



Projet clinique

Cadre de référence
pour les réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux



Documentation



Projet clinique

Cadre de référence
pour les réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Documentation

Octobre 2004



Équipe de rédaction, sous la direction de madame Louise Rousseau, Équipe de recherche appliquée en santé (Éras), Laval :

Madame Irma Clapperton, Direction de la santé publique, Montréal

Madame Nadia Abdelaziz, Équipe de recherche appliquée en santé (Éras), Laval

Monsieur Michel Duval, Équipe de recherche appliquée en santé (Éras), Laval

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté à la section Documentation, sous la rubrique Publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-43461-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1)	<i>Contexte de l'attribution du mandat</i>	1
2)	<i>Fondements scientifiques de la démarche</i>	3
3)	<i>Méthodologie</i>	7
4)	<i>Analyse des groupes de discussion</i>	11
5)	<i>Cohabitation entre les modèles et les liens avec le document « L'intégration des services »</i>	25
6)	<i>Synthèse des données probantes</i>	27
7)	<i>Références</i>	29

1) CONTEXTE DE L'ATTRIBUTION DU MANDAT

La prestation de soins de santé et de services sociaux intégrés est un courant qui suscite un large consensus tant au niveau de la littérature scientifique qu'au niveau des principales catégories d'acteurs œuvrant dans les systèmes de santé et de services sociaux. Toutefois, l'intégration comporte plusieurs dimensions telles l'intégration structurelle, clinique et informationnelle. C'est la prise en compte de toutes ces dimensions qui jette les bases d'un réseau formellement intégré. Il est clair que l'intégration informationnelle est une condition nécessaire, mais non suffisante pour une prestation effectivement intégrée, alors que l'intégration structurelle apporte des résultats très variables selon les conditions locales. Pour sa part, l'intégration clinique est jugée comme un élément crucial, mais malheureusement le plus souvent négligée lors de l'élaboration et de l'implantation de réformes tant au Canada qu'ailleurs dans le monde. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), en initiant une démarche rigoureuse strictement dédiée à l'analyse des modèles cliniques, s'est donné les moyens d'être en mesure d'offrir un élément essentiel de support à l'implantation des réseaux locaux en outillant les centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires.

La littérature concernant les modèles cliniques est abondante, souvent prescriptive et apparaît contradictoire. Cette apparente contradiction s'explique en partie du fait que les modèles reposent sur des logiques implicites d'où découlent des orientations, des cibles et des modalités d'opérationnalisation offrant aux décideurs des choix diversifiés allant quelquefois même dans des directions opposées.

Tous les modèles cliniques se réclament de l'objectif ultime d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. Toutefois, l'atteinte de cet objectif se traduit dans les différents modèles par des perspectives différentes qui mettent l'accent soit sur les déterminants de la santé, la qualité, l'utilisation des ressources, l'accessibilité, la continuité ou encore sur les préférences et la satisfaction des utilisateurs. Ainsi, les modèles sont orientés sur les processus ou sur des résultats telles la réduction de la mortalité ou la réduction des inégalités ou l'amélioration de la qualité de vie.

La littérature scientifique expose explicitement les cibles et les modalités d'opérationnalisation. Les modèles peuvent donc cibler la population générale, des catégories de personnes tels les jeunes ou les aînés, des sous-groupes de population en fonction de leur statut telles les minorités ou de leur condition telles les clientèles vulnérables, des pathologies ou conditions spécifiques tels le diabète, des niveaux de soins tels les soins aigus ou chroniques, des modes de pratique telle la pratique générale, la spécialisation, l'interdisciplinarité, des lieux de prestation des services tels l'hôpital, les cliniques, le domicile, des catégories de professionnels tels les médecins ou les infirmières.

Les modalités d'opérationnalisation s'alignent sur les cibles et suggèrent des outils allant des stratégies de communication au balisage concurrentiel « *benchmarking* » en passant par des lignes directrices de prise en charge des cas ou de hiérarchisation des services, des programmes d'amélioration continue de la qualité, ou de gestion de la maladie « *disease management* ». Il va de soi que tous ces modèles nécessitent le recours à des incitatifs et des mécanismes de suivi qui leur sont propres. De même, les conditions d'implantation et de succès de ces modèles leur sont spécifiques.

Devant cette diversité, on comprendra la nécessité pour le décideur d'une compréhension des logiques de ces modèles, de même que des arbitrages à effectuer. Par exemple, un modèle peut fort bien augmenter la performance en matière d'accessibilité au détriment de la continuité. Dans ce contexte, un exercice théorique de synthèse des connaissances ne suffit pas. Il faut pour identifier les logiques prometteuses pour les réseaux locaux une combinaison des savoirs théoriques issus de la littérature avec les savoirs pratiques obtenus par des discussions avec des intervenants clés du réseau québécois. Cette interaction permettra au décideur d'identifier ce qu'il veut mettre de l'avant, quelle est la logique du changement et quels sont les modèles prometteurs en tenant compte des incitatifs disponibles, des contextes d'implantation et des mécanismes de suivi envisagés.

C'est dans ce contexte que l'équipe de soutien a eu pour mandat de :

- ❖ Répertorier les informations à partir d'une revue de la littérature, des orientations du MSSS, des travaux régionaux et locaux;
- ❖ Préparer le matériel pour faciliter la prise de décisions;
- ❖ Soutenir les travaux des sept rencontres tenues par le groupe de travail (27 avril, 21 mai, 28 mai, 3 juin, 23 juin, 7 juillet et 8 septembre 2004);
- ❖ Rédiger le document final et le document de support

2) FONDEMENTS SCIENTIFIQUES DE LA DÉMARCHE

La démarche proposée par l'équipe de soutien repose sur les constats et recommandations pour la prise de décisions découlant de travaux de recherche canadiens portant sur le changement organisationnel, sur le transfert de connaissances et sur la mesure du coût d'opportunité.

La mise en œuvre du projet clinique s'inscrit dans un contexte d'évolution du système québécois de santé et de services sociaux sans précédent. Dans un tel contexte, les travaux sur le changement organisationnel nous indiquent la nécessité d'élargir la perspective afin de bien comprendre l'évolution de l'environnement. Ces travaux prescrivent l'établissement d'un lien de cohérence avec la vision proposée pour le changement. Ils mettent en garde contre la tentation de chercher des recettes toutes faites. De plus, ils mettent en lumière le fait que la transformation exige rigueur et transparence. (Rondeau, 1999)

Ainsi, dans le cadre des travaux sur l'élaboration du cadre de référence du projet clinique du réseau local de santé et de services sociaux, la démarche proposée élargit la perspective en allant en amont du choix d'un modèle clinique pour établir, de manière rigoureuse et transparente, les liens de cohérence non seulement entre les finalités, objectifs, mécanismes, approches et modèles, mais aussi avec les autres aspects de cette importante évolution.

Dans le champ du transfert de connaissances, on espère, avec le courant de la prise de décisions fondée sur les données probantes « *L'evidence based decision making* », que ceux qui prennent les décisions dans le système de santé et de services sociaux vont utiliser les données les plus à jour de la recherche pour informer leurs décisions. Pour ce faire, les données empiriques mettent en évidence le rôle important des personnes qui ont un bagage de recherche suffisant et suffisamment de crédibilité pour comprendre la culture et les méthodes de la recherche universitaire, mais qui comprennent aussi le processus d'élaboration des politiques et sont capables de communiquer efficacement avec les preneurs de décisions.

Ainsi, on recommande d'incorporer la recherche et les chercheurs dans le processus d'élaboration des politiques pour permettre de mettre à jour l'éventail des possibilités pour éclairer la prise de décisions et résoudre les conflits plus rapidement. En effet, cela augmente aussi la probabilité d'obtenir un consensus. La synergie de combiner les capacités analytiques des chercheurs avec l'éclairage des décideurs réduit l'incertitude qui est une source d'alimentation des conflits. De plus, les échanges entre chercheurs et décideurs permettent de soulever des interrogations et d'apporter des nuances. (Lomas 2000)

En conséquence, pour l'élaboration du cadre de référence du projet clinique du réseau local de santé et de services sociaux, une démarche impliquant l'analyse et la prise en compte des données probantes a été privilégiée.

Dans le champ de la prise de décisions, l'objectif des travaux sur la mesure du coût d'opportunité est de faciliter la prise de décisions dans le secteur de la santé et des services sociaux lorsque l'enjeu se situe dans un contexte où l'on valorise un état imputable. L'approche du coût d'opportunité apparaît être un outil pertinent pour le décideur. Elle repose sur l'idée de rendre accessible et explicite au décideur ce à quoi il renonce quand il fait des choix, et ainsi de favoriser l'objectivation des critères de décision à la base de ces choix. Contrairement aux analyses classiques, la mesure du coût d'opportunité permet de choisir entre des options ayant des objectifs différents comme de choisir entre une option qui a pour objectif l'équité et une autre qui a comme objectif l'efficacité.

Mesurer le coût d'opportunité permet de rendre plus systématique le processus de prise de décisions. Cela rend aussi le décideur conscient de ce qu'il fait intuitivement de toute façon et augmente sa capacité de choisir en fonction des priorités en diminuant sa marge d'incertitude. (Rousseau, Contandriopoulos, Bélanger 2003)

La méthode du coût d'opportunité a été adoptée pour la conduite des travaux. Dans cette méthode, on considère que la prise de décisions s'exerce dans un contexte où l'arbitrage entre divers critères s'impose. Quatre critères émergent comme devant faire l'objet d'un arbitrage par les décideurs : le critère scientifique, le critère économique, le critère politique et le critère éthique. L'importance relative de chacun de ces critères est fonction du type et du niveau de la décision. L'application de la méthode est un effort permettant de concilier des aspects de la prise de décisions qui, à ce jour, apparaissaient difficilement conciliables tout en permettant de simplifier la tâche des décideurs sans toutefois se substituer à leur jugement.

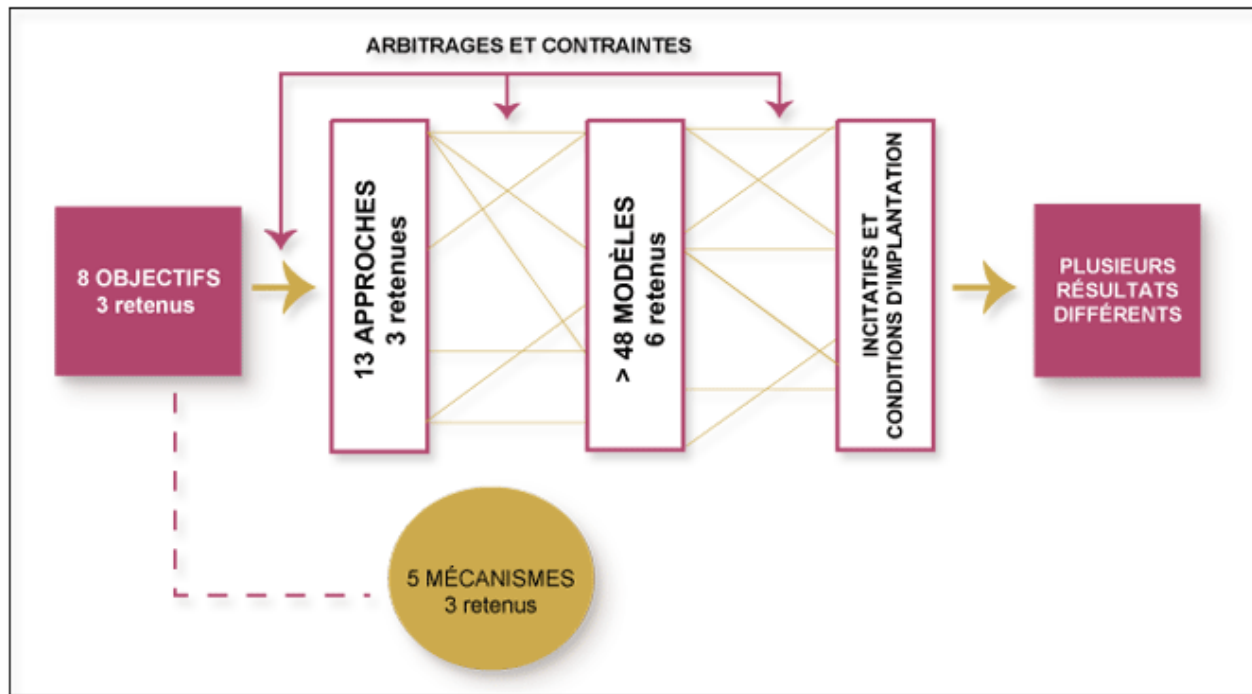
L'approche proposée pour mesurer le coût d'opportunité comporte deux étapes. La première consiste à identifier conjointement avec les décideurs les quelques critères qui auront du poids dans la prise de décisions. Cette étape permet de révéler les modèles implicites de la décision et facilite l'identification des alternatives pouvant être soumises à la comparaison. Par la suite, les décideurs doivent indiquer le poids relatif accordé à chaque critère.

La deuxième étape consiste à procéder à une analyse en fonction de la problématique, du contexte et des critères de la décision. Pour documenter ces éléments, il faut recourir à différentes sources de données. Le résultat attendu est l'identification des enjeux, ce qui permet aux décideurs de mieux soupeser les implications de leur décision. Les décideurs sont ainsi plus en mesure d'expliquer les motifs de leurs choix en fonction des critères qu'ils privilégient et de déterminer leurs besoins en matière de suivi.

Pour opérationnaliser la première étape dans le cadre des travaux sur l'élaboration du cadre de référence du projet clinique du réseau local de santé et de services sociaux, l'adoption d'un cadre de discussion a permis de répondre à l'objectif de rendre explicites les modèles de prise de décisions. Ainsi, les objectifs, les mécanismes et les approches à mettre de l'avant ont été soumis à la discussion. Ils ont fait l'objet, par les membres du groupe de travail, d'un processus transparent d'examen par comparaison en s'appuyant sur les données probantes recueillies à cette fin.

L'opérationnalisation de la deuxième étape s'est faite au niveau du choix des modèles et de la sélection des éléments clés à retenir pour les sections du cadre de référence concernant les enjeux d'implantation, de suivi et de gestion du changement. La prise de décisions a été soutenue par des données scientifiques. Toutefois, le recueil de la littérature grise a permis de pondérer l'applicabilité des données scientifiques avec les enjeux économiques, politiques et éthiques entourant la mise en œuvre du projet clinique.

CADRE DE DISCUSSION



3) **MÉTHODOLOGIE**

Pour l'analyse de la littérature, les articles des 15 dernières années de langue anglaise et française publiés entre 1989 et 2004 ont été sélectionnés à partir de la banque de données MEDLINE à l'aide de mots clés.

Cette recherche a permis de recueillir 3816 titres. De ce recueil, 368 résumés ont été conservés pour le document de support et 232 articles ont été analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

Le recueil par mots clés se répartit de la façon suivante :

❖ ***Access improvement incentives :***

47 titres : 23 résumés conservés pour le document de support.

❖ ***Access primary care improvement :***

152 titres : 22 résumés conservés pour le document de support, 33 articles analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

❖ ***Continuity incentives :***

211 titres : 51 résumés conservés pour le document de support, 17 articles analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

❖ ***Continuity care models :***

819 titres : 115 résumés conservés pour le document de support, 112 articles analysés en profondeur et conservés alimenter les travaux du comité.

❖ ***Clinical Integration models review :***

250 titres : 54 résumés conservés pour le document de support, 4 articles analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

❖ ***Continuum care improvement :***

116 titres : 28 résumés conservés pour le document de support, 22 articles analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

❖ ***Population based primary care :***

1858 titres : 78 résumés conservés pour le document de support, 23 articles analysés en profondeur et conservés pour alimenter les travaux du comité.

❖ *Community oriented primary care :*

363 titres : 24 résumés conservés pour le document de support, 21 articles analysés en profondeur et conservés alimenter les travaux du comité.

Deux réviseurs ont classé les écrits selon les thèmes suivants :

Arbitrage; Éthique; Objectifs : qualité, accès, continuité, satisfaction, réduction de coût, globalité, efficience, équité; Programme; Hiérarchisation; Modèles : collaboration, modèle de soins et services intégrés, managed care, disease management, modèle de soins primaires, modèle professionnel, modèle communautaire, modèle de soins et services coordonnés, modèle centré sur le patient, modèle d'équipe, modèle populationnel; Incitatifs; Implantation; Outils : de gestion de cas, de qualité, de standardisation, de référence, de gestion, de communication, de partage d'information, de techniques de soins, de coordination, d'identification des risques, d'évaluation; Évaluation; Gestion; Formation; Recherche.

Afin d'étudier un maximum d'écrits, la recherche s'est étendue à la littérature « grise » où tous les membres du groupe de travail ont été mis à contribution pour répertorier les documents pertinents. Ainsi, on a obtenu 18 documents du MSSS, 3 documents des agences, 4 documents des ordres ou associations, 4 rapports de recherche et 6 documents de présentation.

En résumé, pour le document de support 586 écrits scientifiques sont résumés et 34 documents de la littérature grise sont cités.

Dans le but de faciliter les discussions, la synthèse des données de la littérature a été présentée sous forme de grilles. Cette forme comporte l'avantage de repérer plus rapidement les arbitrages nécessitant une discussion.

