes récentes entre le gouvernement et les médecins ont prévu la possibilité d'élargir la rémunération par patient et d'autres modes de paiement.³⁹

Dans certains cas, les innovations récentes concernant le modèle de financement visaient expressément à permettre la mise en œuvre des SSAV.

Bundled payments for specific procedures or integrated funding for groups of patients are designed to cross traditional organizational and/or budget silos. There have also been trials of other approaches – such as outcome-linked funding and social impact bonds – that directly tie funding received to health outcomes.

FINANCEMENT LIÉ AUX RÉSULTATS : UN EXEMPLE CANADIEN

Dans le cas du financement lié aux résultats, la somme qu'un prestataire de services de santé reçoit dépend du degré d'atteinte des résultats prédéfinis.

Les télésoins à domicile – aussi appelés télésurveillance des patients – utilisent la technologie pour mettre les patients en contact avec des prestataires de soins de santé et leur permettre de recevoir des soins à domicile ou dans un milieu de soins non traditionnel.

Inforoute Santé du Canada utilise le financement lié aux résultats dans le cadre de ses investissements dans les télésoins à domicile pour les personnes atteintes de maladies chroniques graves, comme l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique.⁴⁰ Près de 24 000 Canadiens ont participé à des programmes de télésoins à domicile depuis 2010, et la hausse de l'utilisation s'est accélérée au fil du temps.⁴¹

Diverses études ont révélé des avantages pour les patients participant à ces programmes, comme l'amélioration de la tension artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension ou de la saturation en oxygène chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.⁴²

Depuis 2014, les projets de grande échelle soutenus par Inforoute doivent cerner au moins deux mesures de résultats à améliorer. Par exemple, la réduction du nombre de visites à l'urgence ou de réadmissions à l'hôpital.

Si une partie du financement des projets dépendait de l'atteinte de certaines étapes du processus (p. ex., le nombre de patients inscrits), une autre partie était intimement liée à la démonstration d'une amélioration substantielle de ces résultats pour la santé.

Pour en savoir plus, voir le profil **Favoriser une prise en charge efficace des maladies chroniques grâce aux télésoins à domicile** en annexe.

LES OBLIGATIONS À IMPACT SOCIAL : UN EXEMPLE CANADIEN

Dans le cas des obligations à impact social, le rendement du capital investi par les investisseurs dépend de la concrétisation des retombées sociales prédéfinies.

L'Initiative communautaire de prévention de l'hypertension fonctionne selon une nouvelle approche d'obligations à impact social (« rémunération au succès »).⁴³ Cette initiative fait intervenir l'Agence de la santé publique du Canada, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, le MaRS Centre for Impact Investing et d'autres partenaires.

Elle vise à aider 7 000 Canadiens de 60 ans ou plus prédisposés à l'hypertension à contrôler leur tension artérielle. Le programme comprend des solutions numériques, de l'encadrement et des ressources communautaires.

Onze investisseurs individuels et institutionnels ont acheté une obligation qui paiera les frais d'exploitation initiaux sur trois ans de cette initiative communautaire pour la prévention de l'hypertension artérielle menée par la Fondation des maladies du cœur. L'inscription commence en 2018.

Le rendement des investisseurs dépend de l'atteinte des objectifs au moment de l'inscription au programme et de la mesure dans laquelle la tension artérielle des participants est contrôlée six mois après l'inscription.

L'Agence de la santé publique du Canada s'est engagée à investir 1 million de dollars dans l'initiative. Il reste donc 1,9 million de dollars à risque. Si le programme réalise ses objectifs, les investisseurs obtiendront un rendement de 6,7 %. Ce rendement pourrait atteindre 8,8 % si le programme dépasse largement ses objectifs.

Pour en savoir plus, voir le profil **Améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle à l'aide d'obligations à impact social** en annexe.

APPROVISIONNEMENT AXÉ SUR LA VALEUR

« L’approvisionnement stratégique fondé sur la valeur pourrait en effet réinventer l’avenir des soins de santé. Cette approche centrée sur le patient et sur l’intégration du système met l’accent sur la qualité de l’approvisionnement plutôt que sur la minimisation de ses coûts et sa quantification. » – Institut du Québec⁴⁶

Tout comme les modèles de financement conventionnels, les approches traditionnelles en matière d’approvisionnement peuvent créer des obstacles à la mise en place des SSAV.

Bien que les preuves de l’efficacité clinique puissent être prises en compte dans les processus d’évaluation réglementaire ou des technologies de la santé,⁴⁴ l’approvisionnement axé sur la valeur est relativement rare. Les acheteurs précisent plutôt souvent en détail comment un produit ou un service sera conçu ou fourni. Cela peut freiner par inadvertance l’introduction d’innovations qui partagent le même objectif, mais d’une manière différente.

Le Conseil ontarien de l’innovation en santé soulève des défis qui en découlent : « Les innovateurs sont souvent confrontés à d’importants défis pour mettre en relation les personnes et les ressources appropriées afin de faire progresser leurs idées vers le marché et pour évoluer dans un système d’approvisionnement fragmenté et axé sur le prix. »⁴⁵

Dans un rapport de l’Institut du Québec qui soulève des problèmes similaires, on suggère une solution : « [...] transformer le système d’approvisionnement actuel fondé sur les coûts en un système d’approvisionnement fondé sur la valeur. Ce genre de système laisse aux soumissionnaires le soin de suggérer des solutions aux problèmes définis par l’acquéreur. Il permet aussi de faire émerger des solutions qui n’existent pas actuellement sur le marché et de trouver de nouvelles réponses à des problèmes existants en réduisant les coûts. »⁴⁶ Dans plusieurs autres provinces et territoires, les acheteurs explorent également la possibilité d’un approvisionnement axé sur la valeur dans le secteur de la santé.⁴⁷

LES MODÈLES D'APPROVISIONNEMENT NOVATEURS AU CANADA

L'objectif de l'approvisionnement axé sur la valeur est d'attirer des solutions à forte valeur ajoutée dans le système de santé.

Les spécifications axées sur les résultats décrivent le résultat souhaité, ce qui permet une certaine souplesse quant à la façon de l'atteindre.⁴⁸

Plutôt que de seulement tenir compte du prix d'un produit ou d'un service étroitement défini, on s'intéresse aussi au coût total des résultats obtenus. Les efforts peuvent initialement se concentrer principalement sur l'efficacité opérationnelle, évoluant vers des résultats plus larges pour les patients au fil du temps.

Dans certains cas, ces initiatives ont été appuyées par des efforts élargis visant à promouvoir le développement économique et les modèles d'approvisionnement novateurs, tels que la recherche et le développement, les partenariats pour l'innovation, les concours de conception, le dialogue compétitif, les procédures concurrentielles avec négociation et les processus concurrentiels favorables à l'innovation.^{49, 50, 51, 52}

Les montants à payer sont liés plutôt rarement de manière explicite aux résultats de santé atteints.

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke est l'un des premiers à s'être intéressé aux résultats liés à l'accès des services et à la simplification du déroulement du travail.⁵⁵ L'hôpital a passé un contrat avec Roche Diagnostics et Sysmex pour l'actualisation et le remplacement complet de la technologie de laboratoire de biochimie et d'hématologie, de même que la gestion des changements qui y sont associés. Le contrat prévoyait la garantie d'une croissance de 5 % des volumes d'examen afin d'accélérer l'obtention des résultats, et ce, sans frais supplémentaires pour l'hôpital.

D'une manière plus générale, on dénombre de nouvelles expériences relatives à l'utilisation d'approches axées sur la valeur pour l'acquisition d'appareils médicaux, aux services extra-hospitaliers et aux solutions de santé numérique, entre autres.

L'APPROVISIONNEMENT AXÉ SUR LA VALEUR POUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES : L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

Dans le cas du financement lié aux résultats, la somme qu'un prestataire de services de santé reçoit dépend du degré d'atteinte des résultats prédéfinis.

