



# Intégrer les systèmes et améliorer les services de santé au Canada : **s'inspirer de Kaiser Permanente**

**Matthew Townsend**

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

Novembre 2014



Canadian Foundation for  
**Healthcare  
Improvement**



Fondation canadienne pour  
**l'amélioration des  
services de santé**

[cfhi-fcass.ca](http://cfhi-fcass.ca)



## MATTHEW TOWNSEND

Matthew Townsend est candidat au doctorat en économie de la santé à la London School of Economics et aussi chargé de recherche au LSE Health and Social Care. La recherche de Matthew porte sur l'économie des soins de santé et, plus particulièrement, sur l'intégration des soins et les primes de rendement. Lorsqu'il était au LSE Health and Social Care, il fournissait des services de consultation et des conseils à des organismes comme l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque européenne pour la reconstruction et le développement et le Government Office for Science du Royaume-Uni. Matthew a travaillé dans le domaine des politiques à titre de conseiller principal en matière de qualité de la santé auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que d'analyste des politiques au sein du bureau du sous-ministre de Santé Canada. Il est titulaire d'une maîtrise en économie, politique et gestion de la santé de la LES et d'une maîtrise en politique publique de l'École de politiques publiques et de gouvernance de l'Université de Toronto.

# Contents

<b>RÉSUMÉ ANALYTIQUE : S'INSPIRER DE KAISER PERMANENTE</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>SECTION UN – INTÉGRATION, SOINS DES PATIENTS ET LEADERSHIP</b> .....	10
UN SYSTÈME DE PRESTATION ENTIÈREMENT INTÉGRÉ .....	10
LEADERSHIP DES MÉDECINS ET CHANGEMENT DE CULTURE .....	10
Comparaison avec l'Ontario .....	11
Comparaison avec la Saskatchewan .....	11
VERS UN AVENIR INTÉGRÉ .....	12
<b>SECTION DEUX – FINANCEMENT DES SOINS INTÉGRÉS</b> .....	13
LA DIMENSION ÉCONOMIQUE D'UN AVENIR INTÉGRÉ .....	13
ADOPTION DE NOUVEAUX INCITATIFS .....	13
Comparaison avec l'Ontario .....	14
Comparaison avec la Saskatchewan .....	14
PRATIQUE ÉCLAIRÉE PAR LE RENDEMENT ET LA QUALITÉ .....	14
<b>SECTION TROIS – INFORMATION ET GESTION DES PATIENTS</b> .....	16
MISE EN PLACE DE LA PLATEFORME D'INFORMATION .....	16
AU-DELÀ DES DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES .....	16
Comparaison avec l'Ontario .....	17
Comparaison avec la Saskatchewan .....	17
L'INFORMATION, UN FACTEUR FAVORABLE À UNE PLUS GRANDE COLLABORATION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ.....	18
<b>SECTION QUATRE – INNOVATION POUR UNE PLUS GRANDE PERSONNALISATION DES SOINS</b> .....	19
AFFLUENCE DES DONNÉES ET ANALYSES .....	19
ALLER DE L'AVANT .....	19
Comparaison avec l'Ontario .....	19
Comparaison avec la Saskatchewan .....	20
UN AVENIR MÉDICAL PERSONNALISÉ .....	20
<b>CONCLUSION</b> .....	21
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	22

## Résumé analytique : s'inspirer de Kaiser Permanente

Démarches prioritaires en vue de la transformation du système d'après une étude de l'intégration des soins menée par Kaiser Permanente :

1. Élaborer un système de gouvernance clinique dans lequel les leaders médicaux ont un rôle important à jouer tant sur le plan de la prestation que de la planification des soins à la population.

**Exemple:** Déterminer les domaines où il y a lieu d'améliorer la coordination et les décisions relatives aux ressources en santé grâce au leadership accru des médecins et à l'instauration de modalités de remboursement en fonction du rendement favorisant le concours de professionnels de la santé responsables et travaillant en équipe.

2. Formuler des stratégies de gestion des soins actifs dans tous les secteurs de service et éliminer les obstacles structurels, le cas échéant.

**Exemple:** Créer un système de gestion des soins qui soutient activement les patients et dont la coordination est assurée par les prestataires de services de santé afin d'éviter l'hospitalisation des patients. Les délais administratifs qui retardent l'admission d'un patient dans le niveau de soins approprié doivent être considérés comme des échecs sérieux.

3. Harmoniser les incitations visant à récompenser les prestataires de services de santé qui assurent la coordination du milieu de soins tout en respectant les normes de qualité des soins et des services.

**Exemple:** Récompenser la pertinence et la qualité des soins dispensés plutôt que le volume de services fournis.

4. Assurer la normalisation des plateformes d'information sur la santé dans tous les milieux de soins, leur centralisation et la disponibilité de leurs composants pour les patients.

### Principes des soins intégrés

#### La responsabilité du médecin :

Les médecins jouent un rôle central dans un système de santé intégré, car ils facilitent les soins à l'ensemble de la population, développent de nouveaux services et gèrent les ressources en santé.

#### Un travail de collaboration :

Une culture organisationnelle multidisciplinaire ouvre la voie à l'engagement commun d'améliorer le rendement du système de soins de santé.

#### La rentabilité :

Il importe d'harmoniser les incitatifs financiers et les incitations offertes aux professionnels de la santé.

#### L'investissement en cybersanté :

Les technologies de l'information et les investissements dans l'innovation sont des éléments essentiels d'un système de soins intégrés.

#### Le point de vue des patients :

Pour assurer l'intégration des services de santé, il faut comprendre le point de vue des patients, tant en matière de promotion des soins préventifs que de la personnalisation des biens et services de santé.

**Exemple:** S'assurer que les dossiers de santé électroniques sont stockés dans un dépôt central (p. ex. dans un réseau en nuage) au lieu d'être rangés isolément à divers endroits. La fragmentation réduit la sécurité des dossiers de santé personnels et limite les activités bénéfiques telles que l'analyse prédictive, la personnalisation et le soutien à l'auto-prise en charge des patients.

## Introduction

### Citation

« Le modèle de Kaiser Permanente n'est pas uniquement un modèle de soins intégrés [...] mais un changement culturel majeur – les médecins jouent un rôle de premier plan dans les soins de la population<sup>1</sup>. »

Ce rapport s'appuie sur les études toujours plus nombreuses sur les soins intégrés et compare deux approches distinctes de la prestation de services de santé en Amérique du Nord, à savoir un système de soins intégrés et un régime d'assurance géré par un organisme sans but lucratif (p. ex. Kaiser Permanente) et deux systèmes provinciaux publics à assureur unique au Canada (p. ex. le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le ministère de la Santé de la Saskatchewan). En faisant cette comparaison, ce rapport ne prétend pas qu'un système a plus que l'autre le monopole des bonnes idées. Comparer Kaiser Permanente à d'autres systèmes de santé est une entreprise complexe, qui peut être sujette aux biais et aux erreurs, ne serait-ce qu'en raison de plusieurs différences évidentes entre les populations desservies et les fonds disponibles<sup>2,3,4</sup>. En dépit de ces écarts, Kaiser Permanente a consenti d'importants investissements dans un système de soins intégrés et les provinces et territoires canadiens qui cherchent à renforcer le leadership, le financement, l'information et l'innovation en santé peuvent s'en inspirer avec profit.

### Que faut-il à un système de soins intégrés? L'expérience de Kaiser

- L'environnement clinique et administratif est cohérent, fiable et facile à explorer.
  - o Les patients sont pris en charge lors de la transition entre les cliniques, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmaciens
  - o Les structures de soins primaires, secondaires et spécialisés sont reliées (physiquement ou virtuellement).
- Les médecins de soins primaires ont le pouvoir nécessaire pour être proactifs et entièrement responsables des soins.
  - o Un grand nombre de services de santé sont offerts aux patients (p. ex. examens de routine, programmes de prise en charge de maladies, chirurgie ambulatoire).
  - o Les patients peuvent subir des tests de laboratoire et d'imagerie, et faire remplir les ordonnances à un emplacement pratique.
  - o Des consultations par vidéo sont fournies au besoin (p. ex. dans des régions éloignées ou lorsque le patient est confiné au lit).
- Un seul dossier médical, accessible au patient.
  - o Les patients ont accès à des services en ligne tels que la consultation des résultats des tests de laboratoire ou les échanges sécurisés par courrier électronique avec le médecin.