D'entrée de jeu, il importe de souligner l'importance de la hiérarchisation des concepts, car cela est crucial pour la cohérence. Dans un premier temps, il y a des objectifs à choisir avec des mécanismes qui supportent l'atteinte de ces objectifs. Ensuite, il y a des approches qui fournissent des logiques pour répondre à la combinaison d'une série d'objectifs. Un modèle résulte de la combinaison d'une ou de plusieurs approches avec des outils qui favorisent l'implantation. La délimitation claire de chacun de ces éléments ouvre la porte à de nombreuses possibilités pour construire un modèle et cela se reflète dans la littérature où 48 modèles génériques ont été répertoriés. Par contre, la littérature ne fournit pas d'appellation distincte pour les approches, outils et modèles, ce qui complique l'analyse. Par exemple, on parle d'approche communautaire et de modèles communautaires. On parle également d'approche de hiérarchisation et d'outils de hiérarchisation. En conséquence, il arrive très souvent qu'on utilise, dans le langage courant, de façon interchangeable, les concepts d'approche, de modèles, de mécanismes de support et d'outil, ce qui malheureusement crée de la confusion et des débats inutiles.

Trois éléments interviennent au niveau de l'arbitrage. Le *premier* concerne les objectifs à mettre de l'avant pour l'atteinte des finalités du projet clinique, le *deuxième* les mécanismes utilisés pour supporter les objectifs, le *troisième* concerne les approches ou les logiques servant à l'élaboration d'une diversité importante de modèles d'organisation clinique. L'analyse de la partie qualitative des données recueillies dans le cadre du mandat du groupe de soutien témoigne des discussions autour de ces éléments.

Les données qualitatives dont fait état le document de support ont été obtenues auprès des membres du groupe de travail à l'aide d'entretiens non dirigés lors de groupes de discussion (*focus group*) qui sont une façon pratique et valide d'obtenir des résultats. De plus, ils constituent une stratégie efficace de transfert des connaissances. En effet, les membres du groupe de travail ont témoigné leur appréciation concernant la disponibilité de grilles faisant état des données probantes et de leur présentation, ce qui leur a permis de s'approprier rapidement la démarche. Pour la tenue des discussions, deux rencontres furent organisées où les participants ont été appelés à identifier les éléments constituant le projet clinique. Le codage et l'analyse des données recueillies lors des groupes de discussion ont été réalisés selon la méthode de Miles et Huberman.

4) ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Les points discutés ont été regroupés par thèmes.

Méthode de travail

D'entrée de jeu, on a souligné la nouveauté de la méthode proposée. D'abord son exhaustivité, en demandant de clarifier les concepts, de systématiquement explorer les données probantes, d'établir le lien avec les travaux antérieurs et en cours et enfin de rendre explicite les choix du comité. Ensuite, de débiter les discussions en amont de la tâche à accomplir, soit au niveau des objectifs pour assurer la cohérence et la transparence a été reconnu comme un avantage de cette méthode.

Quelques membres du groupe se sont questionnés à savoir si de travailler au niveau conceptuel était requis pour réaliser le mandat et s'arrimer aux besoins du terrain. Cependant, tous les membres ont accepté la méthode proposée¹.

Représentativité du groupe

Dans un premier temps, les membres se sont penchés sur la représentativité du groupe. Il est apparu clair que la très grande majorité des représentants œuvrent dans le domaine de l'organisation des services. Toutefois, compte tenu du mandat, il n'est pas apparu opportun de modifier la composition du groupe pour l'élargir à des personnes plus centrées sur les aspects administratifs puisque ce volet est traité dans d'autres groupes de travail sur les rôles et responsabilités, sur les ententes de gestion, sur la révision de la loi et que des mécanismes de circulation de l'information ont été prévus. Pour ce qui est de la représentation des cliniciens, c'est par le biais de la consultation qu'ils seront appelés à commenter les travaux sur le projet clinique.

Par ailleurs, à la suite de la première réunion, des membres se sont ajoutés pour s'assurer que tous les aspects concernant toutes les catégories de clientèles soient adéquatement couverts.

Mandat²

En lien avec le mandat on a d'abord situé le contexte. On a fait état de l'intérêt marqué, notamment des associations et du Comité de Gestion du Réseau (CGR) pour les travaux. Par ailleurs, on a fait le constat que peu de gens ont une idée précise de ce que pourrait être le projet clinique. Pour certains, l'aboutissement des travaux sur le projet clinique est perçu comme le signal qu'on peut sortir des problèmes de structure pour progresser vers les finalités d'amélioration de l'état de santé et de bien-être et de permettre l'accès à des services intégrés.

Les membres ont exprimé leurs perceptions des attentes vis-à-vis le document à produire. D'entrée de jeu, on a communiqué aux membres du groupe que le ministre souhaitait l'intégration des diverses orientations et balises en laissant une pleine latitude sur les moyens d'y parvenir.

¹ Note de l'équipe de soutien : on peut parler d'appropriation rapide de la méthode car l'animation a été minimale de la part de l'équipe de soutien dans la mesure où, au-delà de la présentation des données probantes, la progression des travaux, selon le cadre de discussion a été prise en charge par les membres du groupe. On peut parler d'entretiens non dirigés où les membres du groupe ont laissé émerger les thèmes de discussion et les questions permettant de progresser vers les options retenues pour le projet clinique.

² Note de l'équipe de soutien : au-delà du mandat initial très général qui était de rédiger un document destiné à soutenir l'élaboration du projet clinique, il y a eu par les membres du groupe toute une démarche itérative d'appropriation du mandat. Il en est résulté la liste des objectifs spécifiques que l'on retrouve au cadre de référence.

Les membres ont rapporté les commentaires recueillis sur le terrain à l'effet que pour beaucoup on s'attendait, d'une part, à ce que l'exercice permette de démêler les concepts et de proposer un langage commun et, d'autre part, de fixer de grandes balises qui laissent de la marge de manœuvre aux régions.

Il a aussi été signalé que les gens s'attendent à ce qu'on puisse situer la place du projet clinique et son articulation avec les autres orientations en matière de programme, de responsabilité, d'entente de services, de reddition de comptes. Les gens s'attendent aussi à ce que la question des incitatifs et de leur alignement soit explorée.

La démarche du groupe a aussi été discutée avec certains acteurs du terrain et les commentaires étaient favorables aux alignements pris pour la réalisation des travaux. De manière plus générale, les gens du terrain semblent considérer qu'il n'y a pas qu'un seul modèle qui pourra s'appliquer « mur à mur ».

Les membres du groupe de travail se sont aussi dit conscients que les attentes sur le terrain peuvent, en ce qui concerne le niveau de détail à fournir, être tout aussi variables que l'est leur situation. Ainsi, on pense que certains souhaitent un document qui soit très détaillé, presque de l'ordre de la recette, alors que d'autres s'attendent uniquement à de grands objectifs.

Ces constats ont mené à une discussion en profondeur, à savoir si le document devait avoir un caractère prescriptif et sur jusqu'où aller au niveau du détail de l'opérationnalisation du projet clinique. Les membres du groupe ont expliqué les enjeux entourant cette question. D'un côté, on souhaite répondre aux attentes de flexibilité et il est tout à fait clair qu'il ne s'agit pas de faire le travail du terrain et que le document vise à aider les centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans l'élaboration de leur projet en étant appuyé sur des données probantes.

D'un autre côté, selon les membres, deux impératifs imposent une forme d'harmonisation des projets cliniques. En effet, le projet clinique touche tout le continuum, donc tous les partenaires du CSSS. Ces partenaires devront établir des ententes avec plusieurs CSSS. Il faut donc une base pour que le message de vers quoi on s'en va, de comment on travaille et quel est le langage commun soit établi.

De plus, il faudra que les responsables du suivi fixent des paramètres qui permettront de témoigner des résultats de la mise en œuvre des projets cliniques. Sans une certaine standardisation des projets, l'évaluation sera difficile à réaliser.

La question des délais d'implantation des projets a été explorée. Ainsi, si les délais sont très courts cela impose une approche plus prescriptive. Cependant, la compréhension commune qui s'est dégagée est à l'effet, qu'en raison du fait que tous les CSSS ne partiront pas du même niveau, la notion de temps requis pour une implantation réussie sera prise en compte.

Pour faire suite à ces discussions, les membres ont convenu de donner des alignements jusqu'au niveau des modèles, laissant ainsi suffisamment de flexibilité au terrain qui pourra s'adapter à sa réalité dans le choix des outils et des façons de travailler avec les partenaires.

Certains ont émis une préoccupation, à savoir comment les travaux du groupe seront repris par les décideurs politiques, car il ne suffit pas qu'un groupe écrive, par exemple, qu'il faut de la collaboration pour que cela arrive; il faut que ce soit compris et repris par les décideurs politiques, car c'est le décideur politique qui oriente les choix.

Les membres ont partagé les informations qu'ils détenaient sur les travaux en cours ou réalisés sur la question du projet clinique. Ainsi, on a pu établir que :

- ❖ L'association des hôpitaux du Québec (AHQ) et l'association des CLSC-CHSLD sont à développer des documents portant sur le projet clinique, qu'elles ont été mises au courant de la démarche du présent groupe de travail et que des interfaces sont envisagées;
- ❖ Dans les agences, beaucoup de réflexions sont en cours surtout au niveau des directions de programmes, mais, en date des travaux, seulement deux documents sont disponibles, soit ceux de Montérégie et du Bas-Saint-Laurent;
- ❖ Au niveau du MSSS, quelques directions ont formalisé par écrit leurs réflexions face au projet clinique et elles ont rendu disponibles ces documents de travail aux membres du groupe.

Pour faire suite à cette mise en situation, les membres ont statué sur la portée du mandat et sa pertinence. Ainsi, ils ont établi qu'il ne s'agit pas de se substituer aux travaux du terrain où chaque CSSS devra avoir un projet clinique qui témoigne des besoins de sa population.

Il ne s'agit pas non plus d'établir des priorités au niveau des clientèles ou de faire des choix d'allocation des ressources, pas plus que de proposer des modifications aux contenus des programmes existants. Les membres ont souligné une préoccupation à l'effet que, dans tous les secteurs, il y a déjà des orientations pour chaque programme. La question de comment continuer ce qui est existant et amorcé depuis quelques années dans les régions, a été soulevée. Les membres ont trouvé important de réitérer qu'il fallait valoriser les actions déjà entreprises.

Pour y répondre, les membres ont largement discuté des liens entre les programmes et le projet clinique. En effet, comme les programmes comportent des éléments très prescriptifs et conduisent à la construction de contours financiers, il importe pour les membres que des liens soient établis avec le projet clinique et que le lien de cohérence avec le choix des modèles soit aussi démontré.

Une compréhension commune s'est développée à l'effet que les travaux devraient relever le défi de favoriser la cohérence globale du système par des alignements qui permettent d'obtenir le degré d'harmonisation requis à l'articulation des diverses composantes du système, tout en laissant aux CSSS l'autonomie nécessaire pour formuler un projet mobilisateur.

Comme suite aux discussions, les membres ont défini les éléments de contenu devant être traités dans le document en cohérence avec la compréhension commune du mandat et de sa portée. Ainsi, ils ont statué qu'il s'agissait davantage d'un guide³ que d'un document de balises et que ce guide devait :

- ❖ Définir les concepts qui permettent d'orienter les choix et de rendre explicites les conséquences des choix;
- ❖ Fixer les objectifs, approches et modèles qui permettent d'harmoniser les messages concernant les finalités du projet clinique;
- ❖ Schématiser les liens qui existent avec les programmes, la reddition de comptes et les modèles cliniques afin que les gens puissent comprendre la cohérence et la convergence des logiques administratives et cliniques;

³ Note de l'équipe de soutien : comme suite aux consultations, le terme guide a été modifié pour le terme cadre de référence. Cette nouvelle appellation demeure toutefois conforme à l'esprit des discussions.

- ❖ Outiller les CSSS en énumérant les outils disponibles pour la mise en œuvre des modèles de même que les conditions d'implantation;
- ❖ Discuter de la notion de temps sans fixer d'échéancier;
- ❖ Soutenir les gestionnaires par l'énumération de principes concernant la gestion du changement.

Buts des rencontres, déroulement, commentaires sur le matériel⁴

Les membres ont convenu que le point de départ était le document « L'intégration des services » qui avait fixé deux objectifs, deux mécanismes et une approche. Ce document fixait aussi les balises pour le projet clinique.

À partir de là, les questions à discuter seraient : Doit-on mettre de l'avant des objectifs, des mécanismes, des approches additionnelles ? Quels sont les arbitrages ? Quelles sont les logiques ?

Par la suite, il a été convenu d'établir quels sont les modèles qui supportent les alignements mis de l'avant. Pour faciliter la discussion, des grilles synthèses sur les données probantes ont été fournies aux membres. Le contenu des grilles a fait l'objet d'une présentation suivie d'une période de questions pour clarifier le contenu présenté.

Les membres ont apprécié le matériel fourni et ont confirmé sa cohérence par rapport à d'autres travaux. Par ailleurs, on a souligné que les définitions de la littérature ne sont pas toujours identiques à celles du MSSS. De plus, les gens du réseau ont plusieurs définitions, et les membres soulignent l'importance de savoir comment s'outiller et outiller les gens du réseau en même temps. Il importe donc pour le groupe de travail de se donner des définitions et d'établir la concordance avec celles du MSSS et d'utiliser la terminologie du MSSS dans la mesure où il y a concordance avec les données probantes. Tout écart avec les définitions du MSSS devra faire l'objet d'une explication détaillée dans le document.

Informations à recueillir

Les membres ont aussi établi les informations additionnelles à recueillir pour soutenir les travaux. Ainsi, ils ont convenu de recueillir les orientations en lien avec les décisions des rencontres, de faire le lien avec les travaux sur l'évaluation et d'utiliser le document concernant « L'harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services ».

Bien que certains aient de la difficulté avec le concept de lignes de services, ce document résulte des efforts de définir les termes en fonction des consensus internes au MSSS. Ces définitions circulent maintenant dans le réseau et on demande aux gens de s'en inspirer pour éviter l'ambiguïté.

⁴ Note de l'équipe de soutien : pendant le déroulement des discussions, les membres se sont régulièrement référés aux données probantes pour faciliter la progression des travaux. Il faut noter qu'aucune restriction n'a été imposée aux membres du groupe et que les choix ont émergé uniquement après que les discussions aient été épuisées. Il n'y a pas eu de vote ou autre mécanisme d'arbitrage, car chaque choix a été approuvé par la totalité des membres du groupe participant aux discussions.

Modes de consultation

Les membres ont été informés des modes de consultation entourant les travaux. Ainsi, la première étape est un exercice de validation de la démarche au CGR. Par la suite, une large consultation sur le document est planifiée à la fin de l'été.

En matière de consultation, la question de la consultation de la population a été soulevée en raison du parallèle qu'on pourrait établir avec les mécanismes mis en place pour l'adoption des propositions sur les réseaux locaux. On rappelle que, dans le cas de ces propositions, c'était une demande formelle que le MSSS avait placée aux agences de soumettre une proposition. Dans ce cadre, le MSSS avait fixé des paramètres de consultation. Pour le projet clinique, le cadre est différent. Par ailleurs, si on confie aux agences un rôle intégrateur, ce n'est pas, du point de vue des membres, au MSSS à décider de cette question. Ce serait à l'agence de demander au CSSS s'il a obtenu l'approbation du terrain. On sait aussi que la consultation facilite l'adoption et l'acceptation. Il importe donc pour le groupe d'évoquer les bénéfices de la collaboration pour susciter l'adhésion. De plus, les modèles en eux-mêmes prescrivent certains modes de consultation. Par exemple, l'adoption d'un modèle communautaire sans mécanisme de consultation des communautés est peu congruent.

Définition du projet clinique, finalité, prérequis

La question de la définition du projet clinique a nécessité beaucoup de discussions. D'abord, les membres se sont questionnés, à savoir quel serait l'angle de prise pour discuter du projet clinique ou à partir de quel point de vue il fallait l'aborder. Ainsi, le point de vue de planification, le point de vue structurel, le point de vue administratif, le point de vue du rôle des acteurs et enfin le point de vue de la clientèle ont été explorés par les membres de la façon suivante :

Le point de vue de la planification amène à concevoir le projet clinique comme un exercice de planification stratégique ou encore comme de la programmation. Ce point de vue trouve son sens clinique dans la notion de continuum de service. Par ailleurs, ce point de vue amène sur le terrain de la définition de la reddition de comptes qui oriente le projet clinique vers un mécanisme de contrôle. Il ouvre aussi la porte à une vision en silo où on aurait une somme de petits projets cliniques.

Le point de vue structurel amène l'alignement avec les objectifs gouvernementaux où le projet clinique apporte les réponses sur les modalités d'atteinte de ces objectifs. Ces réponses se traduisant dans les arrangements structurels. Par ailleurs, le point de vue structurel a des limites, il ne répond pas à la quête de sens des acteurs et est peu mobilisateur.

Le point de vue administratif amène à s'appuyer sur la notion de ressources (humaines, financières, techniques et informationnelles) pour donner un sens clinique aux actions sur le continuum. Par ailleurs, cela suggère que le projet clinique est davantage une façon de livrer l'offre de service selon le cahier de charges.