Les produits pharmaceutiques sont l'un des secteurs où l'approvisionnement axé sur la valeur a été pris en considération.⁵³

Les pratiques actuelles de ce secteur ont été explorées dans le cadre d'entrevues mettant en scène des interlocuteurs clés et des leaders d'opinion canadiens et internationaux provenant d'organismes d'évaluation des technologies de la santé et de l'industrie pharmaceutique, ainsi que des payeurs et gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments.⁵⁴

Les participants ont souligné plusieurs avantages potentiels des ententes sur les listes de produits fondées sur la valeur, comme l'amélioration des résultats pour les patients, la production de nouvelles connaissances et la réalisation de gains d'efficacité dans l'ensemble du système de santé.

Cependant, ils ont également soulevé des défis connexes, notamment les efforts requis pour exécuter et gérer de telles ententes, s'entendre sur les résultats et en assurer le suivi, et adapter les modèles existants de pratique des soins de santé. Les budgets cloisonnés pour les payeurs et les fabricants, la volonté d'assumer le risque et l'incertitude, et le niveau de confiance requis ont aussi été signalés comme défis.

De plus, les participants interrogés dans le cadre de l'étude ont été questionnés sur l'état de l'approvisionnement axé sur la valeur au Canada. Ils ont estimé qu'une minorité (de 5 à 20 %) des ententes sur la liste de produits comportait des éléments novateurs axés sur les finances et les résultats. Voici quelques-uns des facteurs jugés favorables au succès de ces ententes :

- Vaste consultation et collaboration avec les intervenants avant et pendant toute la durée de l'entente;
- Meilleure compréhension de l'incertitude clinique et économique avant l'élaboration de l'entente;
- Mesures quantitatives convenues qui sont bien définies et qui peuvent faire l'objet d'un suivi dans un délai maximal de trois ans; et
- Tiers de confiance pouvant participer à la conception de l'entente, à la collecte de données ou à l'interprétation des résultats.

LE PARTAGE DES RISQUES ET DES GAINS : EXEMPLES CANADIENS

Dans le cas du partage des risques et des gains, les contrats précisent les résultats souhaités et la façon dont les gains et les risques seront partagés entre le responsable des approvisionnements, le fournisseur ou les autres intervenants en fonction des résultats obtenus.

Le projet d'intégration des soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick utilise le partage des risques et des gains dans le but d'améliorer la coordination et la collaboration entre plusieurs types de services fournis à l'extérieur des hôpitaux, comme les services ambulanciers, les soins à domicile (programme extra-mural) et la ligne 811 de télétriage et de conseils sur la santé.

Services de santé Medavie du Nouveau-Brunswick dirige actuellement Ambulance Nouveau-Brunswick. Le gouvernement a récemment passé un contrat avec l'organisme pour la prestation de services supplémentaires.

Ce nouveau contrat de dix ans d'une valeur de 74 millions de dollars prévoit des mesures incitatives déterminées selon les résultats par rapport à plusieurs indicateurs prédéfinis tels que l'augmentation des visites à domicile et la diminution des visites au service d'urgence par les patients soignés à domicile.

Pour exécuter ce travail, Medavie table sur l'expérience acquise dans le cadre de contrats de prestation de services médicaux d'urgence en Nouvelle-Écosse.

Des approches axées sur le partage des risques et des gains ont aussi été utilisées pour l'approvisionnement de certains dispositifs technologiques de santé.

Par exemple, dans le cadre d'un contrat provincial d'approvisionnement en dispositifs cardiaques, la durée de vie prévue des dispositifs, entre autres facteurs, a été prise en compte. (Le remplacement des piles exige une intervention chirurgicale.) Selon les conditions de ce contrat, le fournisseur devait payer les frais chirurgicaux si un dispositif cessait de fonctionner prématurément, soit avant le délai convenu de sept ans.⁵⁷

Pour en savoir plus, voir le profil **Intégrer les soins extra-hospitaliers au Nouveau-Brunswick** en annexe.

Tout comme la compétition X-Prize de l'industrie spatiale, les défis d'innovation ouverte favorisent la progression vers des objectifs définis sans préciser les meilleures façons de les atteindre.

Les Défis ImagiNation d'Inforoute Santé du Canada utilisent une approche différente – l'innovation ouverte – pour favoriser la mise au point de solutions numériques qui profitent aux patients, aux prestataires de soins et au système de santé.

Chaque défi visait la réalisation d'un résultat particulier, comme l'augmentation du recours à la messagerie sécurisée et à d'autres services en ligne pour les patients. Les récompenses ont été remises aux innovateurs ayant produit le meilleur résultat, et non à des « gagnants choisis d'avance » à qui on a expliqué comment atteindre l'objectif.

Pour en savoir plus, voir le profil **Améliorer la santé et les services de santé grâce aux solutions numériques** en annexe.

PERSPECTIVES D'AVENIR

PERSPECTIVES D'AVENIR

Même si les services de santé axés sur la valeur (SSAV) suscitent beaucoup d'intérêt, leur adoption est limitée au Canada et à l'étranger. Pour en extraire tout le potentiel, il faudra tenir compte de l'expérience acquise jusqu'ici lors de leur mise à l'essai.

Les utilisateurs précoces ont soulevé un éventail de questions importantes relatives à la culture, à la politique et à la mise en œuvre.

Par exemple, la disposition et la capacité des citoyens, des bailleurs de fonds, des prestataires de soins de santé et des fournisseurs à adopter les SSAV varient considérablement. Cela est particulièrement vrai lorsque les initiatives de SSAV demandent beaucoup de mobilisation et de collaboration et lorsqu'elles exigent un grand volume de données probantes.

Certaines initiatives obligent également les prestataires de soins de santé à changer leur mode de pratique et leur façon de collaborer les uns avec les autres et avec leur clientèle. Par exemple, un accent soutenu sur la valeur peut provoquer une remise en question des limites professionnelles et organisationnelles qui nuisent à la prestation efficace et efficiente des soins centrés sur le patient. En outre, les SSAV peuvent entraîner un transfert des risques avec le temps et entre les participants, notamment des organismes de santé aux fournisseurs ayant accepté par contrat le partage des gains ou des pertes. L'intérêt envers ce type de dispositions varie.

De plus, la conception d'initiatives efficaces de SSAV peut se révéler complexe.

Les utilisateurs précoces insistent sur l'importance de mobiliser activement les intervenants clés durant tout le processus et de s'entendre avec eux sur les objectifs communs. Les décisions de conception subséquentes – telles que la détermination des résultats, des coûts et des échéances à respecter, ainsi que la façon de segmenter les patients et de faire les mesures – requièrent aussi une grande attention.³⁵ Différentes interventions et conceptions peuvent avoir une utilité variée selon les groupes de patients et les résultats en matière de santé pour la population en général.³ Par exemple, les changements à la structure des mesures incitatives peuvent avoir des conséquences, délibérées ou non, sur les patients et les intervenants qui participent à la mise en œuvre des SSAV.

SAISIR LES OCCASIONS ET COMPRENDRE LES RISQUES

Comme dans tous les modèles d'organisation et de financement, le contexte de mise en œuvre des services de santé axés sur la valeur (SSAV) et les choix faits durant la conception ont de l'importance. Voici les facteurs à considérer :

Choix des résultats et des mesures

Le responsable du choix des résultats et la façon dont ils sont définis peuvent avoir une incidence sur l'issue des SSAV, en particulier si les résultats sont variables ou comportent des options.

De même, les mesures sont au cœur des SSAV. Les mesures incitatives ne sont pas seulement de nature financière. Les mesures améliorées des coûts et des résultats que ce modèle prône peuvent offrir des avantages qui transcendent les initiatives de SSAV à proprement parler.

Cela dit, les mesures améliorées ont souvent un prix, et les éléments importants ne sont pas tous mesurables, du moins avec les techniques disponibles ou à un coût raisonnable.