Il est généralement reconnu que les interactions avec les professionnels de la santé devraient être aussi simples et uniformes que possible. En offrant un seul point d'entrée pour les soins primaires et secondaires ainsi que des services de diagnostic et des programmes de mieux-être, Kaiser Permanente a fait de l'intégration un élément central de son modèle opérationnel, lequel a attiré une attention considérable à l'échelle internationale<sup>5,6,7</sup>. Aux fins de ce rapport, l'analyse de l'approche des soins intégrés proposée par Kaiser Permanente comporte quatre

parties : intégration du milieu des soins de santé et leadership (première section); intégration du financement dans la prestation des services de santé (deuxième section); intégration de l'information et gestion des patients (troisième section); intégration par l'innovation (quatrième section).

Bien que les systèmes de santé à l'étude soit distincts sur le plan historique et administratif, la gamme de biens et de services de santé qu'ils offrent à la population assurée est sensiblement la même. Kaiser Permanente, un réseau d'assurance privé établi aux États-Unis, se définit auprès de ses membres comme un réseau de soins intégrés, dont les principes de base sont la responsabilisation en matière de services et la propriété des médecins. Il repose sur une démarche particulièrement égalitaire de la prestation de services de santé, surtout par comparaison à ses homologues du domaine de l'assurance maladie<sup>8</sup>. Pour leur part, les ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan se définissent comme les gardiens et protecteurs du système de santé et, à ce titre, évoluent dans un paysage différent où ils instaurent un éventail de réformes stratégiques (p. ex., la restructuration des services, la réduction des temps d'attente et des initiatives d'amélioration de la qualité des services offerts).

## Bref historique - Kaiser Permanente

- Kaiser Permanente a vu le jour en 1933 lorsqu'un médecin de Californie, Dr. Sidney Garfield, a instauré à l'intention d'un groupe local de travailleurs de la construction un régime d'assurance fondé sur le paiement anticipé plutôt que sur la rémunération à l'acte. Dr. Garfield estimait que l'absence d'obstacles financiers inciterait les travailleurs à le consulter avant que leurs blessures ne s'aggravent, ce qui lui donnerait le temps de dispenser des traitements préventifs et de l'information. Par conséquent, l'incitatif ne visait plus à attendre la manifestation de la maladie, mais à alléger le fardeau du système de santé<sup>9</sup>.
- À la fin des années 1930, Henry et Edgar Kaiser ont demandé au Dr. Garfield de créer un régime similaire pour leurs travailleurs dans l'État de Washington. Ce régime a gagné en popularité et s'est largement répandu pour devenir un régime ouvert en 1945<sup>10</sup>.
- Aujourd'hui, Kaiser Permanente est un réseau virtuel intégré réunissant des organismes fournisseurs distincts qui collaborent en vertu d'ententes contractuelles. Kaiser Permanente a formé un consortium de trois groupes indépendants, à savoir Kaiser Foundation Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals et Permanente Medical Groups.<sup>11</sup>

L'examen des plateformes organisationnelles de Kaiser Permanente et des ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan indique clairement que tous trois sont fermement résolus à améliorer la qualité des soins et les résultats en dépit des ressources limitées en santé. Les dirigeants des trois systèmes reconnaissent que l'augmentation des coûts de santé exigera des mesures et que la rationalisation des services de santé ainsi que la restructuration du système sont incontournables<sup>12, 13, 14</sup>.

De plus, reconnaissant la nécessité d'offrir désormais les soins de proximité, ces systèmes ont une perception semblable des difficultés à venir et ont investi davantage dans les plateformes d'information et les ressources en santé disponibles au sein de la communauté. Toutefois, Kaiser Permanente et les ministères de la Santé ont suivi des voies différentes pour ce qui est de l'avenir des soins, adoptant des cultures organisationnelles et des systèmes de valeur distincts. Par exemple, pour Kaiser Permanente, réseau virtuel intégré sans but lucratif, l'avantage comparatif a été d'investir dans l'intégration des soins, la coordination, l'information et la prise en charge. Autrement dit, dans la mise en place d'un système de gouvernance clinique intégré qui est rentable et encourage le recrutement d'employés convaincus du bien-fondé des méthodes multidisciplinaires pour

garder les patients en santé. Au Canada, en revanche, les ministères de la Santé se sont efforcés de faire avancer les systèmes et les structures au moyen de diverses réformes législatives et n'ont envisagé que des mesures embryonnaires en vue de l'intégration éventuelle des systèmes.

Il importe de souligner que les systèmes à l'étude ont adopté une approche différente de la prestation des soins et n'offrent pas les mêmes régimes ou services. Dans les deux provinces canadiennes, les régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments sont presque identiques et ne comportent que de légères différences en matière de protection (p. ex. pour ce qui est des stratégies de santé publique, des formulaires pharmaceutiques et des décisions relatives à la couverture des médicaments onéreux, etc.<sup>15</sup>). Kaiser Permanente offre une gamme de services semblables à ceux des ministères canadiens en matière de soins actifs (p. ex. soins ambulatoires, services d'urgence, etc.) et de soins pour affections subaiguës (p. ex. soins infirmiers spécialisés, orthophonie et physiothérapie, réadaptation, soins palliatifs, soins à domicile). Cependant, Kaiser Permanente est plus susceptible d'exiger une quote-part pour ces services (en particulier pour les soins actifs) et, en règle générale, plafonnera ces dépenses additionnelles en réclamant une contribution annuelle maximale<sup>16</sup>. Alors que le régime de Kaiser Permanente prévoit des prestations de services dentaires et optométriques, l'Ontario et la Saskatchewan offrent un plus grand nombre de services pour les soins de santé mentale, psychiatriques, de longue durée ainsi que pour les soins non médicaux en établissement<sup>17</sup>. Kaiser Permanente couvre les soins infirmiers spécialisés jusqu'à concurrence de 100 jours, excluant toutefois les soins de longue durée (aux États-Unis, l'assurance complémentaire pour soins de longue durée ou certains organismes gouvernementaux peuvent offrir cette protection). La couverture des appareils fonctionnels (p. ex. prothèses auditives, équipement médical) est comparable dans les trois systèmes.

Bien que les médicaments des patients hospitalisés soient couverts par les trois systèmes, la couverture des produits pharmaceutiques dans les provinces canadiennes est généralement considérée comme une protection supplémentaire avant l'âge de 65 ans, alors que les membres de Kaiser Permanente bénéficient d'une couverture complète des médicaments (moyennant une quote-part). En règle générale, ce sont les résidents de l'Ontario et de la Saskatchewan qui souscrivent à cette assurance supplémentaire (environ 66 % de la population canadienne souscrit à un régime privé), tandis que les membres de Kaiser Permanente souscrivent rarement à une double assurance de ce genre<sup>18</sup>. Kaiser Permanente assume plusieurs frais spéciaux liés à l'administration, aux ventes, au marketing, à la recherche et à l'assurance (pour faute professionnelle, par exemple), alors que les provinces canadiennes engagent des dépenses additionnelles qui se rapportent à la santé publique, à l'éducation et au financement de la recherche (p. ex. subventions, services scientifiques). Outre la diversité des services offerts, il y a aussi une différence dans la population couverte par les trois systèmes. Des études comparatives entre les régimes britanniques et celui de Kaiser Permanente révèlent que la répartition en fonction de l'âge penche en faveur des clients plus âgés dans les systèmes de santé nationaux, le NHS desservant presque deux fois plus de patients âgés de plus de 75 ans<sup>19</sup>.