Le point de vue du rôle des acteurs amène à concevoir le projet clinique comme un diagnostic sur les services et l'établissement des rôles et responsabilités des acteurs en fonction de l'organisation des services. Par ailleurs, cela amène à accorder la prépondérance aux mécanismes d'imputabilité.

Le point de vue de la clientèle permet d'éviter les silos, d'être en concordance avec le point de vue implicite du document « L'intégration des services » qui mettait l'accent sur les clientèles vulnérables et particulières. Par ailleurs, ce point de vue ne tient pas compte de la responsabilité populationnelle qui implique un projet pour toute la population du territoire et pas juste pour la clientèle des établissements.

Comme suite aux discussions, il a été convenu de retenir le point de vue large de la population et des diverses clientèles pour souligner le caractère englobant du projet clinique, que la préoccupation n'est pas que la maladie, mais aussi la santé et le bien-être, que les impacts ne se restreignent pas uniquement à la gestion efficiente des ressources, mais aussi aux résultats sur la santé et le bien-être et enfin que le projet clinique vise l'alignement des préoccupations et la mobilisation des gestionnaires et des cliniciens. De plus, pour les membres du groupe il est clair que le projet clinique n'est pas un instrument au service de la reddition de comptes.

Ce choix de points de vue découle aussi de discussions concernant la finalité du projet clinique. L'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire défini a émergé comme une finalité « naturelle » du projet clinique

Par ailleurs, bien que cette finalité éloigne de la prépondérance d'un discours axé sur une logique productiviste et d'efficience en plaçant l'accent sur les objectifs cliniques, il n'en demeure pas moins, selon les membres, que la pertinence de la notion d'optimisation de l'utilisation des ressources doit être signalée.

À partir du point de vue retenu, les membres ont pu fixer le contenu du document de même que les éléments clés dont les CSSS devaient tenir compte dans l'élaboration de leurs projets. Après avoir expliqué les objectifs, mécanismes et approches retenus, il s'agit de cibler les modèles et de situer leur apport pour combler les besoins de la population générale et des diverses catégories de clientèles. Il s'agit aussi de faire état des résultats de ces modèles et de leurs conditions d'implantation. Il importe aussi de faire état des éléments connus à ce jour en matière de rôles et responsabilités des divers partenaires.

Pour ce qui est de l'élaboration des projets des CSSS, les membres ont convenu que des prérequis étaient nécessaires. Ces prérequis sont l'établissement du portrait de la population, des ressources et des services disponibles sur le territoire. Un soutien de l'expertise des agences pourrait aider les CSSS à réaliser ce portrait.

Avec la connaissance des besoins de la population, le projet clinique devient une démarche de réflexion sur la façon de donner les services et sur la façon de combler les écarts en fonction des objectifs d'amélioration mis de l'avant par le document. Pour faire suite à cette réflexion, le CSSS devient en mesure de préciser l'offre de service, à quelle hauteur ce dernier sera offert, les lieux de prestation et les modalités d'organisation.

Adoption et conciliation des points de vue pour l'établissement de priorités, signification de l'arbitrage

En reconnaissant les finalités du projet clinique, les membres ont identifié les principaux arbitrages conditionnés par ces finalités. L'importance de l'exercice d'arbitrage pour s'assurer de la cohérence des objectifs mis de l'avant a été soulignée en raison du fait que de ne pas mettre de l'avant certains objectifs fait en sorte que l'on rend les alignements difficilement applicables sur le terrain où les contradictions se manifestent. Il importe, selon les membres du groupe, de rendre clair aux décideurs que des choix sont inévitables.

À titre d'exemple, on a relaté certaines orientations du MSSS où on prône l'équité tout en faisant référence à une large gamme de services, ce qui correspond à un objectif de globalité. Dans ces mêmes orientations, on adopte une approche administrative ayant des objectifs d'efficience et des mécanismes de standardisation. Ainsi, on force sur le terrain l'arbitrage entre l'approche administrative et les approches communautaire et populationnelle qui sont en cohérence avec les objectifs annoncés de globalité et d'équité.

Si l'adoption du point de vue de la population et des clientèles permettait de cibler les objectifs, mécanismes et approches devant être mis de l'avant, les membres ont reconnu la difficulté d'établir des choix en fonction des besoins de la population sans dévier sur les considérations d'allocation des ressources. De plus, comme le mandat impliquait aussi d'établir la cohérence avec les autres travaux et orientations, les membres ont initié des discussions sur les éléments nécessitant une conciliation.

Les membres ont décidé de faire reposer les choix, d'une part, sur la cohabitation des divers éléments de ces choix et, d'autre part, sur la capacité dans les conditions actuelles d'implanter ces choix en se référant aux données probantes concernant ces éléments.

Trois arbitrages ont nécessité des discussions. Le premier concerne la question d'être centré sur les besoins individuels ou les besoins collectifs. Cet arbitrage a été résolu par la reconnaissance de l'obligation par le projet clinique de considérer les deux types de besoins et de choisir des modèles compatibles entre eux, mais qui permettent de répondre à ces deux catégories de besoins.

Le deuxième concerne le choix d'approches globales qui favorisent la réponse à des besoins diversifiés d'une population par rapport à des approches programmes qui répondent à des besoins spécifiques de certaines clientèles. Cet arbitrage touche la notion d'équité entre les différentes clientèles, car l'équité n'est pas prise en considération dans l'établissement des programmes qui se concentrent spécifiquement et uniquement sur les besoins de la clientèle ciblée. Cet arbitrage a été résolu en préconisant des approches globales pour la majorité des clientèles et de la population en général, mais en justifiant la pertinence de l'approche programme pour certaines clientèles, notamment les clientèles vulnérables.

Le dernier concerne la mise de l'avant de la standardisation comme mécanisme. La standardisation favorise la qualité technique et l'efficience. Par ailleurs, dans un contexte de budgétisation en silo, si la standardisation génère des économies, il devient impossible de réallouer les ressources économisées en fonction des priorités. La standardisation a aussi l'effet pervers de favoriser les secteurs où les données probantes permettant la standardisation sont disponibles. Dit autrement, la standardisation donne clairement la préséance au secteur santé par rapport au secteur social, de même qu'aux approches spécialisées et aux clientèles pour lesquelles les études sont disponibles. Cet arbitrage a été résolu par la mise de l'avant d'un autre mécanisme pour supporter les objectifs soit la coordination et par le choix de modèles de collaboration.

Les objectifs :

D'entrée de jeu, il est apparu difficile de mettre de l'avant des objectifs dans la mesure où, d'un point de vue clinique, tous les objectifs semblent importants a priori. Ainsi les membres du groupe ont d'abord clarifié le fait que l'exercice ne consistait pas à opposer les objectifs, car au-delà de l'arbitrage bien documenté entre l'équité et l'efficience, il n'y a pas de véritable opposition entre les objectifs. C'est plutôt le choix des mécanismes qui influencera en venant soutenir plus ou moins efficacement certains objectifs plutôt que d'autres.

On a aussi tenté de voir si d'autres modes de catégorisation comme d'associer les objectifs aux caractéristiques des services, des mesures de performance et des modalités de prestation des services rendaient l'exercice plus facile, mais on a conclu que, peu importe la catégorisation que l'on voudrait faire, les discussions resteraient les mêmes.

Les discussions ont alors porté sur l'identification des objectifs nécessitant d'être soutenus avec plus d'énergie.

L'objectif de qualité, dans un projet clinique, est apparu d'emblée incontournable. De plus, les objectifs d'accès et de continuité mis de l'avant dans le document « L'intégration des services » ont été reconnus comme cohérents avec le projet clinique.

Toutefois, il est apparu important de bien définir ces objectifs, car ils réfèrent à des concepts multidimensionnels. On a d'ailleurs soulevé l'exemple que de garantir l'accès n'implique pas nécessairement la disponibilité au temps opportun.

La question de la globalité a été abordée et les membres ont considéré que l'énoncé dans la loi d'une « large gamme de services », même si ce n'est pas défini en termes concrets, couvrirait cet objectif.

La question de l'équité a suscité plus de discussions. On a abordé les dimensions de l'équité dans la santé, de l'équité d'accès et de l'équité entre les CSSS.

Les membres ont convenu que le choix de l'approche communautaire amenait la dimension de la réduction des inégalités. Par ailleurs, il est apparu difficile d'aller plus loin dans la notion d'équité dans la mesure où un des impératifs est l'approche programme qui elle n'a pas questionné l'équité entre les divers programmes et clientèles. On rappelle qu'on a pris chaque programme isolément et établi les services à rendre, puis accordé un budget. De plus, la reddition de comptes dans les programmes découle davantage de décisions politiques. Certains ont aussi signalé la difficulté de tenir compte des besoins spécifiques de la population quand, d'un autre côté, arrivent des allocations prescriptives dans des programmes qui spécifient les outils et les cibles de reddition de comptes.

On mentionne que l'équité a été déjà été regardée en termes interrégionaux, administratifs et budgétaires. Les membres croient que les agences sont en mesure de faire les ajustements requis pour assurer l'équité entre les réseaux locaux et que les CSSS doivent considérer l'équité au moment des allocations budgétaires.

Comme suite aux discussions, les objectifs finalement retenus sont : la qualité, l'accessibilité et la continuité. D'ailleurs, un rapide tour de table a permis de valider que ces trois objectifs sont aussi mis de l'avant dans les documents d'orientations du MSSS.

Les mécanismes :

Au niveau des mécanismes, on a d'abord reconnu que, dans le document « L'intégration des services », il y a un mécanisme d'imputabilité : le principe de la responsabilité populationnelle. De plus, le mécanisme de standardisation avait été mis de l'avant.

Ces deux mécanismes ont fait l'objet de longues discussions.

En ce qui concerne la standardisation, il est apparu important de bien définir ses dimensions et aussi de bien spécifier les niveaux d'application de ces dimensions. Ainsi, la dimension de la standardisation des pratiques est plus appropriée au niveau des services spécialisés de deuxième et troisième lignes. La dimension de la standardisation des processus peut être appliquée à tous les niveaux de services.

Par ailleurs, se dégager d'une planification orientée vers les services pour aller vers une planification orientée vers les besoins peut permettre d'éviter le piège de perdre la notion de globalité du système dans les exercices de standardisation et la tentation de créer davantage de silos. Selon les membres, il faudra aussi éviter les dynamiques de compétition.

Comme suite aux discussions, il a été convenu que, malgré les limites de la standardisation, ses avantages au niveau de la qualité et de l'efficacité méritaient que le mécanisme soit mis de l'avant dans le projet clinique, et ce, dans la mesure où on y ajoute le mécanisme de coordination et un modèle de collaboration pour soutenir l'objectif de continuité.

Une brève discussion a été tenue autour de la notion d'intégration. Une compréhension commune s'est dégagée à l'effet que le concept de continuité englobe cette notion dans la mesure où elle est supportée par des modèles qui impliquent l'intégration comme les modèles de soins et services intégrés qui eux-mêmes ont des outils d'intégration comme le guichet unique.

En ce qui concerne le mécanisme d'imputabilité, son application, sous le vocable de la responsabilité populationnelle qui est soutenue par des approches communautaire et populationnelle, a été reconnue d'emblée comme nécessaire au projet clinique.

Les mécanismes d'imputabilité décrits dans la littérature, qui se traduisent par la responsabilisation des personnes ou des intervenants et commandent des approches administratives, n'ont pas été beaucoup discutés dans la mesure où la loi, qui a une approche administrative et structurelle, a clarifié que l'imputabilité n'est pas portée par les individus, mais par les organisations, ici en l'occurrence les conseils d'administration (CA) des CSSS.

Par ailleurs, les membres ont beaucoup discuté de la portée de la notion de responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS, à savoir s'ils étaient imputables directement d'améliorer la santé et le bien-être de leur population ou de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être. De plus, on s'est questionné sur la capacité d'exercer cette responsabilité dans la mesure où plusieurs services seront rendus par les partenaires. S'ajoutant à cela le fait que les CSSS n'ont pas tous les leviers financiers comme, par exemple, le contrôle sur la rémunération des médecins.

On s'est aussi questionné sur le rôle des agences au-delà de leur contribution à l'établissement du portrait de la population dans le cadre du projet clinique. Dans le rôle d'arbitre et d'animateur qu'on semble vouloir leur confier, on se demande quelles sont leurs responsabilités en matière d'harmonisation des projets cliniques sur le territoire. De plus, les rôles du MSSS seront sans doute revus et ceux des RUIS devront être précisés.

Bien qu'il ne soit pas du mandat du groupe d'aborder ces questions et que les travaux actuellement en cours autour de la révision de la loi vont apporter les réponses devant l'importance accordée par les membres à ce thème, il a été convenu d'ajouter au document une section sur les rôles des partenaires pour rendre disponibles les éléments connus au moment de la diffusion du document.

Selon les membres du groupe, cette section se justifie d'autant plus qu'il est très clair, dans le document « L'intégration des services », que les CSSS doivent dans leur projet, intégrer les contributions des partenaires privés, communautaires, des GMF et même de l'intersectoriel.

Ainsi, en ajout au principe de responsabilité populationnelle, les mécanismes de standardisation et de coordination ont été mis de l'avant par le groupe de travail pour le projet clinique.

Les approches :

Au niveau des approches, les membres ont d'emblée écarté les approches à caractère purement administratif et structurel en raison de leur orientation sur le court terme peu en lien avec les objectifs mis de l'avant pour le projet clinique.

Les membres se sont penchés sur les intentions annoncées dans le document « L'intégration des services » et il leur est apparu clair que ces intentions se traduisent dans la combinaison des approches populationnelle et communautaire pour permettre l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Par rapport aux approches populationnelle et communautaire, les autres approches, davantage préoccupées par des clientèles au lieu de la population et de ses déterminants de la santé et du bien-être, ont été jugées plus en silos ne s'occupant pas de l'environnement. Les membres ont noté que beaucoup d'approches sont centrées sur l'organisation du travail comme les approches de hiérarchisation, d'équipes ou normatives.

Une discussion a été initiée sur la place à accorder à la hiérarchisation. Les membres disent comprendre que le document « L'intégration des services » proposait une finalité d'intégration des services, finalité jugée pertinente par le groupe de travail pour le projet clinique. Bien que les approches programme et de hiérarchisation contribuent à cette finalité, et que les travaux du groupe soient conditionnés par les choix antérieurs, il est convenu qu'il faut également des approches plus larges permettant d'inclure la finalité d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'approche populationnelle a été jugée plus large que l'approche holistique et sa combinaison avec l'approche communautaire offre, selon les membres, une meilleure perspective pour avoir un réseau global et éviter la surenchère de modes d'organisation centrés sur les services qui favoriseraient la création de silos autour de clientèles ou de niveaux d'intensité de services.

Les membres ont à nouveau soulevé le fait que d'encourager uniquement l'approche programme avec le mécanisme de standardisation pourrait se traduire par un rétrécissement de la marge de manœuvre discrétionnaire des décideurs locaux où l'application des programmes standardisés risquerait de se faire au détriment de la globalité et de l'amélioration de la santé et du bien-être de toute la population du territoire.

Les membres sont d'avis que les approches populationnelle et communautaire permettent de laisser aux CSSS le degré d'autonomie et de souplesse requis pour tenir compte de la spécificité de leur population.

L'approche populationnelle étant plus large que l'approche programme, cela permettrait de justifier des choix différents d'une région à l'autre. Par ailleurs, les membres conviennent de la nécessité d'une approche où chaque réseau va pouvoir évoluer tout en gardant une harmonisation pour qu'il n'y ait pas un réseau qui se développe au détriment d'un autre. Ils conviennent également que la standardisation ne s'oppose pas à l'approche populationnelle si elle est appliquée au bon endroit.

Ainsi, les membres décident de continuer de mettre de l'avant l'approche programme tout en proposant l'adoption de la combinaison des approches populationnelle et communautaire pour former un équilibre permettant de soutenir les finalités d'amélioration de la santé et du bien-être tout autant que l'intégration des services. Par ailleurs, les membres considèrent la hiérarchisation plus de l'ordre des moyens⁵ que de celui des approches. Ainsi, l'importance des mécanismes et outils de hiérarchisation, tels les systèmes de références bidirectionnels, sera soulignée dans le document.

Les modèles :

Sur la question des modèles, les membres ont d'abord eu une discussion sur la façon de procéder aux choix. Comme suite au constat que les modèles génériques décrits dans la littérature étaient pour plusieurs déjà implantés dans le réseau, les membres ont convenu qu'il ne s'agissait pas de rejeter des modèles ou de chercher à retirer ce qui est déjà sur le terrain, mais bien de signaler ce qui est le plus cohérent avec les choix retenus précédemment.

Partant du fait que, lors des fusions, des intervenants avec des approches cliniques différentes vont être appelés à se côtoyer, les membres ont jugé qu'il faut préciser les enjeux et donner des alignements afin d'aider le terrain à construire le projet clinique.

Les membres du groupe ont procédé à l'exercice de voir comment cohabitent les divers modèles en lien avec leurs outils et enjeux d'implantation pour que le terrain soit outillé pour plus de cohérence et de convergence.