Conséquences imprévues

En mettant l'accent sur certains résultats, on en néglige parfois d'autres. Cela peut avoir des répercussions sur le plan de l'équité. De même, selon la façon dont les objectifs sont définis, il y a risque « d'écrémage », c'est-à-dire un détournement de l'attention vers les patients associés à des objectifs faciles à atteindre.

À l'échelle des systèmes, les considérations sont semblables. Les SSAV récompensent ceux qui obtiennent les meilleurs résultats par rapport au coût. Cette méthode permet donc d'accumuler des ressources supplémentaires pour réaliser d'autres gains, par exemple en investissant dans le renforcement des capacités ou l'innovation. L'inverse est aussi vrai. Même s'il arrive que des chefs de file mettent leurs gains à profit ailleurs dans le système, le risque que les prestataires générant une valeur élevée prennent de l'avance sur les autres est bien réel. Cette situation peut se révéler problématique, notamment dans les régions rurales ou avec les services spécialisés, où les options de soins sont limitées.

Dynamique du marché

Les SSAV présentent des possibilités et des difficultés pour différents intervenants. Par exemple, les caractéristiques de la conception peuvent avantager ou pénaliser les petits et moyens établissements. La disposition et la capacité varient également.

Ceux qui adoptent les SSAV doivent faire des choix : jusqu'où sont-ils prêts à pousser l'offensive pour offrir de la valeur (p. ex., quelle proportion de la rémunération devrait dépendre des résultats et pendant combien de temps), comment les gains ou les pertes devraient-ils être répartis entre les intervenants, et autres compromis semblables.

Les changements, à l'échelle, peuvent entraîner une redistribution des ressources, l'établissement de nouvelles relations et de nouveaux flux de travail, et d'autres transformations au sein du système.

Retards et accélérations

La vitesse avec laquelle les recherches en laboratoire se transportent au chevet du patient, la sécurité, l'abordabilité et l'ampleur des interruptions peuvent sembler des impératifs contradictoires pour la diffusion de l'innovation.

Les modèles de SSAV reposent encore sur une évaluation appropriée de la sécurité et de l'efficacité. Toutefois, la nature et l'opportunité des données probantes requises, relativement au rapport coût-efficacité, peuvent changer puisque le promoteur d'une innovation peut assumer une partie ou la totalité du risque financier en vertu des modèles de financement et d'approvisionnement fondés sur les résultats.

Un voyage et non une destination

Peu importe le progrès déjà réalisé, tous les prestataires de soins de santé ont la possibilité d'augmenter la valeur encore davantage. Cela signifie qu'il faut en apprendre toujours plus sur ce qui fonctionne, pour qui et dans quel contexte, puis appliquer ces connaissances à l'échelle. Cela signifie également qu'il faut s'employer à décrire l'évolution des initiatives de SSAV, leurs résultats ainsi que la façon de diffuser et mettre à l'échelle les résultats positifs.

La capacité d'utiliser et de générer des données probantes réelles, d'évaluer les technologies de santé et d'exécuter des fonctions similaires influera sur le rythme des progrès, tant localement qu'à l'échelle du système. Pour appliquer les SSAV à l'échelle, il faut saisir les occasions d'utiliser le travail d'organismes provinciaux et pancanadiens pertinents et de l'harmoniser avec la recherche, l'évaluation des technologies de la santé, l'information et les mandats en matière de qualité.

APPRENTISSAGE INSPIRÉ DES UTILISATEURS PRÉCOCES

Certains types de changements sont possibles au sein des cadres de gouvernance et financiers traditionnels. Cependant, la réalisation de nombreux objectifs en matière de santé et de services de santé exige d'avoir la souplesse nécessaire pour répartir les ressources de manière à en optimiser la valeur.

Les premières initiatives de SSAV illustrent la façon d'y parvenir. Elles démontrent que la possibilité d'obtenir des résultats importants à la fois pour les Canadiens, les prestataires de soins de santé et le système de santé existe bel et bien.

Dans un contexte de financement et d'approvisionnement, les intervenants du système de santé ont été capables de s'entendre sur les objectifs à atteindre ainsi que l'application des principes de SSAV à ces objectifs.

Leur expérience prouve également que, pour axer le système de santé sur la valeur, il faut travailler en équipe et y mettre une bonne dose d'effort.

L'organisation de soins véritablement intégrés et centrés sur la personne, par exemple, exige souvent la mise en place de mesures agissant sur différents aspects du milieu dans lequel les services sont offerts.

Les facteurs essentiels à un changement réussi à grande échelle – gouvernance et leadership, mobilisation des intervenants, communication active, harmonisation des politiques et des mesures incitatives, analyse et intégration du flux de travail, renforcement des capacités et évaluation – ont tous été jugés importants dans le cadre de plusieurs initiatives d'utilisation précoce présentées ici.

Les agents de changement doivent faire preuve d'engagement et de motivation à tous les échelons et s'appuyer sur de l'information et des données probantes.

« En conclusion, les intervenants ne doivent jamais oublier que les modèles de paiement des services de santé ne sont en aucun cas des solutions miracles. La réussite des réformes financières dépend du degré de transformation organisationnelle et clinique que ces réformes engendrent, dans les limites du contexte législatif et réglementaire en vigueur. »²¹

CONCRÉTISATION DE LA VALEUR GRÂCE AUX SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

L'accent mis sur la valeur permet d'envisager une transformation du système qui transcende les intérêts particuliers des personnes ou des organismes.

L'abandon des systèmes fragmentés n'ira pas toujours de soi, mais il est essentiel pour répondre aux besoins changeants des patients en matière de soins.

Cela dit, on ne doit pas pour autant proscrire l'expérimentation de nouvelles approches qui favorisent des systèmes de santé intégrés, centrés sur le patient et produisant les résultats qui importent à la population qu'ils servent.

Et puisque les gains de valeur à l'échelle des patients donnent lieu à des améliorations pour l'ensemble de la population, on peut aussi présumer qu'un réinvestissement dans l'avancement de la santé et des services de santé s'ensuivra.

**POUR EN SAVOIR
PLUS**

POUR EN SAVOIR PLUS

Meilleure valeur : une analyse de l'impact du financement et des modèles de financement de système de santé actuel, ainsi que la valeur de la santé et des services de santé au Canada

Economist Intelligence Unit, 2015. Value-Based Healthcare: An Update.

Conference Board du Canada, 2011. Innovation Procurement in Health Care: A Compelling Opportunity for Canada.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2016. Focus on Better Ways to Pay for Health Care

Porter ME, « What is Value in Healthcare? », *New England Journal of Medicine*, no 363 (2010), p. 2477-2481.

Forum économique mondial en collaboration avec le Boston Consulting Group, 2017. Value in Healthcare: Laying the Foundation for Health System Transformation.

REFERENCES

1. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Santé Canada. « Statement of the Federal-Provincial-Territorial Ministers of Health », 21 janvier 2016 [en ligne]. Accessible : https://archive.news.gov.bc.ca/releases/news_releases_2013-2017/2016HLTH0004-000070.htm [consulté le 14 février 2018].
2. M. Porter. « What Is Value in Healthcare? », *NEJM*, vol. 363, no 26 (décembre 2010), p. 2477-2481.
3. S. N. Soroka et A. N. Mahon. « Meilleure valeur : une analyse de l'impact du financement et des modèles de financement de système de santé actuel, ainsi que la valeur de la santé et des services de santé au Canada », Série de rapports de l'AIC et de la FCRSS pour informer la Commission nationale d'experts de l'AIC, La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé – Document no 3, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, juin 2012 [en ligne]. Accessible : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Soroka-BetterCare-FR.pdf> [consulté le 14 février 2018].
4. C. Henshall et T. Schuller. « Health Technology Assessment, Value-Based Decision Making, and Innovation », *International Journal of Technology Assessment in Healthcare*, vol. 29, no 4 (octobre 2013), p. 353-359.
5. Forum économique mondial en collaboration avec le Boston Consulting Group. « Value in Healthcare: Mobilizing Cooperation for Health System Transformation », février 2018 [en ligne]. Accessible : http://www3.weforum.org/docs/WEF_Value_Healthcare_report_2018.pdf [consulté le 18 février 2018].
6. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. « Paying for Performance in Healthcare: Implications for Health System Performance and Accountability », 2014 [en ligne]. Accessible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf [consulté le 14 février 2018].
7. D. J. Dutton, P.-G. Forest, R. D. Kneebone et J. D. Zwicker. « Effect of provincial spending on social services and healthcare on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 190, no 3 (21 janvier 2018), p. E66-E71.