## Les trois systèmes de santé en chiffres <sup>20,21,22,23,24,25</sup>

	Kaiser Permanente	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Revenus d'exploitation	~ 53 milliards USD	~ 51 milliards CAD	~ 5 milliards CAD
Population desservie	~ 9,5 millions (dans 6 États; 7,3 millions en Californie)	~13 millions	~1,1 million

Hôpitaux	~ 38 établissements hospitaliers de la Fondation Kaiser  Kaiser gère de nombreux établissements de soins ambulatoires et hôpitaux, mais offre aussi des régimes d'assurance à d'autres hôpitaux.	~ 157 hôpitaux publics, privés et spécialisés en soins psychiatriques	~ 65 hôpitaux publics
Médecins employés	~ 17 400 Nombre de médecins (de soins primaires et spécialistes) sont des parties prenantes ou partenaires de groupes médicaux. Les médecins reçoivent un salaire auxquels s'ajoutent des primes au rendement de 5 à 10 %.	~27 000 Les médecins sont rémunérés à l'acte ou selon un mode de rémunération mixte (capitation, salaire, à l'acte, etc.). D'autres primes de rendement sont offertes pour la gestion des maladies chroniques.	~ 2 000 La majorité des médecins sont rémunérés à l'acte.
Différences de services  (*peut requérir une quote-part)	Soins actifs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'urgence*, soins ambulatoires (chirurgie)*</li> <li>• Services de laboratoire</li> </ul> Soins pour affections subaiguës* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réadaptation</li> <li>• Soins palliatifs</li> <li>• Soins à domicile</li> <li>• Services de santé mentale</li> <li>• Orthophonie et physiothérapie</li> <li>• Soins infirmiers spécialisés</li> </ul> Soins primaires* et soins préventifs  Autre* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance médicaments pour les patients externes</li> <li>• Appareils fonctionnels</li> <li>• Services dentaires et optométriques</li> </ul>	Soins actifs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'urgence, soins ambulatoires (chirurgie)</li> <li>• Services de laboratoire</li> </ul> Soins pour affections subaiguës* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réadaptation</li> <li>• Soins palliatifs</li> <li>• Soins à domicile</li> <li>• Services de santé mentale</li> <li>• Orthophonie et physiothérapie</li> <li>• Soins psychiatriques</li> <li>• Soins de longue durée</li> <li>• Soins continus complexes</li> </ul> Soins primaires et soins préventifs  Autre* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance médicaments pour les patients externes (+ de 65 ans)</li> <li>• Appareils fonctionnels</li> <li>• Services de santé publique</li> <li>• Soins non médicaux en établissement</li> </ul>	Soins actifs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'urgence, soins ambulatoires (chirurgie)</li> <li>• Services de laboratoire</li> </ul> Soins pour affections subaiguës* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réadaptation</li> <li>• Hospice care</li> <li>• Soins palliatifs</li> <li>• Soins à domicile</li> <li>• Services de santé mentale</li> <li>• Orthophonie et physiothérapie</li> <li>• Soins psychiatriques</li> <li>• Soins de longue durée</li> </ul> Soins primaires et soins préventifs  Autre* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance médicaments pour les patients externes (+ de 65 ans)</li> <li>• Appareils fonctionnels</li> <li>• Services de santé publique</li> <li>• Soins non médicaux en établissement</li> </ul>



Temps d'attente	En règle générale, l'accès aux tests et procédures de santé exigent un délai minimum.  Les temps d'attente peuvent être plus longs pour les services de santé mentale.	Possibilité de temps d'attente importants avant de voir un spécialiste ou de subir une chirurgie élective.	Possibilité de temps d'attente importants avant de voir un spécialiste ou de subir une chirurgie élective.
Population couverte	Collaboration de l'employeur ou recrutement des individus (gamme d'indemnités et d'options de quote-part). Les prestataires de Medicare peuvent opter pour le système de Kaiser Permanente.	Tous les résidents. Couverture universelle à incidence fiscale des services médicalement nécessaires.	Tous les résidents. Couverture universelle à incidence fiscale des services médicalement nécessaires.
Infrastructure de l'information sur la santé	Base de données <i>HealthConnect</i> de Kaiser Permanente (Information disponible auprès de tous les fournisseurs et établissements).	cyberSanté Ontario (Intégration limitée au sein des plateformes; environ les deux tiers des patients ont un dossier de santé électronique).	cyberSanté Saskatchewan (Soutient trois plateformes de dossiers de santé électroniques à l'échelle provinciale).

Malgré plusieurs différences intrinsèques et historiques, la plateforme de soins intégrés de l'Ontario et de la Saskatchewan a fait l'objet d'un examen de manière à établir une comparaison directe avec Kaiser Permanente en vue de comprendre ses forces et ses faiblesses dans les domaines du leadership intégré (première section), du financement (deuxième section), de l'information (troisième section) et de l'innovation (quatrième section).

Il convient de souligner que même si l'approche de Kaiser Permanente en matière d'intégration des soins a été largement saluée, on tarde encore à s'en inspirer. Bien qu'un certain nombre de systèmes de santé nationaux (notamment le NHS britannique et le système de santé danois) aient cherché des exemples au sein du système de Kaiser Permanente, ils n'ont esquissé que de timides tentatives pour reproduire dans son entièreté le modèle de soins intégrés<sup>26</sup>. Aux États-Unis, peu d'assureurs ont pris autant au sérieux que Kaiser Permanente l'intégration des services de santé et ce dernier n'a réussi à instaurer son modèle opérationnel que dans quelques États<sup>27</sup>. Néanmoins, les auteurs du présent rapport sont d'avis que, même si tous les éléments ne pourront être appliqués, une plus grande intégration des soins est la bonne voie à suivre du point de vue du patient<sup>28</sup>.

## Section un – Intégration, soins des patients et leadership

### Citation

*« Le point de vue du patient est au cœur de toute discussion sur les soins intégrés. L'intégration des soins exige que les responsables de la planification et de la prestation des services décrètent que le point de vue du patient est le principe directeur de la prestation des services <sup>29</sup>. »*

### Un système de prestation entièrement intégré

Du point de vue de ses membres, Kaiser Permanente est la définition même d'un système de prestation intégré, c'est-à-dire qu'un seul organisme offre accès à plusieurs établissements de soins qui ont toujours fonctionné isolément (hôpital, clinique à multiples spécialités, soins à domicile, soins de longue durée, pharmacie, etc.). En réalité, trois entités distinctes sont responsables de l'administration et de la prestation des soins, soit le régime d'assurance maladie de la Fondation Kaiser, les hôpitaux de la Fondation Kaiser et les groupes médicaux Permanente. Aux termes de cet accord, les régimes d'assurance maladie et les hôpitaux jouissent du statut d'organisation fédéral à but non lucratif, alors que les groupes médicaux sont des organismes professionnels qui fonctionnent dans le but de faire des profits<sup>30</sup>.

En règle générale, à Kaiser Permanente, un épisode de soins primaires ne se déroule que dans les unités de soins externes, tandis que les centres médicaux offrent tous les soins pédiatriques, gériatriques, d'urgence, spécialisés ou de médecine interne, ainsi que divers services dispensés par les éducateurs en matière de santé, le personnel infirmier, les infirmières praticiennes et les pharmaciens. Les tests de laboratoire sont faits à l'interne et de nombreux services diagnostiques avancés sont centralisés. Si un patient doit être hospitalisé (solution de dernier recours étant donné l'importance qu'accorde Kaiser Permanente aux soins partagés et aux interventions précoces), tous les soins de suivi peuvent être fournis par un établissement de soins infirmiers. Deux systèmes distincts, sur lesquels portent la troisième section, facilitent la mise en œuvre de cette entente à multiples facettes en matière de soins, à savoir le parcours de soins intégrés et les dossiers de santé électroniques.