En lien direct avec les approches retenues, les modèles communautaires et de soins et services intégrés sont apparus pertinents. De plus, le modèle de soins et services intégrés est, selon les données probantes, celui qui est le plus susceptible de contribuer à l'obtention de résultats sur l'ensemble des objectifs retenus. Par contre, il s'agit d'un modèle relativement difficile et coûteux à implanter. Ce constat n'amène toutefois pas les membres à préconiser des modèles plus administratifs et axés sur le contrôle des coûts de type *managed care* qui sont encore plus difficiles à implanter et moins susceptibles de mobiliser les cliniciens.

Si les modèles de soins et services intégrés et communautaires apparaissent bien adaptés, selon les membres, à la réalité des CSSS, il demeure que d'autres modèles sont actuellement adoptés par certains intervenants pour refléter les besoins spécifiques des clientèles avec lesquelles ils interagissent.

Ainsi, les modèles centrés sur le patient sont très présents pour les besoins ponctuels. Dans les GMF, on adopte des modèles de soins et services coordonnés et des modèles de collaboration. Tous ces modèles ne sont pas jugés mutuellement exclusifs. Ils sont compris comme étant dans une même logique impliquant une gradation en termes d'intégration. Dans certains programmes ou services spécialisés, on retrouve des modèles de « *disease management* » et aussi des modèles de soins et services intégrés.

⁵ Note de l'équipe de soutien : dans le document « L'intégration des services », le mécanisme d'imputabilité qu'est la responsabilité populationnelle et le moyen qu'est la hiérarchisation ont été catégorisés comme des principes. Cette catégorisation a été respectée dans le cadre de référence. Les définitions, dans le cadre de référence, respectent également le contenu des discussions où la définition de la responsabilité populationnelle fait nettement référence à l'imputabilité envers la population et la définition de la hiérarchisation présente cette dernière comme un moyen de favoriser la complémentarité.

Les membres conviennent qu'en retenant les modèles centrés sur le patient, de soins et services coordonnés, communautaires, de « *disease management* », de soins et services intégrés et de collaboration, la cohérence est respectée vis-à-vis les choix antérieurs, de même qu'avec l'approche programme. Ces modèles sont aussi cohérents avec les modes d'intervention des intervenants qu'ils soient médicaux ou psychosociaux. Par ailleurs, les membres conviennent, qu'en raison des noms de certains de ces modèles, une attention doit être portée afin qu'ils ne soient pas associés uniquement aux soins médicaux.

Les outils :

Peu de discussions ont entouré la question des outils. Les membres ont simplement souligné l'intérêt de recourir à la gestion de cas pour plusieurs modèles, l'importance d'énumérer dans le document des outils qui permettent de soutenir les modèles de façon cohérente et l'importance de standardiser les outils d'évaluation. Les membres ont réitéré qu'il appartient aux CSSS, quand ils auront une bonne connaissance de leur situation, de faire le choix des outils.

Implantation, incitatifs, facteurs de succès, gestion du changement :

La discussion sur les enjeux d'implantation a débuté par une discussion plus large sur le contexte. D'abord, il n'y a pas d'exemple dans la littérature d'un contexte similaire avec en même temps une modification structurelle et clinique en profondeur jumelée avec une révision majeure des règles syndicales. Par ailleurs, on connaît bien les données sur les fusions ou sur la formation de réseaux par le biais d'ententes. Même si la loi précise l'imputabilité de chacun à rencontrer les objectifs, il demeure que des discussions sont à prévoir sur le terrain autour de cette question.

De plus, les impacts négatifs des fusions sur les ressources humaines sont bien documentés et d'ailleurs on sait que les fusions ont déjà généré des inquiétudes et des propos négatifs. Pour les membres, c'est pour ces raisons que le projet clinique doit, en ciblant les enjeux essentiels, être mobilisateur. Il est incontournable et représente le plus beau défi des CSSS. Pour les membres, ce n'est pas ce qui se termine sur le plan structurel qui est la vraie évolution, mais l'application du projet clinique.

Les membres pensent que le projet clinique va être mobilisateur puisque les cliniciens auront la possibilité de se prononcer sur comment ils voient le travail ensemble en réseau pour le bénéfice de la population et de leurs clientèles. Pour les membres, mobiliser implique aussi de considérer le temps requis pour l'implantation. La discussion sur la notion de temps a permis de clarifier que, dans le changement, il faut rapidement donner un signal clair sur vers quoi on s'en va et de s'installer rapidement dans une position de non retour. Après, il faut fixer les étapes, car tout ne peut être fait en même temps. Il importe aussi d'établir le temps requis pour l'implantation, mais il faut un message clair de commencer.

Les membres se sont dits conscients que tous les CSSS ne partent pas du même point où, par exemple, pour certains les fusions entre CLSC et CHSLD étaient déjà réalisées. Les membres considèrent qu'il revient au CSSS, lorsqu'il aura une bonne connaissance de ses forces, d'imprimer la vitesse d'implantation.

Cette notion de temps requis soulève également toute la question du suivi qui a fait l'objet d'une discussion, car considérer les enjeux d'implantation permet de figurer la hauteur des résultats que l'on peut attendre.

D'entrée de jeu, il est apparu clair de distinguer deux éléments : la reddition de comptes et l'évaluation des résultats.

Pour ce qui est de l'évaluation des résultats, les méthodes retenues seront aussi des incitatifs qui vont influencer l'implantation. Les membres estiment que de passer d'une logique de suivi budgétaire à une logique de suivi des résultats est en soi un changement de culture majeur dans un contexte où, à ce jour, on a comme objet de suivi beaucoup d'indicateurs de processus sans liens très clairs avec les résultats. Les membres considèrent que, dans le cadre de tous ces ajustements simultanés, il faudra du temps avant de pouvoir mesurer des résultats.

Pour ce qui est de la reddition de comptes, bien qu'elle doive se poursuivre, les membres se disent conscients de la lourdeur que cela impose sur le terrain et que le projet clinique ne doit pas servir de prétexte pour créer une surcharge d'indicateurs de suivi. Il est toutefois apparu clair qu'il est de la responsabilité du MSSS de faire la réflexion sur la cohérence et la concordance des suivis exigés en fonction des objectifs poursuivis, tout comme de statuer sur l'opportunité de réduire ses attentes en terme de reddition de comptes afin de dégager des argents de transition pour supporter l'implantation du projet clinique.

Ce dernier point a soulevé une discussion pour clarifier la question du financement. Une compréhension commune s'est dégagée à l'effet que le projet clinique repose sur une transformation et cela conditionne l'implantation dans la mesure où il faudra réallouer des ressources plutôt que d'en ajouter. Cela conditionne également les attentes en matière de suivi où il faut passer par un changement de culture avant d'obtenir les résultats. Dans ce contexte, on a soulevé la subsidiarité comme enjeu important.

Par la suite, la discussion a porté sur les incitatifs. Il y a, selon les membres, des incitatifs et des enjeux d'implantation communs à tous les modèles et il n'y a pas que les incitatifs financiers qui donnent des résultats. Il importe aux membres que les modèles retenus posent des défis réalistes même si tous les leviers ne sont pas immédiatement disponibles.

Deux éléments ont émergé comme majeurs pour la rédaction du document.

Le premier concerne la nécessité de distinguer ce qui est de niveau national de ce qui est à la portée des CSSS. On juge que les CSSS peuvent faire face au défi de mariage des cultures en maîtrisant les incitatifs de communication, de collaboration, de climat de travail, d'instauration de processus d'amélioration de la qualité et de formation où les agences peuvent les épauler.

De son côté, le MSSS doit relever le défi de la cohérence des incitatifs au niveau administratif, que ce soit le financement, la rémunération ou la reddition de comptes. Tout incitatif à la compétition influencera négativement les modèles retenus. De manière plus spécifique, on considère que le modèle des soins et services intégrés bénéficierait d'une plus grande intégration des enveloppes budgétaires.

Le deuxième concerne la séquence de mise en œuvre. Par exemple, la question des services intégrés est au cœur de toutes les discussions et on sait qu'il faudra attendre avant d'avoir tous les outils nécessaires, notamment les systèmes d'information. Les membres ont souligné que, d'un point de vue clinique, les systèmes d'information sont une condition nécessaire, mais non suffisante et ils considèrent qu'il y a des préalables à leur implantation que ce soit la formation des équipes, la précision des modes de fonctionnement ou l'instauration de mécanismes de collaboration. Pour la prestation des services, on peut palier au manque de systèmes d'information par des outils de communication, ce qui n'est pas le cas pour l'obtention de données comparables visant à soutenir l'évaluation et la reddition de comptes.

Les membres conviennent donc de l'importance de souligner qu'il appartient aux régions d'établir des priorités et des séquences dans le processus d'implantation, ce qui met en lumière l'importance de la rédaction d'une section dans le document sur la gestion du changement.

5) COHABITATION ENTRE LES MODÈLES ET LES LIENS AVEC LE DOCUMENT « L'INTÉGRATION DES SERVICES »

Comme suite aux discussions, un exercice de validation de la cohérence des choix retenus avec les alignements annoncés dans le document « L'intégration des services » a été réalisé.

L'accessibilité est un objectif mis de l'avant dans le document « L'intégration des services ». Cet objectif est soutenu par des mécanismes de standardisation des processus de référence qui permettent une hiérarchisation pertinente de l'accès aux divers niveaux de soins et services en facilitant le cheminement de la personne à travers le système. Les modèles centrés sur le patient et les modèles de soins et services coordonnés favorisent l'accès aux services généraux de proximité et le renforcement de la première ligne tel que souhaité dans le document « L'intégration des services ». Les modèles communautaires sont complémentaires en apportant la dimension de la réduction des inégalités dans l'accès tout comme les modèles de soins et services intégrés qui apportent aussi la dimension de l'accès aux services spécifiques.

La continuité est l'autre objectif mis de l'avant dans le document « L'intégration des services ». Les modèles centrés sur le patient contribuent à la continuité en favorisant la coordination. Les modèles de soins et services coordonnés et les modèles communautaires favorisent directement la continuité par le biais du renforcement des mécanismes de collaboration. Les modèles de soins et services intégrés favorisent la continuité en établissant les liens entre les divers programmes. Les modèles de collaboration contribuent à créer les conditions favorables au renforcement de la continuité en formalisant des partenariats.

La qualité, en plus d'être un objectif rassembleur et mobilisateur auprès des intervenants, a été mise de l'avant par le groupe de travail. Les modèles de « *disease management* » favorisent l'amélioration de la qualité dans ses dimensions techniques. Les modèles de soins et services intégrés favorisent l'amélioration de la qualité dans toutes ses dimensions. Les modèles communautaires apportent la dimension de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par ailleurs, les modèles retenus contribuent aussi à l'amélioration d'autres objectifs. Ainsi, les modèles centrés sur le patient favorisent la globalité et l'efficience en assurant une plus grande complémentarité. Les modèles de soins et services coordonnés contribuent à la globalité en favorisant la prestation d'une large gamme de services tout en permettant un contrôle des coûts par le biais d'une meilleure hiérarchisation des services. Ces modèles favorisent également l'engagement et la responsabilisation des professionnels. Les modèles communautaires favorisent la globalité par le biais d'une meilleure complémentarité et permettent la réduction des coûts par le choix de priorités au niveau des interventions et des mécanismes de hiérarchisation des services. Les modèles de « *disease management* » favorisent une utilisation efficiente des ressources et offrent une large gamme de services pour la pathologie visée. Les modèles de soins et services intégrés favorisent la dispensation d'une large gamme de services et favorisent l'efficience.

La combinaison des catégories de modèles retenus permet de couvrir les diverses dimensions de l'accès et surtout de répondre aux besoins diversifiés des nombreuses clientèles. Très clairement, ces modèles contribuent à l'amélioration de la continuité. La globalité, bien que n'étant pas spécifiquement sélectionnée pour être renforcée, n'est pas compromise dans les modèles sélectionnés, ce qui permet d'assurer la large gamme de services annoncée dans le document « L'intégration des services », du moins au niveau des services de proximité. Les modèles permettent l'amélioration de la qualité à tous les niveaux et de la disponibilité de services spécialisés, de même que la mise en place d'interventions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans un contexte de changements de culture importants, la mobilisation des acteurs demeure un défi de taille et le choix des modèles de collaboration est essentiel. De plus, la reconnaissance de la valeur des modèles de soins et services coordonnés permet de faciliter l'atteinte des objectifs dans les milieux où l'intégration est faible ou dans les situations de partage des clientèles avec des dispensateurs à l'extérieur du CSSS. Dans les modèles retenus, les gains ne se font pas au détriment de l'efficience.

6) SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES

Dans la prochaine section, tous les documents consultés dans le cadre des travaux sur l'élaboration du cadre de référence du projet clinique du réseau local de santé et de services sociaux sont fournis classés par ordre alphabétique. De ces références, 120 ont directement été utilisées pour la rédaction du document et 382 pour la rédaction du matériel de support lors de la tenue des groupes de discussion. Tous les articles scientifiques sont accompagnés de résumés plus ou moins long en fonction de leur pertinence pour le projet clinique. Ainsi, certains articles ne comportent que la mention du thème traité comme, par exemple, la formation. Les documents provenant de la littérature grise, qui sont pour la plupart des documents du MSSS, ne sont pas résumés, car ils sont facilement accessibles pour le lecteur intéressé. Pour faciliter le repérage des articles, des thèmes ont été identifiés et inscrits sous forme de mots clés après le titre.

Ces thèmes sont : Arbitrage; Éthique; Objectifs : qualité, accès, continuité, satisfaction, réduction de coût, globalité, efficience, équité; Programme; Hiérarchisation; Modèles : collaboration, modèle de soins intégrés, « *managed care* », « *disease management* », modèle de soins primaires, modèle professionnel, modèle communautaire, modèle de soins coordonnés, modèle centré sur le patient, modèle d'équipe, modèle populationnel; Incitatifs; Implantation; Outils : de gestion de cas, de qualité, de standardisation, de référence, de gestion, de communication, de partage d'information, pour techniques de soins, de coordination, d'identification des risques, d'évaluation; Évaluation; Gestion; Formation; Recherche.

7) RÉFÉRENCES

- ❖ Adams-Best L. Strides in care management : the development of a framework to facilitate quality outcomes; Healthc Manage Forum (2001) 14(2) : 44-50. ***Outil de gestion de cas, de qualité, de standardisation, de référence, de gestion, évaluation, qualité, accès, continuité, satisfaction, coûts, implantation***

La gestion de cas est basée sur l'hypothèse centrale, qu'à travers l'amélioration du flux des patients, de meilleurs résultats sont atteints. On présente un cadre inspiré de Donabedian pour aider les gestionnaires de cas à obtenir les résultats désirés qui incluent l'imputabilité financière et la qualité des soins.

Les déterminants de la qualité sont :

- Accessibilité;
- Continuité soit des soins sans rupture;
- Consistance;
- Sécurité;
- Confidentialité et satisfaction.

Les données sur la performance des gestionnaires de cas sont rares et anecdotiques. Il n'y a que quatre études. Le cadre de Donabedian peut aider le gestionnaire de cas à discerner la séquence des soins.

Les variables structurelles sont :

1. Celles du patient (âge, co-morbidités, sévérité, statut économique, support familial, préférences);
2. Celles des professionnels (expérience, habiletés, pertinence des traitements);
3. Celles de l'organisation (politiques d'embauche, taille, structure de gestion, équipement/technologie, financement; philosophie /politiques);
4. Celles de la communauté (politiques gouvernementales, financement communautaire, organismes communautaires, groupes de support, personnel et ressources).

Le processus réfère à ce qui doit être fait. Le gestionnaire de cas doit être capable d'évaluer le processus pour voir s'il respecte la qualité et le contrôle des coûts.

Cette capacité est liée à la collaboration avec une équipe multidisciplinaire et implique les activités suivantes :

1. Schématiser les processus pour identifier les inefficiences;
2. Observations et entrevues pour déterminer les besoins des patients et les processus efficaces;
3. Interpréter et analyser les résultats;
4. Communiquer les résultats à l'équipe;
5. Organiser des conférences de cas avec le patient et l'équipe pour déterminer les besoins;
6. Surveiller les opportunités de transférer des activités en ambulatoire;
7. Faire des trajectoires de soins et surveiller les variations;

8. Faire du balisage concurrentiel;
9. Identifier les meilleures pratiques et les obstacles au changement;
10. Travailler avec l'équipe pour développer des plans d'amélioration;
11. Revoir les processus et les actions correctrices;
12. Suivre et évaluer les résultats.

Les variables de résultats sont :

1. Celles du patient (cliniques, fonctionnelles, sévérité, savoir, satisfaction);
 2. Celles de professionnels (prestation technique, pertinence des traitements, complications et rapports d'incidents, durées de séjour, satisfaction);
 3. Celles de l'organisation (accès, coûts, réadmissions, complications, mortalité/morbidité, charge de travail et taux de roulement);
 4. Celles de la communauté (référence bidirectionnelle, capacité de transférer, nombre de niveaux alternatifs de soins à l'hôpital, suivis).
- ❖ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas Saint-Laurent : Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population, printemps (2004), 74 pages.
 - ❖ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. Cadre de référence pour la réalisation du projet clinique pour la région des Laurentides, mars (2004), 8 pages.
 - ❖ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie : Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, juin (2004), 46 pages.
 - ❖ Albert SM & al. Primary care expenditures before the onset of Alzheimer's disease; Neurology (2002) 59(4) : 573-8. **Évaluation**

En plus des coûts importants associés à la maladie d'Alzheimer après le diagnostic, les coûts prédiagnostics qui ne sont pas reconnus sont tout de même une source de dépenses importantes.