8. Forum économique mondial en collaboration avec le Boston Consulting Group. « Value in Healthcare. Laying the Foundation for Health System Transformation », avril 2017 [en ligne]. Accessible : http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf [consulté le 14 février 2018].
9. Economist Intelligence Unit. « Value-based Healthcare: A Global Assessment- Findings and Methodology », 2016 [en ligne]. Accessible : http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf [consulté le 14 février 2018].
10. M. Porter. « The Strategy That Will Fix Healthcare », Harvard Business Review, vol. 91, no 10 (octobre 2013).
11. Vérificateur général de l'Alberta. « Report of the Auditor General of Alberta - May 2017 - Better Healthcare for Albertans », 19 mai 2017 [en ligne]. Accessible : http://www.oag.ab.ca/webfiles/reports/Better_Healthcare_Report.pdf [consulté le 14 février 2018].
12. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. « Rôles CanMEDS : Leader », [en ligne]. Accessible : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-leader-f> [consulté le 14 février 2018].
13. Association des infirmières et infirmiers du Canada. « Infirmières et infirmiers autorisés, acteurs de la transformation des soins de santé », septembre 2013 [en ligne]. Accessible : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_f.pdf [consulté le 14 février 2018].
14. Ipsos. « Issues in Canadian Healthcare - Member Survey », juin 2017 [en ligne]. Accessible : http://www.nhlc-cnls.ca/wp-content/uploads/2017/06/Members-Survey-Report_June6.pdf [consulté le 14 février 2018].
15. T. M. Huynh, G. R. Baker, A. Bierman, D. Klein, D. Rudoler, G. Sharpe, T. Stukel, T. Tang, H. J. Wong et A. D. Brown. « Explorer les soins responsables au Canada : Intégration des incitatifs financiers et des mesures d'incitation à la qualité destinés aux hôpitaux – Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé », Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, [en ligne]. Accessible : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/exploring-accountable-care-brown-fr.pdf> [consulté le 14 février 2018].
16. G. W. Torrance, W. H. Thomas et D. L. Sackett. « A Utility Maximization Model for Evaluation of Healthcare Programs », Health Services Research, vol. 7, no 2 (été 1972), p. 118–133.
17. Institut canadien d'information sur la santé. « Votre système de santé », Institut canadien d'information sur la santé, [en ligne]. Accessible : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/?lang=fr> [consulté le 14 février 2018].
18. C. Muntaner, E. Ng et H. Chung. « Meilleure santé : une analyse des politiques et des programmes publics qui sont fondés sur les déterminants et les résultats de santé et qui sont efficaces pour avoir des populations les plus en santé », Série de rapports de l'AIC et de la FCRSS pour informer la Commission nationale d'experts de l'AIC, La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé – Document no 1, juin 2012 [en ligne]. Accessible : <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/06/030429303.pdf> [consulté le 14 février 2018].

19. M. J. Santana. « The Canadian Landscape of Patient Reported Outcome and Experience Measures », 17 octobre 2016 [en ligne]. Accessible : http://www.isoqol.nl/sites/default/files/Symposia_bestanden/Maria_Santan_PROs_Canada.pdf [consulté le 14 février 2018].
20. Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. « Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada – Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé », Santé Canada, juillet 2015 [en ligne]. Accessible : <http://healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf> [consulté le 14 février 2018].
21. J. M. Sutherland et E. Hellsten. « Integrated Funding: Connecting the Silos for the Healthcare We Need - Commentary No. 463 », janvier 2017 [en ligne]. Accessible : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_463.pdf [consulté le 14 février 2018].
22. Choisir avec soin. « Choisir avec soin », [en ligne]. Accessible : <https://choisiravecsoin.org> [consulté le 14 février 2018].
23. J. Stein, C. Payne, A. Methvin, J. M. Bonsall, L. Chadwick, D. Clark, B. W. Castle, D. Tong et D. D. Dressler. « Reorganizing a hospital ward as an accountable care unit », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 10, no 1 (janvier 2015), p. 36-40.
24. R. Taylor, S. Bishop, S. Bray, R. Nasser, T. Lorencz, J. Ash, L. Garchinski, D. McCutcheon et H. Keller. « Results from Canada's First Accountable Care Unit - Abstract 99 », *Hospital Medicine 2017*, Las Vegas, 2017.
25. B. C. James et G. P. Poulsen. « The Case for Capitation », *Harvard Business Review*, vol. 94, no 7-8 (juillet-août 2016).
26. Mayo Clinic-Arizona State University Summit on Payment Reform. « Strengthening Access to High Quality Care for Complex Patients: Consensus Statement from the 2017 Mayo Clinic-Arizona State University Summit on Payment Reform », 2017 [en ligne]. Accessible : <https://mayo.asu.edu/sites/default/files/mayo-clinic-arizona-state-university-payment-reform-summit-2017.pdf> [consulté le 18 février 2018].
27. Centers for Medicare and Medicaid. « What are the Value-Based Programs? », 11 septembre 2017 [en ligne]. Accessible : <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs.html> [consulté le 14 février 2018].
28. C. L. Damberg, M. E. Sorbero, S. L. Lovejoy, G. Martsof, L. Raaen et D. Mandel. « Measuring Success in Healthcare Value-Based Purchasing Programs: Findings from an Environmental Scan, Literature Review, and Expert Panel Discussions », RAND Corporation, 2014 [en ligne]. Accessible : https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR300/RR306/RAND_RR306.pdf [consulté le 14 février 2018].
29. A. Pimperi, H. Hildebrandt, O. Groene, T. Schulte, I. Meyer, M. Wetzel, K. Udayakumar, J. Gonzalez-Smith, K. Kadakia et A. Thoumi. « Case Study: Gesundes Kinzigtal - Germany », Duke University's Robert J. Margolis, M. D., Center for Health Policy et Fonds du Commonwealth, 27 janvier 2017 [en ligne]. Accessible : https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/germany_25jan2017.pdf [consulté le 14 février 2018].
30. S. Gentry et P. Badrinath. « Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems », *Cureus*, vol. 9, no 3 (mars 2017), p. e1079.