### Leadership des médecins et changement de culture

### Citation

*« Nous avons appris ceci de Kaiser : sans la collaboration des médecins, l'entreprise est vouée à l'échec<sup>31</sup>. »*

La mise en œuvre d'une entente sur les soins intégrés, il faut impérativement briser les barrières qui ont toujours existé entre les soins primaires, secondaires et tertiaires et restructurer ces secteurs. De plus, il faut mettre en place une culture organisationnelle pour soutenir et renforcer cette approche, car les travailleurs de la santé recrutés pour prendre part à un tel système devront l'envisager dans une optique systémique et être prêts à contribuer à un milieu médical fondé sur le travail d'équipe<sup>32</sup>. Pour adopter une vision intégrée, Kaiser Permanente a incorporé le leadership des médecins à un modèle de gouvernance selon lequel le budget et le rendement dans les soins de santé sont des responsabilités partagées.

À Kaiser Permanente, les médecins conçoivent et dirigent les services qu'ils offrent, ce qui donne lieu à des solutions concertées pour minimiser les coûts et à des pratiques d'embauche axées sur l'exercice d'une gestion globale par les médecins. Les généralistes et les spécialistes savent que les jours-lits dans des établissements hospitaliers sont les éléments les plus coûteux d'un épisode de santé; ils ont donc conçu un système qui offre aux patients des soins de proximité en espérant réduire ainsi les coûts<sup>33</sup>. On évite une culture d'opposition (« eux-nous ») grâce à ce système axé avant tout sur la valeur et aux contrats passés avec des spécialistes non-médecins qui permettent de trouver des solutions ailleurs que dans le milieu hospitalier.

## Comparaison avec l'Ontario

À l'instar de Kaiser Permanente, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est bien placé pour mettre à profit son double rôle d'assureur et de fournisseur en se tenant responsable du patient tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. Essentiellement, une vision systémique globale devrait faire en sorte qu'il n'existe aucune incitation à renforcer les capacités dans un domaine au détriment de l'autre. Toutefois, l'Ontario n'a pas encore envisagé l'adoption d'un modèle de soins entièrement intégrés et il lui faudra restructurer ses relations avec les médecins et d'autres prestataires pour assurer la coordination du système. D'ici à ce que la gouvernance et la gestion financière de soins actifs et des services communautaires soient moins fragmentés (p. ex. les hôpitaux poursuivent leur relation avec les patients dans des centres d'accès aux soins communautaires et vice versa), il est fort probable que les transitions entre les milieux de soins laissent à désirer.

Quoique le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ait fait valoir l'importance d'une plus grande intégration des soins, le nombre d'organismes distincts d'un point de vue administratif dans les milieux de la gouvernance tenus de rendre compte au sein de la province peuvent sans doute rendre ses efforts plus laborieux.

En Ontario, le ministère et plusieurs organismes (p. ex. les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les centres d'accès aux soins communautaires, Action Cancer Ontario, etc.) se partagent la gestion et la prestation des services de santé, donnant ainsi l'impression que les directives organisationnelles se chevauchent et que le fardeau administratif s'alourdit. Pour les clients de Kaiser Permanente, la plateforme de santé est claire et cohérente, en dépit de l'administration distincte des régimes d'assurance, des hôpitaux et des groupes médicaux.

## Comparaison avec la Saskatchewan

Bien que la fragmentation administrative semble moindre en Saskatchewan qu'en Ontario (régions sanitaires, Cybersanté Saskatchewan, Société du cancer de la Saskatchewan, par exemple), le ministère de la Santé ne s'est pas encore attaqué au manque de coordination entre les services médicaux des différents secteurs. Il est évident que la Saskatchewan, comme bon nombre de provinces, encourage l'indépendance des prestataires et que les spécialistes tendent à demeurer dans des milieux cliniques distincts. Si on favorise le travail en vase clos des médecins, on ne les incite guère à assurer la coordination avec d'autres prestataires pour éviter que les patients aient à recourir à des services additionnels. Les médecins n'étant pas responsables du rendement global du système, l'inefficacité systémique et la réduction de la qualité des soins peuvent s'ensuivre (p. ex. des admissions inutiles à l'urgence, temps d'attente plus pour avoir accès aux services, etc.). Les importants investissements réalisés par Kaiser Permanente dans le leadership clinique laissent entendre que les médecins s'efforceront d'atteindre des objectifs systémiques communs lorsqu'ils deviendront des partenaires à part entière au sein du système.

## Vers un avenir intégré

Si les ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan devaient s'inspirer de Kaiser Permanente pour offrir des soins intégrés, il leur faudra faire un effort concerté pour simplifier la plateforme de prestation des services de santé individuels. La prestation de produits identifiés par une marque particulière et une porte d'entrée unique aux services de santé prêterait moins à confusion pour le patient. On pourrait encore améliorer les choses en intégrant certaines composantes administratives (p. ex. collaboration des équipes locales de soins primaires avec les hôpitaux, les services de réadaptation et les fournisseurs de soins à domicile) et en surmontant les obstacles législatifs et juridiques qui fondent actuellement la diversité des parties prenantes du système de santé.

L'Ontario et la Saskatchewan ont su faire face à de difficiles transitions par le passé, notamment lors de la fermeture de grands hôpitaux et de la restructuration du système; il leur sera sans doute possible de relever les défis que posera l'intégration des soins offerts à leurs résidents<sup>34</sup>.

Étant donné qu'un système intégré repose sur la gestion globale du milieu clinique assurée par les prestataires de soins primaires, secondaires et tertiaires, les obstacles organisationnels majeurs pourraient être surmontés avec la collaboration des groupes de médecins. Si on considérait les médecins comme des parties prenantes au sein du système plutôt que comme des individus rémunérés pour leurs services, les provinces feraient un premier pas énorme vers l'instauration d'un milieu de soins véritablement intégrés. Il est probable que lorsque tous les médecins de l'Ontario et de la Saskatchewan se soucieront de l'inefficacité et du gaspillage, le système investira plus volontiers dans la prévention et les soins communautaires. L'offre accrue d'incitatifs sera par conséquent indispensable à la participation proactive des médecins à la prise de décision en santé.

## Section deux – Financement des soins intégrés

### La dimension économique d'un avenir intégré

Kaiser Permanente et les autorités sanitaires provinciales du Canada, de taille et de portée considérables, sont confrontées à des défis semblables pour assurer la viabilité à long terme de leurs systèmes de santé respectifs. En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée vise à optimiser les dépenses de santé actuelles en limitant la croissance des dépenses à 3 % tout en engageant la réforme du financement des hôpitaux<sup>35</sup>. De même, Kaiser Permanente s'est préparé à une expansion considérable de la couverture d'assurance en vertu de la *Loi sur les soins abordables* (ACA – Affordable Care Act) et a, par conséquent, renforcé sa plateforme comme modèle d'organisme de soins responsable (OSR). Notamment, tout en subissant la transformation de l'ACA, Kaiser Permanente a réalisé, en 2013, un bénéfice de 2,7 milliards \$ sur un revenu d'exploitation de 53,1 milliards \$, des montants d'ailleurs supérieurs à ceux de l'année précédente<sup>36</sup>.

À partir de 2012, plus de 200 OSR ont été mis sur pied aux termes de contrats complexes auxquels sont parties des Centers for Medicare et Medicaid Services (CMS) et une combinaison de payeurs privés. Le concept d'OSR a été développé pour lutter contre la hausse des coûts attribués à un cadre de rémunération principalement à l'acte<sup>37</sup>. Conformément à l'accord sur les OSR, bien qu'un fournisseur (p. ex., un cabinet de médecin, un hôpital, etc.) soit responsable des coûts attribuables à ses patients, il peut partager les économies grâce à l'amélioration de la qualité des soins. Le payeur dans le modèle d'OSR définit les critères de qualité et le niveau des dépenses. Si un fournisseur respecte les critères fixés, il est admissible à une partie des économies réalisées ou peut être pénalisé si les dépenses sont plus élevées que les montants cibles<sup>38</sup>. Comme le modèle d'OSR encourage l'établissement de relations de type Kaiser entre le bailleur de fonds et le fournisseur, de nombreux prestataires de services de santé cherchent à reproduire les calendriers des paiements contractuels et les engagements de qualité de Kaiser Permanente. Cependant, les OSR requerront habituellement l'établissement de nouveaux liens entre des fournisseurs auparavant distincts, et on en sait peu sur la durée de ces ententes ainsi que sur les conséquences en cas d'échec<sup>39</sup>.