- ❖ Alkema GE & al. Using interagency collaboration to serve older adults with chronic care needs : the Care Advocate Program; Fam Community Health (2003) 26(3) : 221-9. **Collaboration, modèle de soins intégrés, managed care, implantation, coûts, qualité, satisfaction, outil de gestion de cas, incitatifs, évaluation**

Le programme « care advocate » est un effort de collaboration inter agences pour améliorer les services aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques. On discute des barrières aux soins efficaces pour ces clientèles et les concepts pour une collaboration fructueuse. On décrit les demandes multiples et contradictoires des détenteurs d'enjeux qui initient des projets de collaboration et les leçons retenues. La fragmentation se poursuit en raison de plusieurs facteurs :

- Les besoins des consommateurs;
- Le type de dispensateurs;

- Le modèle de dispensation;
- Des vues différentes sur les soins pertinents;
- Des sources de fonds mutuellement exclusives;
- Des autorités bureaucratiques distinctes;
- La régulation;
- Les frontières géographiques.

Une composante importante pour améliorer la dispensation des services pour les maladies chroniques est d'augmenter la collaboration entre les services médicaux et sociaux. Une collaboration effective implique de balancer les différents intérêts de gens qui ont des orientations théoriques et des pratiques différentes. Pour une intégration maximale, il y a quatre stades :

1. Échange d'information;
2. On reconnaît le besoin de travailler ensemble;
3. Les organisations s'impliquent;
4. La structure organisationnelle est changée. Le processus de changement est itératif.

Il y a une augmentation des dépenses avant de pouvoir bénéficier de réduction de coûts.

Des indicateurs de qualité et de résultats raisonnables et mesurables sont un facteur critique, de même que l'intégration des pratiques du point de vue des professionnels.

Des conflits peuvent apparaître sur le but de la collaboration, sur comment prioriser les buts et objectifs et sur comment résoudre les différences au niveau des stratégies de soins. Il faut identifier les similitudes, trouver un terrain commun et déterminer la contribution de chacun. Les buts du programme care advocate sont :

1. Améliorer l'intégration;
2. Évaluer les résultats sur la santé de la gestion de cas sociale;
3. Mesurer les effets sur la rétention et la satisfaction du personnel et sur l'utilisation des ressources. Pour chaque patient, au premier contact, le gestionnaire de cas fait une évaluation psychologique et fonctionnelle pour déterminer les besoins à court et moyen terme et identifier les ressources de support requises.

On capitalise sur le concept de prévention du managed care et on discute avec le patient des services disponibles à long terme et on l'encourage à considérer une planification à long terme. On discute du niveau de ressources appropriées en fonction des besoins.

Pour chaque ressource, le gestionnaire de cas offre un lien. Les patients reçoivent un appel de suivi une semaine après l'évaluation et aux mois par la suite pour un an, mais ils demeurent libres de contacter le gestionnaire de cas au besoin. On a retenu trois leçons :

1. Établir des ponts entre les détenteurs d'enjeux pour développer la confiance et où chacun apprend où sont les frontières organisationnelles et ce qui peut être changé;
2. En raison des différences de signification, même dans le langage simple, développer et raffiner constamment la vision commune pour clarifier les pratiques où, par exemple, le terme gestion de cas a des significations, des philosophies et des interventions différentes selon les acteurs;

3. Employer la technique du pied dans la porte pour accomplir les buts du programme où il faut identifier les barrières réelles ou imaginaires pour les éliminer avec un processus de changement incrémental où on accepte de débattre, de négocier et de faire des compromis sur les enjeux philosophiques et opérationnels.

Le modèle vise à balancer les attentes et produire un équilibre. Il offre une opportunité à une variété d'acteurs qui n'ont pas de mandats par voie de régulation ou de fonds spécialisés de trouver des arrangements à travers des collaborations communautaires.

- ❖ Al Mahdy H. Coordination and integration of disability services for the elderly : a viewpoint; Int J Health Plann Manage (2001) 16(1) : 73-8. **Incitatifs, gestion, modèle de soins intégrés**

La dispensation des services de réadaptation en Australie est fragmentée et on a des duplications. Le niveau central devrait être responsable de la complète provision de ces services pour les personnes âgées, incluant les services communautaires et l'hébergement. Les dispensateurs privés devraient être en compétition pour une dispensation efficiente de ces services et soutenus par des incitatifs financiers dans les arrangements de financement qui encouragent le vieillissement en santé et la réduction des coûts.

- ❖ Al-Shaqha WN, Zairi M. Pharmaceutical care management : a modern approach to providing seamless and integrated health care; Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv (2001) 14(6-7) : 282-301. **Disease management**

Les services pharmaceutiques institutionnels ont beaucoup évolué. La pharmacie hospitalière avait traditionnellement peu d'implication dans les étapes clés de l'hospitalisation. Le modèle de pharmacie clinique n'est pas adapté pour faire face aux demandes actuelles. Plusieurs autres modèles peuvent être proposés, incluant celui de la gestion des soins pharmaceutique.

- ❖ Alter DA & al. Biology or bias : practice patterns and long-term outcomes for men and women with acute myocardial infarction; J Am Coll Cardiol (2002) 39(12) : 1909-16. **Évaluation**

Le but est d'examiner comment l'âge et le sexe influencent l'utilisation de l'angioplastie et le suivi intensif après un premier infarctus et le suivi à cinq ans. Les différences entre les sexes sont liées aussi à l'âge. Si les soins sont progressivement moins agressifs envers les femmes plus âgées, la survie va dans la direction opposée. Cela suggère que la biologie reste le facteur le plus déterminant de la survie à long terme.

- ❖ Anctil B, Winters M. Linking customer judgement with process measures to improve access to ambulatory care; Jt Comm J Qual Improv (1996) 22(5) : 345-57. **Outil de gestion, satisfaction, accès, qualité, managed care, implantation**

La réelle valeur de la satisfaction des patients émerge quand on la lie aux processus et à la mesure continue des efforts d'amélioration.

Créer un diagramme qui définit les étapes clés du processus de visite en soins primaires a été démontré comme un instrument pour identifier les enjeux d'accessibilité. La combinaison des éléments clés des processus et des données d'enquêtes auprès des patients a permis l'identification des faiblesses du système et de monitorer les efforts d'amélioration.

L'accès est une caractéristique clé de la qualité. Les systèmes qui ne peuvent régler les problèmes d'accès font face à l'insatisfaction des patients et à la frustration des employés. L'accès est complexe et le plus grand défi n'est pas de résoudre les problèmes, mais de les identifier, car l'accès signifie différentes choses pour différentes personnes à des temps différents.

Il faut redessiner le système et :

- Remplacer les anecdotes par des données qui quantifient le problème;
- Aligner le leadership autour de la question de l'accès;
- Communiquer les implications d'un changement de paradigme du paiement à l'acte vers le managed care;
- Initier le changement de culture et développer les mécanismes d'imputabilité;
- Adhérer aux échéanciers et développer des mécanismes de communication régulière.

La première étape est de développer une compréhension des soins primaires comme un système. Ensuite faire un sondage de satisfaction qui mesure :

- La facilité d'obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille;
- La capacité de voir un spécialiste lorsque requis;
- Le temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la visite;
- La capacité d'avoir de l'information médicale par téléphone.

Il y a quatre stratégies clés pour adresser les enjeux d'accès aux soins primaires :

1. Développer des panels de patients;
2. Augmenter la disponibilité de triage téléphonique et des services de consultation nursing;
3. Améliorer les processus de référence aux spécialistes;
4. Former les médecins et le personnel de support pour faciliter l'implantation des initiatives.

- ❖ Anderson MA, Tredway CA. Communication : an outcome of case management; Nurs case Manag (1999) 4(3) : 104-11. **Outil de gestion de cas, de communication, implantation, évaluation**

La gestion de cas est un modèle qui met l'emphasis sur la coordination et le réseautage entre des dispensateurs de multiples disciplines œuvrant dans plusieurs lieux. Cela nécessite une communication efficace.

Cette étude investigate la communication en tant que résultat de la gestion de cas. Peu d'études se sont intéressées au processus de gestion de cas.

La coordination implique une communication efficace et la communication peut être considérée comme un résultat.

Le gestionnaire de cas œuvre au sein d'une équipe multidisciplinaire où il évalue, planifie, fait le suivi et coordonne les options de services entre divers dispensateurs de multiples organisations. Lorsque bien implanté, cet outil assure un transfert rapide et adéquat de l'information concernant le patient.

La littérature fait état d'une série de problèmes de communication. Les résultats de l'étude montrent que les gestionnaires de cas ne remplissent pas leur rôle de communication. Une des raisons possibles est le climat politique, car les gestionnaires de cas sont une addition nouvelle alors que les infirmières de liaison et les travailleurs sociaux sont là depuis longtemps. Le gestionnaire de cas peut remplacer ces deux fonctions. Il faut que l'organisation établisse une équipe interdisciplinaire qui implique les travailleurs sociaux et les infirmières de liaison pour qu'ils travaillent ensemble. Cela pourrait décourager les conflits de territoires et encourager la coopération.

- ❖ Anderson MA, Helms LB. Extended care referral after hospital discharge; Res Nurs Health (1998) 21(5) : 385-94. **Outil de partage d'information**

On décrit l'influence de certains facteurs médicaux et organisationnels sur la communication entre les hôpitaux et les centres pour personnes âgées. Les hôpitaux ne transfèrent que le trois quart de données recommandées sur le patient.

- ❖ Anderson PA & al. Modelling of resource allocation to health care authorities in Stockholm country; Health Care Manag Sci (2000) 3(2) : 141-9. **Gestion**

Contrairement aux modèles britanniques, les modèles suédois utilisent des données de niveau individuel pour l'allocation des ressources.

- ❖ Anderson RJ & al. Toward a new urban health model : moving beyond the safety net to save the safety net-resetting priorities for healthy communities; J Urban Health (1998) 75(2) : 367-78. **Arbitrage, accès, managed care**

Cet article décrit l'évolution d'un des meilleurs « **sick care systems** » des États-Unis vers un système de soins de santé intégré et excellent. On espère participer à la création d'un plan de managed care communautaire qui inclura le désir de travailler en utilisant la population tant comme numérateur que comme dénominateur et dans un réel partenariat avec plusieurs autres dépositaires d'enjeux.

- ❖ Anderson RT & al. Patient-centred outcomes of diabetes self-care. Associations with satisfaction and general health in a community clinic setting; N C Med J (2003) 64(2) : 58-65. **Outil techniques pour soins, qualité**

Les systèmes d'information permettant de monitorer l'auto-traitement ne sont pas communs, spécialement chez ceux à faible revenu. Une proportion importante des patients à faible revenu a de la difficulté à atteindre les objectifs de l'auto-traitement.

L'étude identifie les caractéristiques des patients et identifie des besoins non comblés en termes de savoir et d'habiletés pour l'auto-traitement. Un suivi de routine pourrait aider.

- ❖ Andrews BC & al. Redesigning geriatric healthcare : how cross-functional teams and process improvement provide a competitive advantage; Health Mark Q (2001) 19(2) : 33-48. **Hiérarchisation, gestion, implantation**

Cette étude examine les conséquences d'ajouter une unité subaiguë gériatrique aux services offerts dans l'hôpital. Historiquement, les soins gériatriques offerts ont été limités tant au niveau aigu que de longue durée. L'ajout de cette unité, qui fait appel à une équipe multidisciplinaire, est une idée compétitive rationnelle parce que cela permet d'avoir un continuum qui intègre les services et les départements, ce qui réduit les coûts, et cela permet un environnement supportant pour les patients et leurs familles. C'est donc profitable.

- ❖ Appelbaum R & al. Using high-intensity care management to integrate acute and long-term care services : substitute for large care system reform; Care Manag J (2002) 3(3) : 113-9. **Outil de gestion de cas, incitatifs, évaluation**

On évalue si la gestion de cas qui utilise des soins de haute intensité améliore l'intégration entre les soins aigus et de longue durée. Cela implique l'utilisation d'une infirmière comme gestionnaire de cas supervisée par un gériatre où on espère une réduction de l'utilisation des soins aigus et de longue durée et une réduction des coûts, mais on n'a pas obtenu de différence. Cette intervention sans incitatifs financiers ou réglementaires n'a pas été capable de créer assez de changements dans le système.

- ❖ Arias-Vimarlund V & al. Implementation of computer-based patient records in primary care : the societal health economic effects; Proc AMIA Annu Fall Symp (1996) : 503-7. **Outils de qualité, de partage d'information**

Les coûts sociaux excèdent les bénéfices dans la première année d'implantation du dossier informatisé. Il faut inclure des logiciels de prévention et d'amélioration continue de la qualité (ACQ) pour défendre cet investissement.

- ❖ Armishaw J, Grant CC. Use of complementary treatment by those hospitalized with acute illness; Arch Dis Child (1999) 81(2) : 133-7. **Globalité**

Une large proportion d'enfants hospitalisés en soins aigus a reçu des traitements complémentaires. Les soins alternatifs ont été des ajouts et non des substitutions et n'ont pas eu d'effets significatifs sur les résultats.

- ❖ Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Mise en place des centres de santé et de services sociaux, juin (2004).
- ❖ Association des hôpitaux du Québec (AHQ), Guide d'implantation des réseaux locaux, projet, juin (2004), 11 pages.
- ❖ Association des hôpitaux du Québec (AHQ), Un Guide d'implantation des réseaux locaux étoffé, Le Décideur, juin (2004) : 1-2.
- ❖ Atwood N. Integrating individual and family treatment for outpatients vulnerable to psychosis; Am J Psychother (1990) 44(2) : 247-55. **Modèle de soins primaires**

La plupart des cliniciens préfèrent l'implication de la famille dans le traitement des patients adultes qui présentent des risques importants de problèmes de santé mentale. Les nouveaux modèles de traitements orientés sur la famille ne sont pas facilement adaptables aux situations vécues par les cliniciens dans les cabinets privés en raison du fait que c'est le rapport un à un médecin-patient qui est la norme. L'article décrit un modèle clinique compatible avec des approches personnalisées au patient. Le dispositif innovateur de ce modèle est l'implication sur une base régulière de la famille du patient dans le traitement continu et de maintenir une réponse équilibrée entre les besoins du patient et de la famille. Ce modèle met en place plusieurs mécanismes.

- ❖ Au DH & al. Regional variations in health status; Med Care (2001) (8) : 879-88. **Outils de gestion, modèle de soins primaires**

On sait peu des variations dans l'état de santé des personnes qui cherchent des soins primaires aux États-Unis. Il existe des variations substantielles chez les patients des cliniques de soins primaires de vétérans et cela a d'importantes implications pour l'évaluation de la performance clinique et des résultats de santé. La plupart des différences peuvent être attribuées à des facteurs sociodémographiques et de co-morbidités.

- ❖ Aucoin L. Le leadership est-il possible dans un réseau public de services, congrès annuel de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, (2004), 10 pages.
- ❖ Aucoin L. Favoriser l'émergence d'un leadership clinico-administratif. Présentation dans le cadre du colloque : Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, Montérégie, juin (2004).
- ❖ Aucott JN & al. Interdisciplinary integration for quality improvement : the Cleveland Veterans Affairs Medical Center Firm System; Jt Comm J Qual Improv (1995) 21(4) : 179-90. **Implantation, incitatifs, continuité, accès, qualité, modèle de soins intégrés**

On définit un système de firme comme deux ou plusieurs pratiques parallèles organisées autour du principe de continuité de la relation entre le patient et l'équipe interdisciplinaire. Les buts sont d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité. L'activité est organisée autour du patient et cela représente un changement de paradigme. Cela requiert la coopération de plusieurs services et souvent la création de nouveaux rôles. Il faut des leaders qui acceptent de donner des ressources pour en assurer le succès. L'hôpital des vétérans est un lieu idéal, parce qu'il offre des soins globaux et longitudinaux avec un système de prépaiement centralisé et a de bons systèmes d'information.

Pour l'implantation il faut :

1. Avoir un plan qui gagne le support général;
 2. Identifier les ressources requises à l'implantation;
 3. Se rappeler que le plus important c'est le patient;
 4. Se rappeler que le système est complexe;
 5. Suivre la performance.
- ❖ Azagra Ledesma R & al. The demand for care and systems of access in primary health care; Gac Sanit (1992) 6(32) : 212-15. (in spanish) **Arbitrage, accès**

On a analysé l'accès en soins primaires sur sept ans. On avait implanté le recours aux rendez-vous, la réduction des sans rendez-vous, l'introduction de cartes pour ceux qui avaient des maladies chroniques. Ces changements ont augmenté l'adhésion du personnel, l'utilisation du centre et apporté une plus grande satisfaction des médecins et des patients.