31. T. Nazareth, J. J. Ko, R. Sasne, C. Frois, S. Carpenter, S. Demean, A. Vegesna, E. Wu et R. P. Navarro. « Outcomes-Based Contracting Experience: Research Findings from U.S. and European Stakeholders », *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, vol. 23, no 10 (octobre 2017), p. 1018-1026.
32. A. M. Grittner. « Results-based Financing: Evidence from Performance-Based Financing in the Health Sector », juin 2013 [en ligne]. Accessible : <https://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Results-based-financing.pdf> [consulté le 14 février 2018].
33. B. Yuan, L. He, Q. Meng et L. Jia. « Payment Methods for Outpatient Care Facilities », 3 mars 2017 [en ligne]. Accessible : http://www.cochrane.org/CD011153/EPOC_payment-methods-outpatient-care-facilities [consulté le 14 février 2018].
34. Banque mondiale. « World Bank Launches First-Ever Pandemic Bonds to Support \$500 Million Pandemic Emergency Financing Facility », 28 juin 2017 [en ligne]. Accessible : <http://treasury.worldbank.org/cmd/htm/World-Bank-Launches-First-Ever-Pandemic-Bonds-to-Support-500-Million-Pandemic-Emergenc.html> [consulté le 14 février 2018].
35. A. Scott, L. Tjosvold et D. Chojecki. « Gainsharing and Shared Savings Strategies in the Healthcare Setting: Evidence for Effectiveness », 18 novembre 2016 [en ligne]. Accessible : <https://www.ihe.ca/advanced-search/gainsharing-and-shared-savings-strategies-in-the-healthcare-setting-evidence-for-effectiveness> [consulté le 14 février 2018].
36. Institut canadien d'information sur la santé, Institute of Health Economics et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. « Modèles de financement pour favoriser la qualité et la durabilité : un dialogue pancanadien – Rapport sommaire », 2011 [en ligne]. Accessible : http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2013/02/hsff2010_rapport-sommaire_fr.pdf [consulté le 14 février 2018].
37. Organisation de coopération et de développement économiques. « Better Ways to Pay for Healthcare », juin 2016 [en ligne]. Accessible : <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf> [consulté le 14 février 2018].
38. Institut canadien d'information sur la santé. « Les médecins au Canada, 2015 : rapport sommaire », 2016 [en ligne]. Accessible : https://secure.cihi.ca/free_products/Rapport_Sommaire_2015_FR.pdf [consulté le 14 février 2018].
39. Alberta Medical Association. « Overview: Amendments to the 2011-2018 AMA Agreement », [en ligne]. Accessible : https://www.albertadoctors.org/Member%20Services/AMA_AGREEMENT_2011-2018_OVERVIEW_FINAL.pdf [consulté le 14 février 2018].
40. Inforoute Santé du Canada. « Télésoins à domicile », Inforoute Santé du Canada, 2018 [en ligne]. Accessible : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/solutions/services-electroniques-de-sante-grand-public/telesoins-a-domicile> [consulté le 14 février 2018].
41. Inforoute Santé du Canada. « Revue de l'année : 2016-2017 », 2017 [en ligne]. Accessible : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3351-rapport-annuel-2016-2017/view-document?Itemid=101> [consulté le 14 février 2018].
42. Toronto Health Economics and Technology Assessment (THETA) Collaborative. « Ontario Telehomecare Program's THETA Telecare (TLC) Evaluation », mars 2017 [en ligne]. Accessible : <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/3303-ontario-telehomecare-program-s-theta-telecare-tlc-evaluation/view-document?Itemid=101> [consulté le 14 février 2018].

43. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. « Une première au pays », [en ligne]. Accessible : <http://www.coeuretavc.ca/icph> [consulté le 14 février 2018].
44. D. Husereau, L. Arshoff, S. Bhimani et N. Allen. « Medical Device and Diagnostic Pricing and Reimbursement in Canada », 2015 [en ligne]. Accessible : <https://www.ihe.ca/publications/medical-device-and-diagnostic-pricing-and-reimbursement-in-canada> [consulté le 14 février 2018].
45. Conseil ontarien de l'innovation en santé. « Le catalyseur : vers une stratégie ontarienne pour l'innovation en santé », 2014 [en ligne]. Accessible : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ochis/docs/OCHIS_strategy_report.pdf [consulté le 14 février 2018].
46. Institut du Québec. « L'adoption d'innovations en santé au Québec : Propositions de modèles alternatifs », mars 2017 [en ligne]. Accessible : http://www.institutduquebec.ca/docs/default-source/recherche/8576_innovations-sante_idq-br_.pdf [consulté le 14 février 2018].
47. H. Khan, B. J. O'Neill, R. Rauscher, S. Urquhart et U. Wolfaardt. « The SCN-MEDEC Initiative: A Systems Approach in the Management of Health Technology - Part 1: Necessity, Design & Approach », juin 2017 [en ligne]. Accessible : http://c.ymcdn.com/sites/www.medec.org/resource/resmgr/SCN-MEDEC_White_Paper/SCN_MEDEC_White_Paper_June_2.pdf [consulté le 14 février 2018].
48. Healthcare Supply Chain Network. « Innovation Procurement: Outcome-based Specification Guide », 7 juillet 2015 [en ligne]. Accessible : <http://www.hscn.org/Data/Sites/1/resources/innovationprocurement/hscn-innovation-procurement-outcome-based-specification-guide-new-logo.pdf> [consulté le 14 février 2018].
- 49.
50. Gouvernement de l'Ontario. « BPS Primer on Innovation Procurement: Interim », [en ligne]. Accessible : [https://www.doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/0/df7388300f40aec68525814d004a00bf/\\$FILE/BPS_Primer_on_Innovation_Procurement_Interim.pdf](https://www.doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/0/df7388300f40aec68525814d004a00bf/$FILE/BPS_Primer_on_Innovation_Procurement_Interim.pdf) [consulté le 14 février 2018].
51. Gouvernement du Québec. « L'innovation prend vie : Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 », 2017 [en ligne]. Accessible : https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/administratives/strategies/sciences_vie/strategie_sciences_vie.pdf [consulté le 14 février 2018].
52. Gouvernement du Canada. « Vendez votre innovation », 16 janvier 2018 [en ligne]. Accessible : <https://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/app-acq/picc-bcip/index-fra.html> [consulté le 14 février 2018].
53. Comité d'experts chargé de la stratégie de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le secteur des soins de santé. « Faire avancer les soins de santé en Ontario : Optimiser la chaîne d'approvisionnement des soins de santé – Un nouveau modèle », mai 2017 [en ligne]. Accessible : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/ministry/supplychain/docs/advancing_hc_supplychn_expert_panel_may2017_fr.pdf [consulté le 14 février 2018].

54. D. Husereau et C. G. Cameron. « Une tarification des produits pharmaceutiques basée sur la valeur pour le Canada : Opportunités d'élargir le rôle de l'évaluation des technologies de la santé – Séries de rapports de la FCRSS sur les générateurs et l'efficacité des systèmes de santé : Document no 5 », 16 décembre 2011 [en ligne]. Accessible : <http://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/11-12-16/8eeaf655-b2b6-4c39-a909-6854acfea850.aspx> [consulté le 14 février 2018].
55. M. Thompson, C. Henshall, L. Garrison, A. Griffin, D. Coyle, S. Long, Z. Khayat, D. Anger et R. Yu. « Targeting Improved Patient Outcomes using Innovative Product Listing Agreements: A Survey of Canadian and International Key Opinion Leaders », *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, vol. 2016, no 8 (26 août 2016), p. 427-433.
56. Roche Canada. « The CHUS Biochemistry and Hematology Laboratories Acquire State of the Art Technology (In Order to Provide) Enabling Faster, Safer Services », 30 avril 2010 [en ligne]. Accessible : <https://www.newswire.ca/news-releases/the-chus-biochemistry-and-hematology-laboratories-acquire-state-of-the-arttechnology-in-order-to-provide-enabling-faster-safer-services-539753412.html> [consulté le 14 février 2018].
57. G. Prada. « Innovation Procurement in Healthcare: A Compelling Opportunity for Canada », 12 juillet 2011 [en ligne]. Accessible : <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=4318> [consulté le 14 février 2018].
58. G. Gerecke et J. Clawson. « Procurement: The Unexpected Driver of Value-Based Healthcare », 5 décembre 2015 [en ligne]. Accessible : <https://www.bcg.com/publications/2015/medical-devices-technology-procurement-unexpected-driver-value-based-health-care.aspx> [consulté le 14 février 2018].
59. Ernst & Young LLP. « Connecting Patients with Providers: A Pan-Canadian Study on Remote Patient Monitoring, Executive Summary », juin 2014 [en ligne]. Accessible : <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/1890-connecting-patients-with-providers-a-pan-canadian-study-on-remote-patient-monitoring-executive-summary/view-document?Itemid=0> [consulté le 14 février 2018].
60. S. Mierdel et K. Owen. « Telehomecare Reduces ER Use and Hospitalizations at William Osler Health System », *Global Telehealth 2015: Integrating Technology and Information for Better Healthcare*, 2015.
61. G. Hunting, N. Shahid, Y. Sahakyan, I. Fan, C. R. Money Penny, A. Stanimirovic, T. North, Y. Petrosyan, M. D. Krahn et V. E. Rac. « A Multi-level Qualitative Analysis of Telehomecare in Ontario: Challenges and Opportunities », *BMC Health Services Research*, vol. 15, no 544 (2015).
62. A. Scott, L. Tjosvold et D. Chojecki. « Gainsharing and Shared Savings Strategies in the Healthcare Setting: Evidence for Effectiveness », 18 novembre 2016 [en ligne]. Accessible : <https://www.ihe.ca/publications/gainsharing-and-shared-savings-strategies-in-the-healthcare-setting-evidence-for-effectiveness> [consulté le 14 février 2018].