### Adoption de nouveaux incitatifs

Comme les hôpitaux représentent une part importante des dépenses de santé, le secteur des soins de courte durée est généralement visé par des mesures de réduction des coûts et d'efficacité, en particulier pendant les périodes d'austérité<sup>40</sup>. Au cours de ces dernières années, on a porté, au sein des systèmes de santé canadiens et américains, une attention particulière à la restriction du modèle de financement à l'acte et à la création de contrats de services plus complets. Dans les changements apportés aux modes de rémunération aux États-Unis (p. ex., les achats des hôpitaux des CMS – centres de services Medicare et Medicaid – qui sont fondés sur des valeurs et des initiatives de financement groupées) et en reconnaissant que la rémunération à l'acte favorise le volume, mais qu'elle ne contribue guère à la valeur, on abandonne le remboursement des hôpitaux et des médecins en fonction du volume de soins dispensés<sup>41</sup>. Le modèle de Kaiser Permanente, qui offre des incitatifs aux médecins en fonction de la qualité des soins dispensés et du maintien de la santé des patients, pourrait alors bénéficier de ces nouveaux modes de rémunération des CMS.

## Comparaison avec l'Ontario

En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est passé du financement des hôpitaux par enveloppe globale au paiement par épisode de soins dans le cadre de la réforme du financement du système de santé<sup>42,43</sup>. Comme première mesure importante pour mieux aligner la qualité des soins sur le financement, la province a mis en place des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) au cours de l'exercice financier 2012, en ciblant en premier lieu quatre domaines d'activités hospitalières, à savoir la chirurgie d'extraction de la cataracte, la dialyse pour insuffisance rénale chronique, ainsi que les arthroplasties unilatérales de la hanche et du genou. Pour ce faire, on a donc soustrait du budget de base d'un hôpital le coût estimé et le volume prévu des interventions avant de réaffecter les ressources en fonction des groupes clients pondérés par la qualité<sup>44</sup>. Puis, durant l'exercice 2013, on a renforcé le lien entre la qualité et la meilleure pratique souhaitable et mis en œuvre d'autres AMQ pour l'insuffisance cardiaque congestive, l'accident vasculaire cérébral, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la chirurgie vasculaire élective, la chimiothérapie et la coloscopie.

Bien que l'Ontario ait pris d'importantes mesures en vue d'un mode de financement basé sur la qualité, elle n'a pas encore élaboré un mécanisme d'incitation pour un système de santé plus intégré basé sur la valeur comme le modèle ACA aux États-Unis. Une plateforme stratégique centrale, qui relie le financement et l'intégration des soins autour des fournisseurs responsables et coordonnés, pourrait faciliter une transition plus complète que tout changement structurel unique au sein du système (p. ex., les OSR, Better Care Funds et Care Commissioning au Royaume-Uni).

## Comparaison avec la Saskatchewan

En Saskatchewan, le ministère de la Santé utilise une évaluation des besoins futurs pour ses paiements de santé, dans le but de répartir équitablement les fonds nécessaires en fonction des caractéristiques démographiques et de service (c.-à-d. un système de financement basé sur la population). Bien qu'elle soit équitable, cette approche passe outre certaines dimensions de marché (p. ex., la concurrence par comparaison, le rendement, la qualité des incitations, etc.) créées par les systèmes de financement basé sur des épisodes. Cette possibilité d'intégrer des normes de qualité aux incitations financières est probablement la raison pour laquelle la majorité des systèmes de santé de l'OCDE adoptent des méthodes de paiement basé sur l'activité<sup>45</sup>. La province pourrait trouver que l'adoption d'un tel financement créerait un mécanisme efficace pour orienter ses fournisseurs vers des priorités politiques liées à l'intégration et à la qualité des soins.

## Pratique éclairée par le rendement et la qualité

Bien qu'au Canada, les paiements au niveau organisationnel fassent l'objet d'un changement basé sur le rendement, on pourrait en faire plus pour soutenir la coordination des soins en s'appuyant sur la rémunération des médecins. Or, un modèle de rémunération des médecins qui est basé surtout sur l'acte prime le volume des services fournis et non la qualité des soins fournis. Afin d'assurer la cohérence entre prestataires et la récompense du rendement global, un modèle inspiré de celui de Kaiser serait composé d'un salaire et d'une rémunération au rendement (laquelle serait, par exemple, de 5 à 10 % du revenu des médecins). Selon la théorie sous-jacente au modèle de salaire et rémunération au rendement, les incitations explicites pourraient viser les prestataires de soins en vue d'atteindre, voire améliorer, les objectifs de qualité prédéfinis<sup>46</sup>. La qualité dans le milieu des soins de santé pourrait être considérée comme « la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre des résultats de santé souhaités et sont

conformes aux connaissances professionnelles actuelles<sup>47</sup> ». Comme cette définition l'indique, une incitation dûment alignée reposerait sur des pratiques fondées sur des données probantes et serait évaluée au regard des dimensions de qualité telles que la sécurité des patients, l'efficacité et la coordination des soins.

Comme la rémunération au rendement peut favoriser plusieurs aspects d'une pratique de qualité, il y a un vif intérêt stratégique général à adopter ces méthodes pour résoudre des problèmes de qualité précis<sup>48</sup>. Cependant, bien que la rémunération au rendement permette d'attirer l'attention sur les priorités du système, elle doit être déployée avec circonspection pour éviter de nombreux pièges<sup>49</sup>. Partant, pour que l'Ontario et la Saskatchewan cheminent vers un avenir intégré, il faut mettre en œuvre de nombreuses initiatives organisationnelles et cliniques parallèlement à tout changement apporté au paiement des prestataires.

## Section trois – Information et gestion des patients

### Mise en place de la plateforme d'information

Le dossier de santé électronique a été accepté comme un outil pour améliorer la sécurité en santé, la coordination des soins et la tenue des dossiers, ce qui favorise un plus grand respect des lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes<sup>50</sup>. Kaiser Permanente a placé les technologies électroniques de l'information et de la gestion des patients au cœur de son modèle opérationnel en faisant d'importants investissements pour outiller plusieurs de ses initiatives d'intégration en matière de santé. Kaiser Permanente a financé le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques de l'ordre de 4 milliards de dollars sur 10 ans pour ses 9 millions de clients<sup>51</sup>. Une vaste base de données sur les patients intitulée *HealthConnect* héberge plusieurs produits d'information, notamment un portail client, des dispositifs intelligents et des systèmes de surveillance des foyers médicaux. Il en résulte un système interactif qui permettrait, par exemple, à un médecin de soins primaires de conseiller des patients par téléphone ou par le biais de la cyberconsultation au lieu d'une visite en personne, ce qui épargne du temps aux médecins et allège le fardeau imposé aux patients ou aux soignants.

#### ***HealthConnect* de Kaiser Permanente**

1. Un système de dossiers de santé électroniques interopérable entre divers milieux de soins – soins hospitaliers et ambulatoires, soutien clinique – et connecté aux systèmes de laboratoire, de pharmacologie et de radiologie.
2. Un portail client sur le Web pour la messagerie protégée entre patients et prestataires ainsi que pour l'accès aux dossiers médicaux personnels.
3. Un système de messagerie entre les fournisseurs qui permet que des mises à jour sur les soins soient ajoutées automatiquement aux dossiers des patients .