- ❖ Bailey RN. Community-oriented primary care programs; J Am Optom Assoc (1995) 66(10) : 631-3. **Modèle professionnel, communautaire, implantation, accès**

Des systèmes sont proposés par des planificateurs en santé pour améliorer l'accès aux soins de santé. La revue de la littérature démontre que le modèle « **community oriented primary care** » (COPC) en tant que stratégie de santé apportent les bénéfices des soins primaires plus près de ceux dans le besoin. Les optométristes, en tant que fournisseurs de services de soins pour les yeux et la vision, devraient être inclus dans ces programmes coût-efficaces.

- ❖ Baker F, Vischi T. Continuity of care and the control of costs : can case management assure both ? J Public Health Policy (1989) 10(2) : 204-213. **Arbitrage, continuité, coûts, outil de gestion de cas, modèle de soins intégrés, de soins coordonnés**

En santé mentale, la coordination des services est au niveau du patient, alors qu'ailleurs, c'est utilisé principalement pour gérer les soins et réduire les coûts. On discute de la gestion de cas, des conflits de politiques et de gestion qui surgissent entre le contrôle des coûts et la continuité des soins et les étapes pour réduire ces effets négatifs.

- ❖ Baker NJ & al. Use of clinical indicators to evaluate COPC projects; J Am Board Fam Pract. (2002) 15(5) : 355-60. **Formation**

En 1989, le **Ramsey Family and Community Medicine Residency** a développé un intérêt pour l'enseignement populationnel et des activités cliniques basées sur les principes du modèle « **community oriented primary care** » (COPC) ont été adoptées. L'évaluation du projet COPC est un processus évolutif, et des déficiences de mesure se sont révélées avec le temps. Malgré cela, les mesures finales légitiment les interventions des COPC et fournissent une plus value à la formation des résidents et aux activités cliniques.

- ❖ Bakewell-Sachs S, Persily CA. Perinatal partnership in practice : a conceptual framework for linking care across the childbearing continuum; J Perinat Neonat Nurs (1995) 9(1) : 31-7. **Modèle de soins coordonnés, qualité, efficience, continuité, satisfaction, outils de référence, de gestion de cas, de communication, de partage d'information, implantation, évaluation**

On présente un cadre pour établir des liens entre les sites et les dispensateurs ayant le potentiel de réduire la fragmentation et la duplication. Les stratégies de réduction des coûts pour les soins maternels sont de maximiser les soins primaires et de minimiser les soins hospitaliers. Aux États-Unis, le système évolue vers la capitation pour réduire la dispensation parallèle et la fragmentation où on espère que des soins plus coordonnés et intégrés vont réduire les duplications et les ruptures. On peut déterminer les phases du continuum qui ont chacune une perspective différente sur les soins. Il faut établir des liens qui sont des connections entre les systèmes et les dispensateurs pour faciliter la continuité. Le but ultime est des soins de qualité et efficients. Les liens impliquent :

1. Obtenir et partager l'information sur la santé de la population;
2. Avoir un système de référence;
3. Offrir des guides aux patients sur l'utilisation;
4. Développer des systèmes d'information;
5. Développer des plans de soins qui tiennent compte des liens.

La gestion de cas, qui met l'emphasis sur la coordination, la planification proactive et la communication interdisciplinaire peut être un outil. Pour développer les liens, les étapes sont :

1. Établir les caractéristiques, les demandes et les habitudes de consommation de la population;
2. Établir le niveau de risque de la population;
3. Établir qui sont les dispensateurs, les ressources;
4. Répertoire les programmes et les critères d'éligibilité;
5. Définir le rôle des professionnels et voir si quelqu'un est responsable des liens et s'il y a des barrières aux liens.

Quand les opportunités de liens sont identifiées, les liens doivent être formalisés par des politiques, des trajectoires ou des systèmes d'information. La formalisation des responsabilités pour les liens et la communication aide :

1. À éliminer les ruptures de services;
2. À standardiser la communication;
3. À la coordination;
4. À sauver du temps et de l'énergie pour les intervenants.

Le processus de liaison doit demeurer fluide et être évalué avec les critères suivants :

1. Le degré d'intégration des services;
2. L'effet sur les indicateurs de processus comme la durée de séjour ou la gestion du temps professionnel;
3. L'effet sur les résultats et la satisfaction des patients, des professionnels et des payeurs.

- ❖ Balas EA & al. In search of controlled evidence for health care quality improvement; J Med Syst (1997) 21(1) : 21-32. **Recherche**

Il s'agit d'une étude pour mesurer l'efficacité de stratégies de recherche simples pour trouver des évidences sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ) des soins primaires et leurs effets, mais ce n'est pas possible de simplifier.

- ❖ Balesky JR, Provenzano LM. Collaborative development of a clinical pathway for congestive heart failure; J Healthc Qual (1995) 17(6) : 30-5. **Implantation, coûts, programme, collaboration**

On a ciblé les DRG de hauts volumes et de hauts coûts pour l'amélioration des processus cliniques. On a travaillé en collaboration avec les médecins pour identifier des résultats à améliorer par la réduction des coûts et des variations. On a ainsi développé un programme étendu sur tout le continuum.

- ❖ Ball C & al. Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care : non-randomised population based study; BMJ (2003) 1 327(7422) : 1014. **Évaluation**

L'introduction d'une équipe pour le congé des soins intensifs a permis d'augmenter le taux de survie après le congé de l'hôpital et de réduire le taux de réadmissions.

- ❖ Barnsley J & al. Integrating learning into integrated delivery systems; Health Care Manage Rev (1998) 23(1) : 18-28. **Outil de communication, incitatifs, modèle de soins intégrés**

Des systèmes d'offre intégrée, qui favorisent l'apprentissage et la flexibilité, seront plus appropriés pour faire face aux défis imposés par l'environnement de plus en plus complexe et compétitif. L'intégration de l'apprentissage dans ces systèmes nécessite une vision de partage, une gestion souple et des voies de communication très fonctionnelles.

Les stratégies qui favorisent des attitudes favorables envers le changement telles que fournir des ressources, des formations intensives et des récompenses, sont nécessaires pour l'apprentissage.

De plus, le feedback sur la façon dont les nouvelles pratiques cliniques et administratives font avancer la mission et les intérêts du système est requis.

- ❖ Batterham R & al. Construction of a GP integration model; Soc Sci Med (2002) 54(8) : 1225-41.
Incitatifs, modèle de soins intégrés, outils de gestion de cas, de partage d'information

On demande souvent d'améliorer l'intégration entre la première et la deuxième ligne. Cet article vise à mieux conceptualiser l'intégration des omnipraticiens et développer un modèle et un index. L'intégration est basée fondamentalement sur les processus et non sur les structures. Un processus d'intégration est la fréquence et la qualité des épisodes d'échange d'information. L'intégration des soins primaires est un objectif de la plupart des réformes. Une variété de stratégies ont été proposées :

- La gestion de cas au point de contact;
- Des réformes systémiques (HMO, ***fundholding***);
- Des contrats de liaison;
- Des technologies d'information.

Il n'est pas clair de savoir ce qui est le mieux, car on peut difficilement mesurer l'intégration. L'intégration signifie d'amener des parties à agir ensemble. La coordination est définie comme l'acte de faire des arrangements congruents avec un plan spécifiquement dessiné pour mettre ensemble des événements, des organisations, des gens différents et de travailler ensemble dans des combinaisons lâches. Trois structures peuvent créer de la coordination :

- Les bureaucraties;
- Les marchés;
- Les associations.

Dans chacune, il existe de nombreux modèles de coopération possibles. Un modèle de « système d'activités » comprend :

1. Le sujet (le professionnel);
2. L'objet vers qui les activités sont dirigées (le patient);
3. Les résultats qui sont obtenus avec l'aide des instruments (diagnostiques, traitements etc.);
4. La communauté (les multiples individus qui se partagent l'objet);
5. La division du travail qui détermine les tâches et le pouvoir de décider;
6. Les règles pour l'utilisation du temps, la mesure des résultats et le système de récompenses.

Il y a des négociations constantes dans le système d'activité. Pour l'intégration des médecins, les processus sont la première dimension et la structure est seulement secondaire et l'intégration peut être définie comme un épisode d'échange d'information auquel on peut apporter des ressources et des incitatifs pour supporter le processus d'intégration. Les facteurs du processus d'intégration sont :

- Des soins holistiques qui impliquent de considérer la famille;
- La flexibilité des médecins pour tenir compte des besoins des patients;
- L'information du patient;
- La liaison;
- L'attitude vis-à-vis le travail d'équipe;
- La coordination des soins;

- Le rôle de l'hôpital pour le suivi des patients hospitalisés par le médecin de soins primaires;
- La santé communautaire et la planification de santé. Les facteurs facilitant sont :
- La connaissance des ressources locales;
- L'organisation de la pratique;
- Le domaine d'activité;
- Les systèmes d'information;
- Le temps et les modes de financement.

- ❖ Baudendistel TE, Wachter RM. The evolution of the hospitalist movement in the United States; Clin Med (2002) 2(4) : 327-30. **Arbitrage, continuité, coût, qualité, accès**

Le mouvement hospitaliste est un paradigme nouveau aux États-Unis. Les hospitalistes sont des spécialistes assignés à un site qui passent la majorité de leur temps de pratique à l'hôpital. Ils ont démontré une réduction de coûts sans compromettre la qualité.

Cependant, cela constitue un bris de continuité, mais des sondages ont démontré que les patients sont prêts à échanger de la continuité pour obtenir l'accès à ces médecins. Le bris de continuité peut être amoindri par l'établissement de contact entre ces médecins et les praticiens de soins primaires.

- ❖ Bayer WH, Fiscella K. Patients and community together. A family medicine community oriented primary care project in an urban private practice; Arch Fam Med (1999) 8(6) : 550-2. **Implantation, modèle communautaire, outils de standardisation, de partage d'information, de gestion, évaluation**

Il y a eu beaucoup de discussions dans la littérature concernant l'utilité et la faisabilité des modèles « **community oriented primary care** » (COPC), mais relativement peu d'exemples réels publiés. Ce projet montre comment des COPC axés sur la pratique peuvent se réaliser en milieu de pratique privée. Il montre aussi comment les principes des COPC peuvent être utilisés pour atteindre les objectifs de « **Healthy People 2000** » dans la pratique urbaine. Ce projet a démontré une différence statistiquement et cliniquement significative dans l'observance aux interventions de prévention. Ces interventions seraient transférables. On ne peut toutefois identifier les facteurs clés de succès.

Le projet a bénéficié d'un leadership fort et de l'adhésion du directeur médical. La pratique s'est appuyée sur des protocoles clairs et un système d'information permettant de cibler ceux qui étaient inobservants. Des rappels aux médecins peuvent être générés facilement avec les systèmes d'information. Ce projet met en lumière l'importance de l'implication des patients et de la communauté. Les minorités ont toutefois reçu moins d'interventions préventives en raison de leur accès limité aux soins et de l'attitude des dispensateurs.

- ❖ Beddar SM, Aikin JL. Continuity of care : a challenge for ambulatory oncology nursing; Semin Oncol Nurs (1994) 10(4) : 254-63. **Continuité, programme, incitatifs, outils de références, de gestion de cas, de partage d'information, implantation, évaluation**

La continuité des soins a de nombreuses facettes et pose des défis tant comme philosophie que dans la pratique. Elle représente une forme d'idéal et on a une attente des professionnels et des consommateurs que chaque professionnel y contribue. Même si de nombreux modèles organisationnels pour offrir la continuité ont été établis, les infirmières de première ligne peuvent ne pas bien comprendre leurs responsabilités vis-à-vis la continuité. Il existe plusieurs définitions de la continuité. Les plus récentes placent plus d'emphasis sur l'implication du patient et de la famille, sur la coordination des soins, la collaboration entre les professionnels et le maintien et l'amélioration de l'état de santé.

Il faut distinguer coordination et intégration où la coordination suggère des interventions harmonieuses et efficaces et l'intégration implique un concept plus holistique, systématique et orienté sur des buts. Il faut distinguer la continuité longitudinale qui est une relation de long terme avec une source régulière de soins de la continuité qui vise à joindre et structurer des épisodes de soins séparés. L'intérêt pour la continuité vient de :

1. Les changements démographiques et épidémiologiques;
2. Les contraintes de coûts;
3. Le développement technologique;
4. L'augmentation des choix de dispensateurs et de lieux de dispensation.

Si la complexité du système prône pour la continuité, cette complexité crée des barrières qui sont :

1. Le manque d'incitatifs en raison de la compétition et de la spécialisation;
2. Les enjeux de remboursement où les frais pour les patients déterminent le lieu de dispensation;
3. Le manque de connaissances sur l'apport des autres disciplines;
4. La communication inadéquate. La continuité est difficile à implanter.

On a des programmes qui soit mettent l'emphasis sur la planification commune (équipes multidisciplinaires, mécanismes de références, systèmes d'information intégrés, gestion de cas) et d'autres qui mettent l'emphasis sur la continuité longitudinale (nursing de soins primaires et certains modèles de gestion de cas). Les composantes clés de la continuité sont :

1. Une approche interdisciplinaire;
2. Une évaluation globale des forces et des besoins des patients;
3. L'éducation des patients et des familles à la prise de décisions;
4. Le développement d'un plan de service et de buts mesurables;
5. L'identification et la coordination des ressources de support;
6. L'intégration des soins à travers les transitions;
7. L'évaluation.

Pour le cancer la continuité vise les objectifs suivants :

1. Aider le patient à atteindre et maintenir le meilleur niveau fonctionnel possible;
2. Optimiser le confort physique et émotionnel;
3. Faciliter les transitions;
4. Optimiser l'utilisation des ressources.

- ❖ Béland F, Bergman H. Home care, continuing care and Medicare : a Canadian model of innovative models for Canadians ? Healthc Pap (2000) 1(4) : 38-45. **Équité, modèle de soins intégrés, incitatifs**

Aujourd'hui, les services à domicile sont donnés en lien avec l'épisode de soins hospitalier ou à des individus fragiles en tant que réponse à leurs besoins de santé ou sociaux.

L'accès aux soins à domicile est inéquitable au Canada. Les mécanismes de financement devraient améliorer l'intégration des soins et ne pas augmenter les barrières entre les soins hospitaliers, médicaux et sociaux. Les soins à domiciles devraient s'adapter aux réalités provinciales, régionales et locales.

- ❖ Bell R & al. Improving equity in the provision of primary health care : lessons from decentralised planning and management in Namibia; Bull World Health Organ (2002) 80(8) : 675-81. **Équité**

On identifie des leçons à partir d'une revue des services de soins primaires offerts par une équipe de gestion régionale à Namibie. Le sondage révèle des disparités d'utilisation et d'allocation du personnel où les localités les plus pauvres sont moins bien pourvues. Les décisions prises au niveau central ont renforcé les iniquités.

Cette revue a démontré le potentiel pour les équipes régionales ou provinciales d'évaluer efficacement les besoins de leur population et de promouvoir une dispensation équitable. Pour faire cela, ils ont besoin non seulement de devenir des gestionnaires efficaces, mais aussi de développer des habiletés de planification populationnelle et la confiance de même que l'autorité pour influencer l'allocation des ressources à l'intérieur et entre les régions.

- ❖ Benninger MS & al. Management guidelines for improvement of otolaryngology referrals from primary care physicians; Otolaryngol Head Neck Surg (1995) 113(4) : 446-52. **Outils de référence, accès**

La gestion et les guides de référence permettent d'améliorer l'accès.

- ❖ Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine; Patient Educ Couns (2000) 39(1) : 17-25. **Modèle centré sur le patient, outils de standardisation**

Les soins médicaux modernes sont influencés par deux paradigmes :

1. La médecine fondée sur les données probantes;
2. La médecine centrée sur le patient.

Durant cette dernière décennie ces deux paradigmes ont rapidement gagné en popularité.

Cependant, une analyse minutieuse montre que les objectifs visés par ces paradigmes dans les divers aspects des soins médicaux ont peu en commun. La médecine fondée sur les données probantes est basée sur des perspectives biomédicales très positivistes. Dans cette approche, le patient, ses besoins propres, ses préférences ainsi que son état émotionnel ne sont pas pris en considération, tandis que la médecine centrée sur le patient est à la base une approche humaniste, avec des perspectives bio psychosociales combinant des valeurs éthiques avec des théories psychosociales et de négociations. Cette dernière approche vise la participation du patient en tenant compte de ses besoins et de ses préférences. Dans un futur proche le défi serait de mettre en commun ces deux mondes séparés.

La médecine fondée sur les données probantes doit sa popularité à son image d'intégration idéale de l'expertise clinique individuelle avec les données probantes, mais elle n'est pas centrée sur le patient pour deux raisons :

1. Elle est orientée sur la maladie, car les essais cliniques ne sont pas orientés sur le patient;
2. Elle est orientée sur le médecin, car elle met l'accent sur l'interprétation du médecin des données probantes et diminue le rôle des relations humaines et du partenariat avec le patient.

Avec les lignes directrices, les protocoles, la discussion sur les normes et les valeurs inhérentes au jugement clinique passe du bureau de consultation aux associations professionnelles. La responsabilité de la décision est transférée du professionnel à un groupe d'experts. La médecine centrée sur le patient n'est pas très ancrée avec des données probantes empiriques pour deux raisons :

1. C'est un concept nébuleux et global qui a des connotations différentes pour différentes personnes;
2. C'est multidimensionnel et nécessite plusieurs théories pour l'opérationnaliser.