PROFILS D'INITIATIVES CANADIENNES DE SER- VICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

Annexe

FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES MALADIES CHRONIQUES GRÂCE AUX TÉLÉSOINS À DOMICILE

TYPE

Financement lié aux résultats

COMMANDITAIRES

Inforoute Santé du Canada

PARTICIPANTS

Provinces et territoires; régions sanitaires, associations de maladies ou associations/organismes de santé qui reçoivent le soutien de la province ou du territoire où se déroulent leurs projets; autres organismes autorisés par Inforoute à diriger un projet dans le cadre de ce programme

PORTÉE

Projets dans cinq provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Québec, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador), la plupart axés sur les patients atteints d'une insuffisance cardiaque congestive ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique

APEARÇU

Les télésoins à domicile – aussi appelés télésurveillance des patients – utilisent la technologie pour mettre les patients en contact avec des prestataires de soins de santé et leur permettre de recevoir des soins à domicile ou dans un milieu de soins non traditionnel. Ils incluent la transmission à distance d'information (signes vitaux, résultats déclarés par les patients et autres renseignements) au prestataire de soins de santé à des fins d'examen. En général, cette démarche fait partie d'un ensemble intégré de services et de processus, qui comprend l'encadrement du patient pour l'aider à prendre sa maladie en charge et à éviter les complications.

Avec d'autres partenaires, Inforoute Santé du Canada investit depuis de nombreuses années dans les télésoins à domicile destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques complexes. Depuis 2014, les projets doivent montrer qu'ils contribuent à améliorer considérablement au moins une mesure prédéfinie des résultats de santé afin de recevoir un financement intégral. Les mesures, de même que les cibles qui s'y rapportent, sont adaptées aux objectifs et au contexte de chaque projet. (Les projets qui franchissent les étapes convenues sans toutefois atteindre les résultats visés reçoivent un financement partiel.)

RÉSULTATS VISÉS

En plus des étapes convenues (p. ex., recrutement et rétention des patients), les équipes ont déterminé au moins deux mesures des résultats de santé, telles que la réduction du nombre de visites au service d'urgence et de réadmissions à l'hôpital.

ÉTAT OU RÉSULTATS

Près de 24 000 Canadiens ont participé à des programmes de télésoins à domicile depuis 2010, et la hausse de l'utilisation s'est accélérée au fil du temps.⁴¹ Dans l'ensemble, patients et prestataires de soins semblent satisfaits des programmes. Par exemple, dans le cadre d'un sondage réalisé en 2016, 97 % des participants au programme de télésoins à domicile du Réseau Télémédecine Ontario ont indiqué qu'ils recommanderaient ce programme.⁵⁸ La plupart ont aussi indiqué que le programme réduisait leur besoin de se rendre au service d'urgence ou de consulter un prestataire de soins de santé primaires (86 % et 79 % respectivement). Les utilisateurs précoces disent avoir observé une réduction importante du nombre de visites au service d'urgence et de réadmissions à l'hôpital durant le programme et les six mois qui ont suivi.⁵⁹ De même, plusieurs études révèlent que le programme a procuré des avantages aux participants : réduction de la pression artérielle chez les participants atteints d'hypertension au moment de l'inscription, augmentation de la saturation en oxygène chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique et meilleure gestion du poids.⁴²

Une première évaluation des télésoins à domicile en Ontario révèle des opinions globalement positives sur le programme ainsi qu'une gamme de facteurs qui facilitent et entravent la réalisation des objectifs souhaités.⁶⁰ Certains objectifs se rapportent à l'intervention proprement dite, par exemple la convivialité de l'équipement, la façon d'y accéder et son installation. D'autres concernent divers types de programmes visant à faciliter l'auto-prise en charge des maladies chroniques. L'examen des éléments susceptibles de motiver ou de démotiver les participants est essentiel. Les critères d'admissibilité au programme et le processus de recrutement, par exemple le soutien offert aux participants qui ne parlent pas anglais ou français, doivent aussi être considérés. De plus, les chercheurs ont souligné l'importance de s'assurer que les prestataires de soins de santé sont en mesure de s'acquitter des rôles qui leur sont attribués. Ils ont aussi fait remarquer que l'harmonisation entre les objectifs organisationnels et les politiques et systèmes de santé actuels était essentielle au succès du programme. Notamment, il faut songer à relier les services entre les prestataires de soins de santé, à intégrer des modèles novateurs de soins dans le flux de travail et à établir un contexte politique axé sur le soutien. Ces facteurs trouvent leur équivalent dans la documentation élargie sur les facteurs qui facilitent et entravent la mise en œuvre des SSAV.

POUR EN SAVOIR PLUS

[Ernst & Young LLP, 2014. Connecting Patients with Providers: A Pan-Canadian Study on Remote Patient Monitoring](#)

[Ontario Telehomecare Program's THETA Telecare Evaluation](#)

[Centre de coordination de la télésanté du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke \(CCT du CIUSSS de l'Estrie – CHUS\) – Telehomecare service for COPD Clients: Service Evaluation Preliminary Report](#)

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE À L'AIDE D'OBLIGATIONS À IMPACT SOCIAL

TYPE

Obligations à impact social

COMMANDITAIRES

Obligations émises par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (FMC) avec le soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

PARTICIPANTS

11 investisseurs, dont des entreprises, des fondations de bienfaisance et des particuliers

PORTÉE

Recruter 7 000 Canadiens de 60 ans ou plus prédisposés à l'hypertension et les faire participer à un programme de six mois favorisant l'adoption de saines habitudes de vie pour empêcher l'augmentation de la pression artérielle

APERÇU

Les obligations à impact social fonctionnent selon un modèle d'investissement « rémunération au succès ». La FMC utilise le capital (2,9 millions de dollars) et réinvestit les primes au volume afin de payer les frais d'exploitation initiaux (budget de 3,4 millions de dollars) de l'Initiative communautaire de prévention de l'hypertension (ICPH) sur trois ans. Le rendement obtenu par les investisseurs dépend de la capacité de la FMC à recruter le nombre de participants prévu et de l'efficacité du programme à prévenir l'hypertension chez les membres du groupe cible. L'ASPC s'est engagée à investir 1 million de dollars dans l'initiative. Il reste donc 1,9 million de dollars à risque selon les progrès réalisés. Si le programme réalise ses objectifs, les investisseurs obtiendront un rendement de 6,7 %. Ce rendement pourrait atteindre 8,8 % si le programme dépasse largement ses objectifs.

Le recrutement aura lieu dans les pharmacies Shoppers Drug Mart/Pharmaprix et les épiceries Loblaws sélectionnées. Les personnes prédisposées à l'hypertension seront invitées à participer à un programme gratuit axé sur la prise en charge des facteurs de risque, notamment par l'augmentation de l'activité physique et l'adoption d'une meilleure alimentation. Le programme fournira aux participants des solutions numériques, de l'encadrement et des ressources communautaires. Les résultats seront évalués au bout de six mois.

RÉSULTATS VISÉS

- Recrutement de 7 000 Canadiens de 60 ans ou plus prédisposés à l'hypertension artérielle
- Diminution de la pression artérielle des participants à la fin du programme de six mois

ÉTAT OU RÉSULTATS

Le recrutement des participants à cette initiative de 4 millions de dollars commence à Toronto en 2018, puis devrait s'étendre à Vancouver en 2020.