### Au-delà des dossiers de santé électroniques

Lorsque l'on compare le passage aux soins de santé électroniques au Canada à celui de Kaiser Permanente, des différences dans la façon d'aborder l'intégration et l'accès des patients sont évidentes. En Ontario et en Saskatchewan, les sociétés d'État ont été mises en place pour diriger et coordonner le développement et la gestion des systèmes de santé électroniques dans leurs provinces respectives. Bien que ces organismes de cybersanté soient seuls responsables du développement des dossiers électroniques, Inforoute Santé du Canada, une société sans but lucratif, a apporté en plus un soutien financier et pratique (1,5 milliard \$ à ce jour) afin d'accélérer l'adoption plus généralisée des technologies de l'information sur la santé au Canada<sup>53</sup>.



## Comparaison avec l'Ontario

En Ontario, la cybersanté est passée de la nature politique de ses premières années à l'adoption de plusieurs plateformes, dont l'imagerie diagnostique, les dossiers médicaux, la gestion des médicaments et des systèmes d'information de laboratoire. La dernière stratégie de la cybersanté a duré trois ans (2009-2012) et avait un coût total de 2,1 milliards de dollars<sup>54</sup>. Alors que cyberSanté Ontario a fait de l'intégration des plateformes régionales un but : « permettre aux systèmes de communiquer entre eux afin que les fournisseurs de soins de santé puissent avoir accès le plus rapidement possible aux renseignements sur les patients de façon sécuritaire, précise et complète », l'organisme donne peu d'information sur l'accessibilité des dossiers des patients ainsi que sur la messagerie électronique des prestataires de soins<sup>55</sup>.

En dépit de la nature novatrice et de l'importance de nombreux efforts de cyberSanté Ontario, il est décourageant de constater que bon nombre de ces systèmes semblent dépourvus d'une plateforme cohérente et intégrée en vue de la diffusion et de l'analyse de l'information électronique sur la santé. En outre, l'interopérabilité limitée de ces plateformes – souvent attribuable au fait que le fournisseur individuel cherche la meilleure solution pour un objectif donné – aura un impact largement négatif sur l'autonomisation individuelle des patients<sup>56</sup>.

## Comparaison avec la Saskatchewan

Il est positif que Cybersanté Saskatchewan adopte une plateforme centrale pour la tenue des dossiers électroniques et envisage sérieusement l'intégration des soins et l'autonomisation des patients. On estime d'ailleurs que Cybersanté Saskatchewan a dépensé 502 millions de dollars depuis ses débuts<sup>57</sup>. L'organisme a indiqué qu'en plus d'une solution panprovinciale permettant aux patients et aux médecins de communiquer par voie électronique, il élaborera à grande échelle un portail de santé en ligne pour les patients. Cependant, le plan comporte, en ce moment, peu de détails et seulement une feuille de route de développement sur 3 à 5 ans<sup>58</sup>.

Il semble que l'utilisation des parcours de soins pourrait être renforcée en Saskatchewan, en particulier pour des interventions communes comme les arthroplasties de la hanche et du genou, et que Cybersanté pourrait faciliter davantage la communication entre patient et soignant. Comme l'expérience de Kaiser Permanente l'a démontré, une fois que la plateforme sous-jacente des dossiers des patients et de la communication entre prestataires est en place, les patients peuvent interagir dans un environnement sûr et sécurisé avec les prestataires de soins appropriés. Il serait difficile d'avoir un même degré de confiance en un système de communication sur la santé qui omet des renseignements importants des dossiers de patient. Par conséquent, plus l'environnement de cybersanté est fragmenté, moins les patients sont susceptibles de gérer proactivement leur santé en ligne.

## L'information, un facteur favorable à une plus grande collaboration en matière de soins de santé

Avec la mise en place d'un solide système d'information, Kaiser Permanente a fait preuve d'une impressionnante capacité à gérer activement ses patients tant à l'hôpital qu'à la maison. Cela est possible grâce à un environnement de soins interdisciplinaire qui a recours au personnel des services de soins et de planification tout au long du parcours des patients. Par exemple, des hospitalistes travaillent avec des patients hospitalisés afin d'établir le parcours de soins pour des maladies courantes, des responsables de la planification des congés transfèrent les patients vers des milieux de soins les plus appropriés et des établissements de soins infirmiers qualifiés peuvent, s'il y a lieu, offrir des services de réadaptation (p. ex., lorsqu'un patient a besoin d'aide avant

son retour à la maison). De plus, Kaiser Permanente cherche des solutions auprès des foyers médicaux axés sur les patients pour encourager des soins personnalisés dans un environnement qui est familier, coordonné par un médecin et assisté par ordinateur. Par exemple, les soins sont fournis à domicile par une équipe, dirigés par un médecin de soins primaires et soutenus par un groupe de professionnels de la santé composé d'infirmiers, de nutritionnistes, de travailleurs sociaux et de pharmaciens. La recherche relative à ce modèle de soins, quoique limitée, a montré que les foyers médicaux peuvent améliorer les résultats cliniques, la satisfaction des patients et des employés et les coûts de la santé<sup>59</sup>. Les foyers médicaux axés sur les patients constituent un autre exemple de la façon dont les investissements dans l'intégration des soins peuvent contribuer à une plus grande satisfaction des patients et à une réduction des coûts à long terme.

## Section quatre – Innovation pour une plus grande personnalisation des soins

### Affluence des données et analyses

L'approche d'innovation de Kaiser Permanente vise à renforcer l'intégration des pratiques cliniques et s'accompagne de nombreuses initiatives qui utilisent des technologies de pointe et des analyses de santé pour améliorer les soins aux patients. Le Garfield Innovation Centre est au cœur de ce processus tourné vers l'avenir. Décrit comme un « laboratoire vivant », le Centre Garfield est un important établissement au nord de la Californie où l'on met à l'épreuve des idées dans un environnement médical contrôlé avec des maquettes des chambres de patient, des salles d'hôpital et des blocs opératoires<sup>60</sup>. Il emploie des personnes de divers horizons pour travailler en équipe, ce qui permet à des fournisseurs de soins (p. ex., des médecins et des infirmiers) de collaborer avec des ingénieurs, des architectes et des technologues pour améliorer les soins cliniques. Or, les efforts déployés par le Centre Garfield, dont le mandat est de trouver et créer des technologies de la santé nouvelles et émergentes, comportent des coûts. Il passe en revue environ 250 technologies en un an, en examine entre 40 et 50 et met en œuvre seulement une ou deux. D'autre part, tous les employés de Kaiser Permanente ayant des projets pilotes menant à de nouveaux produits peuvent avoir accès à un fonds d'innovation.

Étant un des premiers à adopter des dossiers électroniques des patients, le Centre Garfield a été chargé de mettre à profit ses considérables ressources analytiques pour améliorer les résultats et l'abordabilité. Disposant d'une plateforme de soins intégrée, Kaiser Permanente fournit à ses chercheurs des données et des analyses qui concernent les milieux des hôpitaux, des laboratoires, des médecins et des pharmacies. Par ailleurs, le client moyen de Kaiser Permanente reste plus longtemps avec le même assureur (17 ans comparativement à la norme de deux à trois ans de l'industrie), d'où des ensembles de données plus cohérentes à la disposition du chercheur<sup>61</sup>. Ce vaste ensemble a contribué à des améliorations cliniques fondées sur des données probantes (p. ex. des lignes directrices pour réduire des variations dans la pratique) ainsi qu'à une approche préventive de gestion de la population où des événements imprévus sont un signe d'échec (p. ex., des soins sous-optimaux).

### Aller de l'avant

Bien que les ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan aient adopté des approches d'innovation différentes pour améliorer le système, ils ont été conséquents dans leur appréciation des méthodes d'amélioration de la qualité.