Pour le décrire, il faut le contraster.

Ainsi, si ce n'est pas orienté sur la maladie cela implique d'explorer les besoins du patient avec un modèle biopsychosocial. Si ce n'est pas centré sur le médecin, il faut la participation du patient à la prise de décisions et explorer ses préférences.

- ❖ Benton D. The role of managed care in overcoming fragmentation; Nurs Times (1995) 91(29) : 25-7. ***Managed care***

La fragmentation demeure un enjeu important malgré la réorganisation du NHS. Les modèles de managed care présentent une opportunité pour mettre ensemble les dispensateurs. La gestion de cas est une opportunité de réunification du système pour avoir une approche centrée sur le patient, ses besoins et les résultats. Les bénéfices anticipés du managed care sont :

1. Une augmentation de la collaboration multidisciplinaire;
2. Une identification précoce des problèmes;
3. Une réduction des variations;
4. Une augmentation de l'implication des usagers;
5. Un système axé sur les résultats;
6. Un contrôle des coûts;
7. Un renouvellement des audits;
8. La gestion du marché;
9. L'identification et la quantification des besoins;
10. Des soins basés sur des pratiques validées;
11. Une amélioration de l'accès;
12. Une possibilité de franchiser.

- ❖ Berkman B. The emerging health care world : implications for social work practice and education; Soc Work (1996) 41(5) : 541-51. ***Modèle professionnel, managed care, incitatifs, outils de gestion, de gestion de cas, de standardisation, accès, efficience, globalité, arbitrage***

Parce que les maladies chroniques sont déterminées par plusieurs facteurs, l'hôpital, anciennement l'organisation dominante dans les soins de santé, doit devenir partie d'un réseau de soins primaires de fourniture communautaire, centré sur la gestion des maladies chroniques.

Dans ce modèle, le travailleur social traite le patient à travers un continuum de soins. Le managed care réfère à un nombre de structures organisationnelles, des arrangements financiers variés et des modalités réglementaires. L'idée de base est de limiter les soins non nécessaires en altérant les processus de soins de plusieurs façons : restrictions budgétaires et contrôles de l'utilisation par le biais d'incitatifs financiers aux dispensateurs pour qu'ils limitent les services avec des revues des plans de traitement par des gestionnaires de cas qui appliquent des critères préétablis et par l'utilisation des praticiens de soins primaires comme *gatekeepers*. Les choix traditionnellement faits dans la relation médecin patient sont maintenant faits à travers des arrangements institutionnels.

En conséquence, plusieurs praticiens tentent de traiter les patients à un point du continuum où la plus grande valeur ajoutée est présente. Un des changements le plus significatif est la capitation qui est un incitatif à garder les patients en santé. Même si la capitation ne compte que pour 7 % des revenus des hôpitaux et des groupes de médecins, on croit qu'elle va résulter en la création de réseaux de services intégrés dans lesquels des continums des soins primaires aux soins spécialisés seront offerts à prix fixes. Les assureurs s'attendent des praticiens de soins primaires qu'ils contrôlent l'accès aux soins spécialisés et aux services de santé et services sociaux.

Les services médicaux et non médicaux ont toujours fonctionné de façon séparée et fragmentée, ce qui soulève des préoccupations concernant l'accès, l'efficacité et la globalité des services. Dans le nouveau paradigme, on considère que les épisodes de soins sont de plus en plus prévisibles et on reconnaît que les maladies chroniques résultent de plusieurs facteurs individuels et sociaux :

- Génétique;
- Accessibilité au système de soins;
- Environnement;
- Psychologiques.

Dépister les patients à risque devient donc essentiel.

Le modèle des maladies chroniques reconnaît les multiples facteurs et que les relations avec le système de soins doivent être continues. Pour la réussite de ce modèle, l'hôpital doit devenir partie d'un réseau de soins primaires qui met l'accent sur les aspects larges des soins et de la gestion de la maladie chronique. Le plus grand défi est de gérer des maladies chroniques complexes et multiples qui requièrent des continums de soins et des services de nombreux professionnels dans plusieurs sites.

- ❖ Bernard DB & al. Health and disease management : what is it and where is it going ? What is the role of health and disease management in hypertension ? Am J Hypertens (1998) 11(8 Pt 2) : 103S-108S.
Disease management, coûts, qualité, implantation, incitatifs, outils de standardisation, évaluation

Le health et le disease management, qui sont des processus d'amélioration clinique qui intègrent les principes des meilleures pratiques de façon élargie sur tout le continuum, semblent être le style dominant de dispensation des services.

Le but de ces programmes est de réduire ou éliminer les variations dans les coûts et la qualité en développant des lignes directrices qui permettent d'atteindre des résultats mesurables pour certaines pathologies. Ces protocoles mettent aussi l'emphasis sur la santé et la prévention, la coordination des ressources sur le continuum et la définition de toutes les interventions pendant la maladie.

Les conditions les mieux adaptées à ces programmes sont les maladies de grands volumes et de coûts élevés, celles qui sont complexes à gérer, celles qui sont chroniques. Ces programmes sont développés par des équipes multidisciplinaires qui sont aussi en charge de devenir les champions pour l'adhésion de leurs pairs. Les programmes ont des activités d'éducation intensives pour les patients et leurs familles et pour modifier les comportements des médecins. Cela requière une bonne connaissance des facteurs de coûts et ce n'est pas une approche « **top down** ». Un avantage est que ces programmes permettent une adoption rapide des nouvelles technologies. Ils sont difficiles à implanter et il faut attendre plusieurs années avant d'avoir les résultats. Un défi est le manque de systèmes d'information. Pour le succès, il faut une idée claire des objectifs et des résultats, un système de soins intégrés et un processus d'amélioration continue. Pour y arriver, il faut un alignement des incitatifs. L'hypertension est une condition idéale.

- ❖ Best A & al. An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy; Am J Health Promot (2003) 18(2) : 168-76. **Arbitrage**

Il existerait une discordance entre les diverses théories, les modèles de promotion de la santé et les besoins des médecins. Les auteurs suggèrent de créer des liens entre la recherche et la pratique clinique. De nouvelles bases théoriques en promotion de la santé pour la recherche et la pratique reposeraient sur les quatre modèles qui sont :

1. L'écologie sociale;
2. « **the life course health development** »;
3. Le modèle de « **predisposition reinforcement** » et « **enabling constructs** » dans les domaines de l'éducation et le diagnostic environnemental, l'évaluation politique, la réglementation et l'organisation dans le développement éducationnel et environnemental;
4. Le modèle de partenariat communautaire.

Afin de rapprocher la recherche en promotion de la santé de la pratique clinique, plusieurs étapes devraient être franchies :

- Investir dans les réseaux;
- Maintenir un dialogue constant entre les différents partenaires en partageant les expériences communes;
- Maintenir un consensus dans le cadre du modèle d'intégration proposé.

- ❖ Bialk BS, Van Horn E. Development of a social work case management guideline and model; J Healthc Qual (1997) 19(5) : 37-42. **Outil de gestion de cas, de standardisation, modèle professionnel**

On décrit le processus que les responsables d'une équipe de travailleurs sociaux ont utilisé pour développer des lignes directrices de gestion de cas pour le travail social.

- ❖ Bidaut-Russel M & al. Determinants of patient satisfaction in chronic illness; Arthritis Rheum (2002) 47(5) : 494-500. **Satisfaction**

Le but est de déterminer si les soins primaires donnés par les généralistes par rapport aux subspécialistes donnent des résultats différents en termes de satisfaction chez les personnes avec des maladies chroniques. Les diabétiques et les patients atteints de rhumatisme articulaire sont très satisfaits de leurs soins indépendamment du dispensateur.

- ❖ Bindam J & al. Continuity of care and clinical outcome : a prospective cohort study; Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2000) 35(6) : 242-7. **Continuité**

La continuité des soins est un objectif central de la psychiatrie communautaire, mais il n'y a pas de consensus sur comment la mesurer. Des mesures simples de la continuité sont utiles pour évaluer les changements dans les processus de soins, mais elles ne sont pas directement reliées au résultat individuel.

- ❖ Bird DC & al. Rural models for integrating primary care and mental health services; Adm Policy Ment Health (1998) 25(3) : 287-308. **Modèle de soins intégrés, programme, accès, qualité, globalité, efficience, satisfaction, implantation**

On a identifié et décrit des modèles pour intégrer les soins primaires et les services de santé mentale en milieu rural. Il y a quatre modèles :

1. La diversification;
2. Les liens;
3. La référence;
4. L'amélioration.

De nombreux modèles d'intégration existent en milieu rural. Il y a des facteurs structurels à considérer comme la disponibilité de la main-d'œuvre incluant les spécialistes, les modes de remboursement, de certification, de transport, de communication. On note que de nombreux programmes intégrés forment des réseaux. Les praticiens de soins primaires peuvent jouer une série de rôles. Les facteurs structurels et les caractéristiques organisationnelles varient selon les sites et les modèles. On propose que l'accès soit mesuré en terme de disponibilité, de globalité et d'utilisation, que la qualité le soit en terme de résultats cliniques et de satisfaction et les coûts en terme d'efficience. Il y a une série de facteurs qui influencent l'intégration :

- La structure organisationnelle (complexité et partage de risque);
- La culture (valeurs partagées, support organisationnel, échange d'information);
- Les ressources humaines, matérielles et financières;
- L'environnement politique;
- La dispersion des services;
- Les caractéristiques organisationnelles (rôle des soins primaires, gouverne, les modes de prise de décisions, d'identification des buts, l'étendue des services, les modes de recrutement, de référence, de financement).

- ❖ Bixby MB & al. Applying the traditional care model to elderly patients with heart failure; J Cardiovasc Nurs (2000) 14(3) :

- ❖ 53-63. **Modèle de soins coordonnés, managed care, outils de gestion de cas, de standardisation, implantation, évaluation**

En utilisant un modèle de soins de transition pour réduire les réhospitalisations, les infirmières de pratique avancée, dans un essai clinique, donnent des plans de congé en soins aigus aux patients cardiaques et établissent le suivi à la maison. En évitant la réhospitalisation, on démontre le succès du modèle de transition.

L'étude révèle que les gestionnaires de cas ont surtout fait des interventions traditionnelles d'éducation des patients et d'évaluation physique. Ils ont aussi donné du temps pour la coordination, la collaboration multidisciplinaire et la défense du patient. Le managed care, la plupart du temps, ne favorise pas des résultats positifs pour les aînés malades alors que les bénéfices du modèle se manifestent chez les jeunes ou les aînés en santé. En raison de changement dans la composition de la main-d'œuvre et de la disponibilité d'infirmières pour donner de la formation aux patients lors des hospitalisations, les patients rapportent peu de discussions sur le plan de congé et peu de suivi. En raison de la réduction des durées de séjour ces problèmes vont s'amplifier et cela démontre la pertinence du modèle de transition et du suivi à domicile pour les patients avec des co-morbidités.

Toutefois, il faut laisser de la flexibilité pour prendre en compte les besoins individuels et obtenir les meilleurs résultats.

- ❖ Blackburn KM. Roles of advanced practice nurses in oncology; *Oncology (Hunting)* (1998) 12(4) : 591-6, 598; discussion 598, 601-3. ***Managed care, incitatifs, implantation, outils de gestion de cas***

Le managed care est un processus de gestion des soins de santé qui intègre le financement, les stratégies de contrôle des coûts et les principes d'affaires. Il a rapidement transformé la pratique dans les spécialités en redirigeant les fonctions classiques des infirmières vers les initiatives du marché qui évaluent la conception des systèmes de gestion de cas et l'implantation de modèles multidisciplinaires de soins centrés sur le patient. L'adaptation au managed care a permis d'identifier de nouvelles fonctions et de créer des opportunités pour les spécialistes de pratique avancée en nursing.

- ❖ Blaha C & al. Longitudinal nursing case management for elderly heart failure patients : notes from the field; *Nurs Case Manag* (2000) 5(1) : 32-36. ***Outil de gestion de cas, de standardisation, implantation, évaluation***

La gestion de cas longitudinale est une intervention donnée par les infirmières qui implique de suivre le patient de l'hôpital à l'ambulatorio. Les enjeux sont examinés et les implications pour raffiner le processus de gestion de cas sont discutées. Le modèle de gestion de cas utilisé est le « partenariat des soins » (PIC) qui utilise les forces de l'équipe multidisciplinaire. La gestion de cas longitudinale est une série d'interventions données par des infirmières de l'hôpital en dehors de l'hôpital. Le but est d'aider les patients et les familles au maintien d'un état de santé optimal, d'avoir accès aux ressources, de prévenir les crises et l'utilisation de services coûteux ou inappropriés. Les soins sont gérés par des interventions comme l'éducation, l'évaluation physique, les interventions nursing et une coordination et collaboration avec les autres professionnels. L'évaluation démontre que les lignes directrices sont suivies avec peu de variations.

Les infirmières ont été inconfortables dans la communauté et pour réduire ce problème on les a jumelées avec des infirmières ou des travailleurs sociaux de la communauté. Elles ont eu de la difficulté à gérer leurs temps. Il faut prendre en compte la sévérité des cas et il faut allouer la capacité d'ajuster le temps en fonction de l'évolution du cas. Les patients se sont sentis sécurisés et les gestionnaires de cas ont renforcé la continuité et les aspects clés de l'autosoins.

- ❖ Blouin AS, Tonges MC. Integration of emerging designs for the practice and management of nursing; *J Nurs Adm* (1996) 26(3) : 38-46. ***Gestion***

Deux des plus populaires innovations dans l'administration des soins contemporains sont la nouvelle conception du travail et le partage de la gouverne. Cet article résume les nouvelles conceptions de restructuration des soins et identifie les directions naissantes dans la conception et l'organisation du travail. On note six tendances aux États-Unis :

1. La réduction de la taille des organisations;
2. Les hiérarchies traditionnelles sont remplacées par des structures matricielles avec une gouvernance partagée et des équipes autogérées;
3. Les travailleurs ayant un savoir important sont les clés d'une adaptation fructueuse de l'organisation, ce qui met en lumière l'importance des professionnels;
4. La classique division verticale du travail est changée pour une division horizontale, des structures de responsabilité aplanies et la gestion partagée;
5. L'économie est passée de la production de biens à la gestion de services ce qui renforce l'importance du consommateur;
6. Le travail lui-même est redéfini tant de façon radicale que subtile de par la variété des modèles de dispensation des soins.

Les organisations performantes adoptent des modèles qui répondent efficacement aux buts organisationnels et aux motivations de travailleurs. La difficulté est de marier la flexibilité et la cohérence et de construire des liens entre les services et les organisations à travers le continuum.

- ❖ Blue AV & al. A collaborative clerkship with a focus on rural community health; J S C Med Assoc (2001) 97(9) : 383-4, 387-9. **Formation**

Deux facultés de médecine ont développé des programmes pour les milieux ruraux.

- ❖ Blumenfeld A, Tischio M. Centre of excellence for headache care : model at Kaiser Permanent; Headache (2003) 43(5) : 431-40. **Disease management, satisfaction, outils de communication, évaluation**

Un modèle de disease management utilisant une équipe multidisciplinaire améliore les soins individualisés. Le modèle améliore la communication dispensateur-patient à travers l'éducation. Il permet au patient de prendre le contrôle de ses soins en utilisant un système de décision partagée. La satisfaction et l'observance ont augmenté et l'utilisation des soins a diminué pour les patients avec des maux de tête.

- ❖ Bodenheimer T & al. Improving primary care for patients with chronic illness; JAMA (2002) 288(14) : 1775-9. **Modèle communautaire, de soins primaires, outils de qualité, de standardisation, de partage d'information, de gestion, incitatifs, implantation, évaluation**

Le modèle des soins chroniques est un guide pour une gestion de qualité des pathologies chroniques dans les soins primaires. Ces maladies comptent pour le ¾ des dépenses aux États-Unis et la majorité des patients n'ont pas des soins optimaux et on a proposé de revoir les soins primaires qui actuellement sont aux prises avec la tyrannie de l'urgent ce qui laisse moins de temps pour la gestion optimale des problèmes chroniques. Le modèle est une solution multidimensionnelle à un problème complexe. Les soins chroniques sont au centre de trois univers qui s'entremêlent :

1. La communauté avec une myriade de ressources et de nombreuses politiques privées et publiques;
2. Le système de soins;
3. Les organisations de dispensateurs qui doivent établir un lien avec les ressources communautaires.

Si les leaders ne priorisent pas les maladies chroniques, l'innovation ne prendra pas place. Le système de remboursement a un impact majeur, car si on ne rembourse pas l'amélioration de la qualité, le changement sera difficile à maintenir. Le modèle prédit une amélioration de six composantes interreliées :

- Le support à l'autogestion où le patient devient son principal soignant et où on doit lui procurer les outils d'autogestion et faire le suivi;
- Les systèmes d'information clinique qui ont un rôle de rappel pour l'observance aux lignes directrices, de rétroaction et de registre pour la planification des soins;
- La reconfiguration des systèmes de dispensation par la création d'équipes avec une division claire du travail où le médecin traite les problèmes aigus et les autres professionnels font l'éducation et le suivi et où on insère des visites planifiées;
- Le support à la décision avec les lignes directrices introduites par un champion et un support téléphonique des spécialistes;
- Les ressources des organisations et de la communauté.