POUR EN SAVOIR PLUS

[Initiative communautaire de prévention de l'hypertension](#)

[Renseignements sur les obligations à impact social](#)

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LES SERVICES DE SANTÉ GRÂCE AUX SOLUTIONS NUMÉRIQUES

TYPE

Défis d'innovation ouverte grâce au sociofinancement

COMMANDITAIRES

Inforoute Santé du Canada et 18 organismes partenaires nationaux

PARTICIPANTS

Particuliers, professionnels de la santé, organismes de services de santé et de santé publique, entreprises de toutes tailles, groupes de recherche, étudiants, etc.

PORTÉE

De 2011 à 2016, Inforoute a organisé dix Défis ImagiNation et remis au total 2,3 millions de dollars en prix. Elle a reçu 435 soumissions de personnes ou d'équipes provenant de partout au pays, qu'elle a évaluées avec l'aide de 211 juges bénévoles.

APERÇU

À l'inverse des démarches de financement et d'approvisionnement traditionnelles, qui consistent à sélectionner des participants, puis à leur indiquer le résultat souhaité, les défis d'innovation ouverte présentent un résultat, puis récompensent les innovateurs qui réussissent à l'atteindre.

Les Défis ImagiNation visent à inspirer, à provoquer et à promouvoir l'innovation en santé et en services de santé afin d'améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients canadiens. Pour ce faire, ils misent sur la diffusion des connaissances, des compétences et des ressources à grande échelle afin d'accélérer la création de valeur à l'aide des solutions numériques émergentes. Les résultats visés sont d'abord présentés, puis les participants peuvent s'inscrire et suivre leurs progrès sur un site Web. Les participants qui réussissent le mieux à atteindre un résultat visé reçoivent un prix en argent et d'autres formes de soutien.

RÉSULTATS VISÉS

Les résultats varient selon le défi. Voici quelques exemples :

- Augmenter l'utilisation des solutions de santé électroniques pour la prise de rendez-vous, l'accès des patients à l'information sur la santé, les rapports synoptiques cliniques et le bilan comparatif des médicaments
- Améliorer l'utilisation et la qualité des solutions numériques qui permettent aux professionnels de la santé d'établir une connexion électronique avec leurs patients et entre eux : visites électroniques, renouvellements électroniques d'ordonnances, demandes électroniques de services et rapports électroniques de services
- Se servir des médias sociaux de façon créative et novatrice pour améliorer la santé publique

ÉTAT OU RÉSULTATS

Durant les défis, les équipes ont relevé collectivement près de 75 millions d'utilisations de leurs solutions de santé numériques, soit 3,5 millions d'utilisations pour les solutions axées sur les consommateurs et 71,4 millions d'utilisations pour les solutions destinées aux équipes cliniques.

Les équipes ayant participé au Défi Médias sociaux en santé publique ont effectué plus de 30 millions d'impressions dans les médias sociaux afin d'accroître la diffusion des messages de santé publique aux groupes de population ciblés.

Dans l'ensemble, les défis ont prouvé que l'innovation ouverte peut être un moyen économique d'orienter un groupe hétérogène d'intervenants vers des résultats précis. Selon les organisateurs, les facteurs suivants ont contribué à faire des défis une réussite sur le plan de la conception et de l'exécution : partenariats et sensibilisation, gestion dynamique et conception claire, importance accordée aux nombreuses sources de motivation, soutien et reconnaissance externes, et utilisation de l'innovation ouverte parmi d'autres stratégies complémentaires destinées à favoriser l'innovation. D'autres facteurs, tels qu'une augmentation de la complexité, la surpondération de certains résultats visés, une mauvaise évaluation des délais requis pour l'exécution des différentes étapes d'un défi et les exigences élevées à l'égard des équipes et des juges, ont toutefois suscité des risques.

POUR EN SAVOIR PLUS

Information sur les Défis ImagiNation (résultats, règles, juges, prix, etc.) : www.defiimagination.ca (français) ou www.imaginationchallenge.ca (anglais)

Zelmer J., F. Ratchford et J. Noble. « Open Innovation Prizes and Challenges: Learnings from the ImagineNation Series », *Healthcare Quarterly*, vol. 19, no 4 (2017).

INTÉGRER LES SOINS EXTRA-HOSPITALIERS AU NOUVEAU-BRUNSWICK

TYPE

Approvisionnement lié aux résultats

COMMANDITAIRES

Gouvernement du Nouveau-Brunswick

PARTICIPANTS

Services de santé Medavie du Nouveau-Brunswick (organisme sans but lucratif)

PORTÉE

Certains services extra-hospitaliers à l'échelle du Nouveau-Brunswick

APERÇU

Le Projet d'intégration des soins de santé primaires (programme extra-mural ou PEM) a pour but d'accroître la collaboration entre divers services offerts à l'extérieur des hôpitaux, y compris les services ambulanciers et les soins à domicile, et d'en améliorer la coordination. Il vise également à resserrer le lien entre ces services et Tél-soins 811, la ligne de triage et de conseils de santé. Le contrat de dix ans d'une valeur de 74 millions de dollars prévoit des mesures incitatives déterminées selon les résultats par rapport à plusieurs indicateurs prédéfinis. Par exemple, les cibles pour la première année incluent l'augmentation des visites à domicile et la diminution des visites au service d'urgence par les patients soignés à domicile.

Les salaires, avantages sociaux, régimes de retraite et contrats de travail des quelque 700 infirmiers et autres employés qui fournissent ces services ne changeront pas. Environ 32 cadres supérieurs deviendront employés de Medavie. Un nouveau conseil d'administration, formé de représentants du gouvernement et des deux réseaux de santé de la province, chapeautera le projet.

RÉSULTATS VISÉS

Les mesures incitatives prévues au contrat dépendent des résultats mesurés par rapport à 15 indicateurs, dont la diminution du nombre de visites au service d'urgence et d'hospitalisations, l'augmentation des visites à domicile, l'uniformisation accrue des programmes de soins à domicile et la réduction du délai d'accès aux soins à domicile.

ÉTAT OU RÉSULTATS

Services de santé Medavie du Nouveau-Brunswick, qui dirige déjà Ambulance Nouveau-Brunswick, assurera la prestation des nouveaux services en 2018. Les primes et paiements prévus à l'Entente de services du programme extra-mural du Nouveau-Brunswick se rapportent aux indicateurs de rendement clés suivants :

- Délai entre le nouvel aiguillage et les soins pour le PEM
- Rapport entre le nombre de visites au service d'urgence par patient du PEM et le nombre de personnes servies par celui-ci
- Aiguillage des patients vers le PEM par les prestataires de soins primaires
- Visites liées au PEM
- Expérience vécue par les patients qui reçoivent des services dans le cadre du PEM

À chaque fin d'exercice, les indicateurs seront examinés par rapport aux résultats ciblés en vue de déterminer si les primes seront versées en partie ou en totalité (jusqu'à 1,8 million de dollars par année). Des pénalités pourront être imposées si les résultats sont inférieurs aux valeurs de base. Les primes et les pénalités pourront être révisées annuellement.

D'autres mesures seront aussi prises en compte; celles-ci n'auront toutefois aucune incidence sur les primes et les pénalités.