### Comparaison avec l'Ontario

Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en œuvre une série de nouvelles initiatives visant à accroître la capacité d'innovation du système de santé. Par exemple, le Programme IDÉES pour l'excellence à travers tous les secteurs a adopté le cursus de formation avancée d'Intermountain Healthcare pour diffuser les connaissances par le biais des initiatives d'apprentissage des fournisseurs des soins de santé<sup>62</sup>. De même, le ministère a financé les maillons santé communautaires pour formaliser les réseaux entre plusieurs fournisseurs et assurer que les patients les plus complexes reçoivent des soins mieux gérés et mieux coordonnés. Alors qu'il reste à savoir si l'ampleur de l'approche permet un changement durable, la prov-

ince augmente ses investissements dans la coordination des soins et le renforcement de la coopération entre les différentes structures du système de santé. Une solide communauté d'innovation en santé (p. ex, MaRS, Conseil ontarien de l'innovation en santé, etc.), qui peut s'appuyer sur les nombreux dirigeants et entrepreneurs mondiaux œuvrant dans le domaine de la recherche en santé et ayant élu domicile en Ontario, a été favorisée par des investissements provinciaux). Pour se rapprocher davantage du modèle de Kaiser, il sera important de miser sur les chefs de file de l'innovation à l'échelle locale et de faire de l'intégration clinique et des solutions de santé axées sur le patient un objectif et une occasion d'affaires concrets.

## Comparaison avec la Saskatchewan

En 2012, le ministère de la Santé de la Saskatchewan s'est engagé à mettre en œuvre un ambitieux programme quadriennal d'amélioration de la qualité selon l'approche Lean afin d'examiner la valeur de tous les aspects du système de santé. La province a d'abord mis l'accent sur l'amélioration des soins aigus, la sécurité des patients et l'optimisation de ses investissements en capital dans le cadre des projets Lean communs au ministère de la Santé et à la Saskatchewan Cancer Agency<sup>63</sup>. La province prévoit élaborer plus de 1 000 projets Lean d'ici la fin de 2016.

Bien que l'investissement dans l'approche Lean puisse générer des gains d'efficacité, il doit toujours être consacré à des thèmes plus vastes que sont l'intégration des soins et l'autogestion des patients. Comme l'a montré l'expérience de Kaiser Permanente, une plateforme de santé intégrée cliniquement et éclairée par l'information et les données probantes peut donner lieu à des interventions de santé plus axées sur le patient. Cela est d'autant plus important dans le suivi et le traitement des maladies chroniques (p. ex., le diabète, les troubles cardiaques, etc.) où les informations sur les meilleures pratiques peuvent appuyer les patients et augmenter la probabilité de résultats positifs pour la santé.

## Un avenir médical personnalisé

Une plus grande personnalisation de l'information sur la santé permet d'optimiser le flux de travail des prestataires de soins de santé, de prévoir de façon plus précise les réadmissions potentielles et de réduire la complexité relative des soins pour certains patients. D'ailleurs, Kaiser Permanente a décidé d'effectuer ses prochains importants investissements d'innovation dans la personnalisation de la médecine. D'autre part, une plus grande participation des patients au traitement peut avoir un impact positif sur tous les aspects des soins de santé, surtout sur le plan de la santé de la population. Bien que les fournisseurs de services de santé soient familiers avec le fait de consacrer des ressources aux soins pour les patients qui tombent malades, l'investissement le plus rentable est de nature à aider les patients à améliorer leur santé et éviter les maladies.

En personnalisant la médecine, Kaiser Permanente peut harmoniser sa gestion des maladies (p. ex., la pyramide des soins) et la plateforme de santé électronique afin de prévoir le meilleur domaine où allouer des ressources et de chercher des solutions à long terme aux problèmes communs de santé dans la population. C'est avec de tels investissements prospectifs que Kaiser Permanente a fait sa marque dans le passé, et si l'Ontario et la Saskatchewan ne tiennent pas compte de ces systèmes d'analyse, elles risquent de prendre du retard dans la recherche de plateformes de soins aux patients plus efficaces et plus efficaces.

## Conclusion

L'expérience de Kaiser Permanente montre que les Canadiens seraient peut-être mieux servis par un système de santé mieux intégré et accompagné d'une culture multidisciplinaire qui récompense l'amélioration de la qualité, de la rapidité et du coût des soins.

La première section de ce rapport met en évidence la façon dont le leadership clinique peut contribuer à une meilleure intégration du milieu des soins de santé. À Kaiser Permanente, le médecin est au cœur du processus de coordination des soins, ce qui favorise les soins à l'ensemble de la population. Cet aspect s'observe également dans la culture d'organisme multidisciplinaire et dans la grande attention accordée à l'amélioration de la qualité de la prestation des services de santé. La deuxième section porte sur l'intégration des processus cliniques et financiers et souligne la façon de lier la responsabilité et le rendement pour renforcer les objectifs organisationnels. L'acceptation clinique des incitations financières et la mise en place d'un modèle de rémunération mixte ont été les éléments déterminants de l'approche de système intégré de Kaiser Permanente.

La troisième section montre que les investissements réalisés dans les technologies de l'information ont permis à Kaiser Permanente de gérer activement l'expérience des patients. La capacité d'un patient à interagir en ligne avec un fournisseur approprié peut économiser du temps ainsi que des ressources en soins de santé. Enfin, la quatrième section décrit comment l'accent mis sur l'innovation à Kaiser Permanente a mené à une plus grande personnalisation des soins. En permettant de comprendre le point de vue du patient grâce à une meilleure capacité analytique, la plateforme de soins peut devenir plus intégrée, tout en soutenant la santé de l'ensemble de la population.

Dans l'ensemble, l'expérience de Kaiser Permanente révèle que davantage peut être fait dans les provinces de l'Ontario et de la Saskatchewan pour assurer une prestation de services qui soit coordonnée, responsable financièrement et avancée technologiquement. L'examen des leçons à tirer du modèle de Kaiser Permanente peut aider ces systèmes de santé à être plus prédictifs et personnels, tout en veillant à ce que tant la qualité que la rentabilité soient au cœur des soins prodigués par une communauté de médecins engagés.

## Références

---

1. HSJ (2012), « Kaiser Permanente and the NHS have much in common », *Health Service Journal* (<https://www.hsj.co.uk/resource-centre/leadership/kaiser-%20permanente-and-the-nhs-have-much-in-common/5050474.article#.U9uWe1a4ISU>).
2. Feachem, R. G. A., Sekhri, N. K., et White, K. L. (2002), « Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *BMJ* (édition Clinical Research), 324(7330), p. 135-141.
3. Talbot-Smith, A., Gnani, S., Pollock, A. M. et Gray, D.P. (2004), « Questioning the claims from Kaiser », *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(503), p. 415-421; discussion 422.
4. Frølich, A., Schiøtz, M. L., Strandberg-Larsen, M., Hsu, J., Krasnik, A., Diderichsen, F. et White, K. (2008), « A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente ». *BMC Health Services Research*, 11 (8), p. 252.
5. Ham, C., York, N., Sutch, S. et Shaw, R. (2003), « Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data », *BMJ* (édition Clinical Research), 327(7426), p. 1257.
6. Evans, D. A. (2004), « Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: debate about Kaiser needs transparency and hard evidence », *BMJ* (édition Clinical Research), 328(7439), p. 583; réponse de l'auteur 584.
7. Talbot-Smith, A., Gnani, S., Pollock, A. M. et Gray, D. P. (2004), « Questioning the claims from Kaiser », *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(503), p. 415-421; discussion 422.
8. Shapiro, J. et Smith, S. (2003), « Lessons for the NHS from Kaiser Permanente », *BMJ* (édition Clinical Research), 327(7426), p. 1241–1242.
9. Porter, M. et Kellogg, M. (2008), « Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience », *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* ([http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/formacion/aula\\_fap\\_2010/bibliografia/Kaiser\\_2009.pdf](http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf)).
10. Porter, M. et Kellogg, M. (2008), *op. cit.*
11. Light, D. et Dixon, M. (2004), « Making the NHS more like Kaiser Permanente », *BMJ* (édition Clinical Research), 328(7442), p. 763–765.
12. Abelson, R. (2013, 20 mars), « The Face of Future Health Care », *New York Times*, New York.
13. **MSSLDO** (2012), *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé – De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé* ([http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy\\_change/docs/rep\\_healthychange.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf)).
14. Conseil canadien de la santé (2013), « Profils des secteurs de compétence dans la perspective du renouvellement des soins de santé », annexe du *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, Conseil canadien de la santé, Toronto.
15. Conseil canadien de la santé (2013), *op. cit.*
16. AB (2011), « What The Kaiser Permanente HMO Covers », *Alexander and Baldwin Benefits Handbook* (<http://www.matson.com/benefits/handbook/HealthCare/KaiserHMO/WhatTheKaiserHMOCovers.html>).
17. Feachem et coll. (2002), *op. cit.*

18. Fonds du Commonwealth (2013), *International Profiles of Health Care Systems*, 2013, [S. Thomson et coll, dir.] ([http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717\\_Thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf)).
19. Feachem et al. (2002), *op. cit.*
20. Abelson, R. (2013), *op. cit.*
21. ICIS (2013), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, Institut canadien d'information sur la santé (<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2400>).
22. Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M. L., Silver, J. D., Frølich, A., Andersen, J. S., Graetz, I. et Hsu, J. (2010), « Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system », *BMC Health Services Research*, 10(1), p. 91.
23. Feachem et al. (2002), *op. cit.*
24. Henry, D.A., Schultz, S.E., Glazier, R.H., Bhatia, R.S., Dhalla, I.A. et Laupacis, A. (2012), « Payments to Ontario physicians from Ministry of Health and Long-Term Care Sources, 1992/93 to 2009/10 », *ICES Investigative*, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto (<http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Payments-to-Ontario-Physicians>).
25. Fonds du Commonwealth (2014), *Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally*, Fonds du Commonwealth Washington D.C. (<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>).
26. Ham, C. (2010), « Working Together for Health: Achievements and Challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme », *HSMC policy paper 6*, Université de Birmingham.
27. The Economist (2010, 29 avril), « Controlling health-care costs: Another American way », *The Economist* (<http://www.economist.com/node/16009167>).
28. Goodwin, N. et Smith, J. (2011), « The evidence base for integrated care », *The King's Fund* (<http://www.kingsfund.org.uk/audio-video/evidence-base-integrated-care>).
29. Shaw, S. (2011), *What is integrated care?* The Nuffield Trust, Londres (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integrated-care>).
30. Strandberg-Larsen et coll. (2010), « Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? », *BMC Health Services Research*.
31. Baker, GR. (2011). « The roles of leaders in high-performing health care systems », *The Kings Fund*, Londres (<http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/roles-leaders-high-performing-health-care-systems>).
32. Light, D. et Dixon, M. (2004), *op. cit.*
33. Feachem et coll. (2002), *op. cit.*
34. Nuffield Trust (2011, 20 octobre), *Managing health reform through an economic downturn*, synthèse de recherche de Ruth Thorlby, en collaboration avec la FCASS [anciennement FCRSS] (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/canadian-health-reform>).
35. MSSLDO (2012), *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*
36. Kaiser Permanente (2014), *Annual Report 2013* ([http://share.kaiserpermanente.org/static/kp\\_annualreport\\_2013/](http://share.kaiserpermanente.org/static/kp_annualreport_2013/))
37. Fisher, E. S., Shortell, S. M., Kreindler, S. A., Van Citters, A. D. et Larson, B. K. (2012), « A framework for evalu-

ating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations », *Health Affairs* (Project Hope), 31(11), p. 2368-2378.

38. Fisher et coll. (2012), *op. cit.*
39. Stecker, E. C. (2013), « The Oregon ACO experiment – bold design, challenging execution », *The New England Journal of Medicine*, 368(11), p. 982-985.
40. Études de l'OCDE sur les politiques de santé (2010), *Optimiser les dépenses de santé*, OCDE ([http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/optimiser-les-dépenses-de-sante\\_9789264088832-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/optimiser-les-dépenses-de-sante_9789264088832-fr)).
41. McCulloch, A. (2013), « Health Care Reform – An Integrated Health Care Delivery System Perspective », *Insights*, Winter ([http://www.willamette.com/insights\\_journal/13/winter\\_2013\\_5.pdf](http://www.willamette.com/insights_journal/13/winter_2013_5.pdf)).
42. Pink, G., Brown, A., Studer, M., Reiter, K. et Leatt, P. (2006), « Pay-for-performance in publicly financed health-care: some international experience and considerations for Canada », *Healthcare Papers*, 6(4), p. 8-26.
43. Lewis S. (2009), « Pay for performance: the wrong time, the wrong place? », *Healthcare Quarterly*, 12(3), p. 8-9.
44. Sutherland, J., Crump, T., Repin, N. et Hellsten, E. (2013), « Paying for Hospital Services: A Hard Look at the Options », *C.D. Howe Institute Commentary* 378.
45. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. et Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe*, Berkshire : McGraw-Hill International, Open University Press.
46. Young GJ, White B, Burgess JF, Berlowitz D, Meterko M, Guldin MR et coll. (2005), « Conceptual issues in the design and implementation of pay-for-quality programs », *American Journal of Medical Quality*, 20(3), p. 144-150.
47. Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-First Century*, Washington : National Academy Press.
48. Maynard, A. (2012), « The powers and pitfalls of payment for performance », *Health Economics*, 21(1), p. 3-12.
49. Gaynor, M. (2013), « The Promises and Pitfalls of Pay for Performance », *The Health Care Blog* : <http://the-healthcareblog.com/blog/2013/03/03/the-promises-and-pitfalls-of-pay-for-performance>.
50. Chen, C., Garrido, T., Chock, D., Okawa, G. et Liang, L. (2009), « The Kaiser Permanente Electronic Health Record: transforming and streamlining modalities of care », *Health Affairs* (Project Hope), 28(2), p. 323-333.
51. Snyder, B. (2013), « How Kaiser bet \$4 billion on electronic health records -- and won », *Infoworld* : <http://www.infoworld.com/article/2614353/ehr/how-kaiser-bet--4-billion-on-electronic-health-records---and-won.html>.
52. Chen, C et coll. (2009), « The Kaiser Permanente Electronic Health Record: transforming and streamlining modalities of care », *Health Affairs*, mars-avril, 28(2), p. 323-333.
53. Inforoute Santé du Canada (2014), Sommaire du plan directeur 2013-2014 : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/1138-sommaire-du-plan-directeur-2013-2014/view-document?Itemid=101>.
54. cyberSanté Ontario (2008), *Stratégie ontarienne de cybersanté de 2009-2012*.
55. cyberSanté Ontario (2014), « Que fait cyberSanté Ontario? » : <http://www.ehealthontario.on.ca/fr/about/>.
56. Martineau, M. (2013), « Electronic medical record systems: Does one size fit all? », *Technology for Doctors Online*, novembre : <http://www.canhealth.com/tfdnews0907.html>.
57. Provincial Auditor Saskatchewan (2014), 2014 Report – Volume 1, Regina : <https://auditor.sk.ca/publications/public-reports/item?id=132>.



58. eHealth Saskatchewan (2013), *Strategic Plan - March 31, 2017* : <http://www.ehealthsask.ca/SiteCollection-Documents/strategic-plan.pdf>.
59. McCulloch, A. (2013), « Health Care Reform—An Integrated Health Care Delivery System Perspective », *Insights*.
60. Ferguson, R. (2014), « Crafting Health Care's Future at Kaiser Permanente », *MIT Sloan Management Review* : <http://sloanreview.mit.edu/article/crafting-health-cares-future-at-kaiser-permanente/>.
61. Ferguson, R. (2014), *op.cit.*
62. IDEAS. (2014), *Improving & Driving Excellence Across Sectors* : <http://www.ideasontario.ca/about-ideas/>.
63. Government of Saskatchewan (2014), *Innovations in Health Care: Lean* : <http://www.health.gov.sk.ca/lean>