POUR EN SAVOIR PLUS

[Projet d'intégration des soins de santé primaires](#)

[Entente de services du programme extra-mural du Nouveau-Brunswick](#)

FAVORISER LES NOUVEAUX MODÈLES DE SOINS INTÉGRÉS EN ONTARIO

TYPE

Paiements (financement) au titre des soins regroupés

COMMANDITAIRES

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

PARTICIPANTS

Équipes de la première vague de financement au titre des soins regroupés (modèle de financement intégré)

- *Lien avec les soins à domicile* : Bonification des soins pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) à London et Middlesex avec les partenaires suivants : London Health Sciences Centre, Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest, St. Joseph's Health Care London, Équipe de santé familiale de Thames Valley, Réseau local d'intégration des soins de santé du Sud-Ouest
- *Soins intégrés complets 2.0* : Prise en charge des patients atteints de MPOC et d'insuffisance cardiaque congestive à l'échelle du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant avec les partenaires suivants : Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Brantford Community Health System, Centre de santé communautaire, Centre de santé communautaire Grand River, Hôpital War Memorial de Haldimand, Hamilton Health Sciences, Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, responsable du renouvellement des soins primaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, Hôpital Joseph Brant, Centre de santé communautaire de Niagara Falls, Système de santé de Niagara, Hôpital général de Norfolk, Centre de santé communautaire du Nord de Hamilton, St. Joseph's Home Care, Hôpital général de Haldimand-Ouest
- *De l'hôpital à la maison* : Modèle de soins intégrés du Centre-Ouest avec les partenaires suivants : William Osler Health System, Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Ouest, Headwaters Health Care Centre, RLISS du Centre-Ouest, Réseau Télémédecine Ontario
- *Les patients au cœur du système* : Un parcours unifié pour les patients en chirurgie cardiaque à Mississauga Halton avec les partenaires suivants : Trillium Health Partners et Saint Elizabeth Healthcare, avec l'appui du RLISS de Mississauga Halton
- *Un client, une équipe* : Prise en charge des AVC aux RLISS du Centre et du Centre-Toronto avec les partenaires suivants : Centre Sunnybrook des sciences de santé, Providence Healthcare, Hôpital général de North York, Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto, Centre d'accès aux soins communautaires du Centre

PORTÉE

La première vague visait certains groupes de patients et communautés de l'Ontario (voir la liste de participants ci-dessus).

APERÇU

Selon les modèles de financement intégré ou de paiements au titre des soins regroupés, un groupe de prestataires de soins de santé reçoit un montant prédéterminé pour l'ensemble des services requis durant un épisode de soins. Par exemple, un paiement regroupé pour les patients qui subissent une arthroplastie de la hanche et du genou pourrait couvrir les coûts associés à la préparation des patients, à l'opération, à l'hospitalisation, à la réadaptation post-chirurgicale, aux soins à domicile et à toute réadmission liée à des complications. Cette approche a pour but d'harmoniser les mesures incitatives afin d'améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients tout en contrôlant les coûts. Tous les modèles de paiement regroupés ne comprennent pas tous les coûts (par exemple, la rémunération à l'acte aux médecins et les coûts pharmaceutiques sont souvent omis).

RÉSULTATS VISÉS

Intégration améliorée des soins dans les hôpitaux et la communauté pour certains groupes de patients

ÉTAT OU RÉSULTATS

Dans le cadre de ses plans généraux de réforme du financement, et tablant sur l'expérience d'intégration des soins aux personnes atteintes du cancer et les résultats du projet pilote de soins regroupés du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, le Ministère a fourni son appui en 2015 à cinq nouvelles équipes de première vague selon un modèle de financement intégré, en mettant l'accent sur certains groupes de patients qui nécessitent des soins à leur sortie de l'hôpital.

Sélectionnées en mars 2015 parmi 50 déclarations d'intérêt, les équipes de première vague devaient faire l'essai de modèles de paiements au titre des soins regroupés pour des patients qui nécessitent des soins de courte durée dans la communauté après leur sortie de l'hôpital. Les équipes ont commencé la mise en œuvre du projet à l'automne 2015. Les résultats préliminaires ont incité le Ministère à prolonger le programme en 2017-2018. Cela comprend la préparation de la mise à l'échelle de modèles de soins regroupés normalisés à partir des actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) comme modèle de base dans plusieurs domaines tels que l'arthroplastie de la hanche et du genou, et de modèles de soins intégrés de dialyse pour la dialyse péritonéale assistée. Il faudra également explorer l'élargissement des modèles de paiements au titre des soins regroupés pour couvrir une gamme de maladies chroniques, en commençant par la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'insuffisance cardiaque congestive.

POUR EN SAVOIR PLUS

[Document d'information sur les équipes de première vague du MSSLD](#)

[Mise à jour : Intégration du système de santé, 19 mai 2017](#)

Wojtak A., D. Purbhoo. « Perspectives on Advancing Bundled Payment in Ontario's Home Care System and Beyond », *Healthcare Quarterly*, vol. 18, no 1 (2015), p. 18-25.

[Integrated Funding Models: Supporting sector-led innovation \(2015\)](#)

TRANSFORMER LES RÉSULTATS CLINIQUES DANS LES UNITÉS MÉDICALES POUR PATIENTS HOSPITALISÉS DE LA SASKATCHEWAN

TYPE

Unités de soins responsables

COMMANDITAIRES

Autorité sanitaire de la Saskatchewan, ministère de la Santé de la Saskatchewan

PARTICIPANTS

Initiative mise en place par la Région sanitaire Regina Qu'Appelle (aujourd'hui l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan)

PORTÉE

Unités médicales pour patients hospitalisés

APERÇU

Misant sur un modèle d'unités de soins responsables mis au point à l'Université Emory, les régions sanitaires de la Saskatchewan transforment les soins offerts dans les unités médicales pour patients hospitalisés. Leur approche présente les caractéristiques suivantes :

- Équipe de médecins de famille dévoués ou d'internistes généralistes qui fournissent des services spécialisés en soins de courte durée, des services infirmiers et des services paramédicaux (physiothérapie, pharmacie, travail social, etc.)
- Cliniques interdisciplinaires structurées au chevet du patient, auxquelles participent le patient, sa famille et tous les membres de l'équipe de soins, qui ont lieu chaque jour à heure fixe et suivent la même structure, et transferts des dossiers infirmiers au chevet du patient à la fin du quart de travail, auxquels participe le patient et qui incluent une réunion du personnel de l'unité
- Rapports de rendement à l'échelle de l'unité, selon des indicateurs de qualité, de sécurité, de fluidité et de durabilité
- Unité dirigée conjointement par un infirmier et un médecin

RÉSULTATS VISÉS

Amélioration des résultats cliniques ainsi que du flux et de la satisfaction des patients; amélioration de la satisfaction, du recrutement et de la rétention du personnel

ÉTAT OU RÉSULTATS

Regina compte trois unités de soins responsables; la province prévoit augmenter ce nombre, en plus d'ouvrir des unités à Saskatoon (trois) et à Lloydminster. Un groupe de Cambridge, en Ontario, est aussi en train de mettre ce modèle en place.

Une évaluation réalisée six mois après l'ouverture de la première unité a révélé une baisse du nombre de codes bleus, des plaintes au représentant des patients, de la durée de séjour (18 %) et du temps passé au service d'urgence pour les patients admis à l'unité. L'évaluation a aussi permis d'observer des améliorations concernant plusieurs processus de soins et résultats cliniques fondés sur des données probantes. Durant la même période, le nombre d'admissions à l'unité a augmenté de 8 %.

Voici les principaux facteurs de réussite retenus :

- Leadership fort à l'échelle de l'unité, de l'hôpital et de la région
- Soutien apporté à l'approche interdisciplinaire et au changement majeur de culture que requiert ce nouveau modèle
- Structure de dotation qui favorise une démarche fondée sur le travail d'équipe (p. ex., affectation du personnel paramédical exclusivement à l'unité lorsque celle-ci entre en service et répartition uniforme du personnel infirmier de manière à assurer l'excellence des soins jour et nuit)
- Rémunération claire et uniforme des médecins, compte tenu du fait que cette rémunération ne figure habituellement pas au budget des régions sanitaires en Saskatchewan
- Données probantes de qualité pour orienter les décisions relatives au changement de pratique
- Reconnaissance qu'il est difficile de réaliser des économies directement chiffrables dans un contexte de capacités restreintes

POUR EN SAVOIR PLUS

Stein J. et coll. « Reorganizing a Hospital Ward as an Accountable Care Unit », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 10, no 1 (2015), p. 36-40. Numéro DOI : 10.1002/jhm.2284

Taylor R. et coll. Results from Canada's First Accountable Care Unit. Résumé présenté à *Hospital Medicine* 2017.