Ce modèle a été implanté avec succès, mais certaines organisations ont eu de la difficulté à le maintenir.

- ❖ Bodenheimer T. & al. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeeper; JAMA (1999) 281(21) : 2045-9. **Arbitrage, coûts, accès, qualité, implantation, managed care**

Le rôle de **gatekeeper** en soins primaires est de réduire les références aux spécialistes et ainsi réduire les coûts. Ce n'est pas un mode de fonctionnement adéquat. Retourner aux modèles de prémanaged care avec un accès sans contrôle aux spécialistes n'est pas mieux. Il faut transformer le rôle de **gatekeeper** en un rôle de coordonnateur où le but est d'intégrer la première et la deuxième ligne dans le but d'améliorer la qualité. Pour cela, il faut changer les processus de travail, les modes de référence et de paiement.

- ❖ Boileau L. Approche populationnelle dans l'organisation des systèmes de santé. Présentation à l'Association des hôpitaux du Québec, mai (2004).
- ❖ Boman L & al. Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being; Eur J Cancer Care (1999) 8(2) : 87-96. **Continuité, évaluation**

On a évalué deux modèles de soins des patientes ayant un cancer du sein en regard de leur bien-être perçu. On a comparé les soins usuels à ceux d'une clinique chirurgicale ayant plus de personnel pour la continuité des soins et une durée de séjour hospitalier plus courte. Le modèle ayant plus de continuité a significativement eu des résultats positifs. L'évaluation précoce et la continuité pourraient augmenter la possibilité d'identifier les patients avec des besoins de support spécifique.

- ❖ Boswell DJ. Professional liability loss control in the vertically integrated healthcare system : managing from a helicopter; J Healthc Risk Manag (1997) 17(4) : 7-13. **Qualité**

Comme la prévalence des organisations intégrées augmente, les opportunités et les problèmes auxquels font face les gestionnaires de risque augmentent aussi. Il est important qu'ils reconnaissent non seulement le type de configuration organisationnelle dans laquelle ils travaillent, mais aussi les techniques de prévention pertinentes applicables à ce système.

- ❖ Bothner U, Horn SD. Clinical practice improvement-clinical practice quality improvement of local health care processes; Z Arztl Fortbild Qualitatssich (2001) (6) : 397-405 (abstract). **Outil de qualité, de gestion de cas, modèle de soins intégrés**

Plusieurs éléments dans le « **clinical practice improvement** » (CPI) sont attirants pour les cliniciens :

- C'est une approche scientifique « **bottom-up** » qui place l'imputabilité de l'amélioration des résultats sur les cliniciens locaux;
- Les cliniciens ne se font pas dire de suivre aveuglément des lignes directrices développées par les autres;
- Cela supporte leurs propres décisions sur les soins optimaux;
- Cela comprend une vision large de la gestion de cas qui inclue les caractéristiques des patients, les étapes des processus et les résultats.

Cette méthodologie prend en compte son déploiement et son implantation. Il y a une emphase continuelle sur les facteurs qui peuvent être implantés pour améliorer les processus et les résultats.

- ❖ Borthwick C, Galbally R. Nursing leadership and health sector reform; Nurs Inquiry (2001) 8(2) : 75-81. **Incitatifs, arbitrage, satisfaction, coûts, équité, gestion, évaluation, managed care**

Les données probantes ont changé notre vision des déterminants de la santé pour donner plus d'attention à des facteurs de risque comme l'iniquité de revenu, le manque de contrôle et de support social. La demande de soins et les demandes de bailleurs de fonds ont changé et les frontières du système de soins peuvent maintenant être débattues. Les réformes tendent à :

- Maintenir les investissements publics dans la traditionnelle santé publique;
- Développer des modèles de financement pour ceux qui sont exclus en raison de la pauvreté tout en gardant un mécanisme de contribution pour ceux qui sont capables de payer;
- Donner au gouvernement un mécanisme de prise en compte des enjeux qui nécessitent des actions au niveau de l'environnement physique, social ou culturel;
- Encourager le développement du capital social.

Nous allons vers un consensus sur le modèle administratif soit une décentralisation accrue, concernée par l'évaluation, soumise aux mécanismes de marché, favorable au secteur sans but lucratif et capable de répondre aux demandes d'amélioration de la qualité faites par la population. Il existe des difficultés pratiques à concilier le pluralisme économique et l'équité. Il y a des implications pour les infirmières :

- Une nouvelle emphase sur les données probantes et le balisage concurrentiel;
- La nécessité de placer l'accent sur la prévention et non sur la spécialisation;
- La nécessité de développer des capacités dans des éléments décentralisés qui remplacent l'expertise et l'expérience centralisée;
- Le besoin de changer la gestion des services pour assurer la transition du traditionnel accent sur la dispensation à l'accent sur les résultats;
- La place grandissante du managed care.

La nouvelle gestion demande d'établir une balance des budgets entre l'expertise clinique et les autres praticiens de première ligne. Cela signifie que le rôle de l'infirmière peut s'accroître ou que les infirmières vont être déplacées avec d'autres professionnels. Le système est moins dépendant des décisions médicales, mais plus orienté par les perspectives des administrateurs et du gouvernement. Les infirmières n'ont pas été conscientes des changements et n'y sont pas préparées. Il y a maintenant un combat à savoir quelle profession agira comme **gatekeeper**.

- ❖ Bower P & al. What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey ? A factor analytic study; Fam Pract (2002) 19(5) : 489-95. **Outils de gestion**

Les mesures de l'utilisation selon les autorapports des patients sont de plus en plus utilisées et sont valables.

- ❖ Boyages SC & al. Beyond evidence-based guidelines to implementation : a model for integrating care for people with diabetes; J Qual Clin Pract (1999) 19(2) : 85-7. **Disease management, modèle de soins intégrés, outils de standardisation**

On réalise de plus en plus que l'intégration des efforts est la meilleure façon d'obtenir des résultats optimaux. On fait aussi l'hypothèse que l'impact des maladies chroniques et de leurs complications pourrait être réduit avec des soins bien organisés basés sur des lignes directrices de bonnes pratiques consensuelles qui incorporent l'éducation des patients et la détection précoce des complications. On définit les caractéristiques d'un modèle intégré pour le diabète.

- ❖ Bramesfeld A. Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject : a comparison of six European countries; Int J Geriatr Psychiatry (2003) 18(5) : 392-401. **Accès, modèle communautaire, incitatifs**

Cette étude examine et compare la disponibilité des services pour des personnes âgées déprimées au Danemark, en France, Allemagne, Suède, Suisse et au R-U. Elle explore des facteurs qui pourraient contribuer à la fourniture des services adéquats. Seulement la Suisse et le R-U offrent des services communautaires à la grandeur du pays. Dans le traitement de la dépression chez les personnes âgées, l'expérience clinique n'est pas régulièrement acquise dans la formation professionnelle des soignants concernés. Les services aux personnes âgées déprimées semblent être plus élaborés et plus accessibles dans les pays où la gériopsychiatrie est reconnue à un plus haut degré par la société médicale et les politiques de santé.

- ❖ Brandis S. Casemix and rehabilitation : evaluation of an early discharge scheme; Aust Health Rev (2000) 23(3) : 154-61. **Incitatifs, gestion, satisfaction, continuité**

Il s'agit d'une étude de cas sur un schéma de congé précoce dans un système de financement basé sur le « **case-mix** ». Les limites du modèle du « **case-mix** » sont discutées lorsque les soins hospitaliers sont financés différemment des soins dans les autres milieux. On donne l'exemple d'un programme de réhabilitation qui a démontré une réduction de la durée de séjour tout en augmentant la satisfaction du patient, la continuité des soins et le support aux aidants. Le défi en Australie est d'assurer la viabilité de services qui s'étendent entre l'hôpital et les sites de soins non aigus, la communauté et le domicile.

- ❖ Brill JR & al. Training community-responsive physicians; Acad Med (2002) 77(7) : 747. **Formation**

Le fournisseur de soins primaires « **community-responsive** » a une perspective orientée vers la santé de la population et est orientée vers la prévention. Il est un collaborateur culturel compétent, un leader actif dans la communauté et un défenseur du patient. Un membre de la faculté a démontré le potentiel de cette stratégie d'éducation en développant un programme local.

- ❖ Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management : the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs : a literature review; Lippincotts Case Manag (2002) 7(6) : 243-51. **Outil de gestion de cas, satisfaction, continuité**

Un modèle de gestion de cas à l'urgence qui implique un travailleur social et une infirmière gestionnaire de cas peut prévenir les admissions inappropriées, améliorer le plan de congé, réduire les coûts et améliorer la satisfaction du patient. L'importance de cette dyade qui travaille avec l'équipe multidisciplinaire de l'urgence, le médecin de soins primaires, et les autres dispensateurs de la communauté a pour but de donner une approche holistique. L'amélioration de la satisfaction des patients et des intervenants démontre des résultats favorables des stratégies de gestion de cas qui plaident pour que les patients reçoivent des soins de qualité efficaces le long du continuum tout en réduisant le recours à l'urgence. L'urgence est le dispensateur principal d'un système fragmenté et coûteux. La non-communication avec les soins primaires interfère avec la continuité.

- ❖ Broughton BK, Lutner N. Chronic childhood illness : a nursing health-promotion model for rehabilitation in the community; Rehabil Nurs (1995) 20(6) : 318-22. **Modèle communautaire, outils de coordination**

On présente un modèle culturel pour la pratique communautaire qui peut être utilisé par les équipes interdisciplinaires qui s'occupent des enfants. Il est centré sur la réadaptation. On a ainsi formé une équipe spécialisée pour travailler dans la communauté et dépister les clientèles vulnérables. Le besoin de soins culturellement sensibles qui donnent du pouvoir au patient et à sa famille et qui mettent ensemble l'équipe et la communauté est souligné de même que le besoin d'un lien étroit avec la santé publique.

- ❖ Brown DS & al. Lessons in redesigning a quality program across the continuum; J Healhtc Qual (2003) 25(1) : 36-42. **Outil de qualité**

Le Kaiser a refait son programme de qualité pour mieux refléter comment les soins sont donnés le long du continuum. On décrit le modèle implanté.

- ❖ Brunt BA & al. Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care; J Nurs Care Qual (1999) 14(1) : 1-10. **Outil de partage d'information, modèle de soins intégrés**

L'emphase sur les soins intégrés et les besoins d'accès à de l'information sur tout le long du continuum a mené à une évaluation et une modification du système actuel de documentation. Les étapes de l'évaluation et de la modification, les leçons apprises, les résultats et implications pour l'amélioration de la qualité sont décrites.

- ❖ Buchan J. Planning for change : developing a policy framework for nursing labour markets; Int Nurs Rev (2000) 47(4) : 199-206. **Gestion, coûts, qualité, accès**

On a développé un cadre pour une politique intégrée visant à améliorer le recrutement des infirmières, leur utilisation et rétention en Europe. Les coûts du personnel retiennent beaucoup l'attention en santé et on a tendance à regarder le recrutement comme un problème qui nuit à la réduction des coûts. Il serait préférable de regarder le recrutement de façon plus générale comme un moyen d'améliorer la qualité, l'accès et ainsi contribuer à la réduction des coûts.

- ❖ Buckingham CD, Adam A. Classifying clinical decision making : interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis; J Adv Nurs. (2000) 32 : 990-8. **Outil de gestion**

On explique comment analyser les décisions des infirmières pour répertorier les comportements qui stimulent l'efficacité clinique et aident les infirmières à promouvoir leur expertise.

- ❖ Burchard JD, Clarke ET. The role of individualised care in a service delivery system for children and adolescents with severely maladjusted behaviour; J Ment Health Adm (1990) 17(1) : 48-60. **Modèle centré sur le patient**

Les soins individualisés ont fait l'objet de deux projets en Alaska. On discute du principe des soins individualisés et on décrit le processus d'évaluation écologique et multiniveaux. On met en lumière les barrières.

- ❖ Burda D. Seamless delivery; Mod Healthc (1992) 22(42) : 38, 40, 42. **Gestion**

Les experts disent que les systèmes intégrés sont une approche idéale.

- ❖ Burge F & al. Primary care continuity and location of death for those with cancer; J Palliat Med. (2003) 6(6) : 911-8. **Continuité, évaluation, modèle de soins intégrés**

La continuité dans les soins de première ligne est reconnue pour être associée à l'amélioration des processus, mais aussi des soins. On a analysé le lien entre la continuité des soins par les médecins de famille et le lieu de fin de vie des patients cancéreux. On a obtenu une différence selon les sexes avec un lien significatif pour les hommes et non pour les femmes. Cette étude démontre l'existence d'un rapport entre la continuité des soins offert par les médecins de famille et le choix du lieu de fin de vie. Cette continuité devrait être creusée lors du développement de modèles de services intégrés offerts en fin de vie.

- ❖ Burn T. Practising managed care in the academic medical centre; Physician Exec (1996) 22(3) : 20-5. **Managed care**

On illustre les contrastes entre la médecine académique et la dispensation populationnelle du managed care.

- ❖ Busen NH, Engleman SG. The CNS with practitioner preparation : an emerging role in advanced practice nursing; Clin Nurse Spec (1996) 10(3) : 145-50. **Outils de qualité, coûts**

Les pratiques avancées des infirmières combinent un modèle préventif d'intensité élevée, dans un cadre holistique d'amélioration de la qualité et de diminution des coûts de soins.

- ❖ Bushy A. Case management : considerations for coordinating quality services in rural communities; J Nurs Care Qual (1997) 12(1) : 26-35. **Outil de gestion de cas, incitatifs, implantation, managed care**

La gestion de cas est un phénomène grandissant qui emploie une variété de modèles et d'approches. Implanter la gestion de cas dans les milieux ruraux implique des éléments uniques. La gestion de cas implique la responsabilité de fournir un continuum de soins de qualité pour que le patient maintienne un niveau fonctionnel optimal hors institution. Plusieurs termes sont utilisés en lien avec la gestion de cas incluant coordination, intégration, plan de congé, managed care.

Ici, la gestion de cas réfère à un modèle de dispensation des services qui guide le patient à travers un système communautaire. Un système client est utilisé pour faire référence à sa famille. Le modèle communautaire utilisé ici contraste avec la notion administrative de la gestion de cas qui oriente le client à travers les services d'une organisation et agit comme *gatekeeper*.

En milieu rural, il peut être demandant et coûteux de faire de la gestion de cas. Les mécanismes de gestion de cas sont similaires, peu importe le lieu ou qui est gestionnaire. Idéalement, le plan de soin individualisé évite la duplication et ne se substitue pas aux soins institutionnalisés. Il doit permettre au patient d'apprendre comment gérer sa condition en utilisant un niveau approprié de services.

Cependant, les modèles varient grandement selon qui en est le commanditaire, les ressources disponibles dans la communauté, les compétences du gestionnaire et les besoins du système client. Les activités nécessaires sont :

1. Évaluer les besoins et les ressources requises;
2. Identifier les services essentiels;
3. Faire les interfaces incluant avec les services informels;
4. Définir les services pouvant être offerts dans la communauté;
5. Identifier les individus capables de travailler comme gestionnaire de cas;
6. Développer la structure qui facilite la coordination;
7. Développer des stratégies pour réduire les contraintes.

Il faut des buts de gestion congruents :

1. Améliorer l'accès à une vaste gamme de services appropriés;
2. Promouvoir la participation du système client;
3. Améliorer l'état de santé et le niveau fonctionnel;
4. Être efficient.

On ne s'entend pas sur le meilleur modèle de gestion de cas. Dans une région où les ressources sont limitées les facteurs suivants doivent être considérés :

1. Une approche de gestionnaire individuel ou d'une équipe pour la gestion de cas;
2. Associer ou non le gestionnaire à un niveau de service;
3. La grosseur du *caseload*;
4. Les compétences exigées.

- ❖ Byock IR. End-of-life care : a public health crisis and an opportunity for managed care; Am J Manage Care (2001) 7(12) : 1123-32. **Qualité, coûts**

La société américaine a failli à donner des soins humains aux mourants. Les coûts des services de santé et le fardeau de la réglementation sont des obstacles majeurs pour améliorer la qualité des soins.

- ❖ Cabana MD & al. Association between outpatient follow-up and paediatric emergency department asthma visits; J Asthma (2003) : 741-9. **Continuité**

Les lignes directrices recommandent un suivi après une visite à l'urgence, mais la plupart des patients asthmatiques ne l'ont pas. Ceux qui demandent en ambulatoire un suivi sont ceux qui ont un risque plus élevé d'avoir encore recours à l'urgence. Pour le praticien de première ligne, ces visites de suivi sont un signal d'un risque accru et devraient représenter une opportunité pour prévenir une nouvelle visite à l'urgence.

- ❖ Callahan ST & al. Transition from paediatric to adult-oriented health care a challenge for patients with chronic disease; Curr Opin Pediatr (2001) 13(4) : 310-6. **Continuité, modèle de soins coordonnés**

Les dispensateurs aux États-Unis commencent à reconnaître le besoin de processus coordonnés pour la transition des adolescents et jeunes adultes avec des maladies chroniques aux soins adultes. Il faut distinguer transition de transfert. On discute des barrières à la transition.

- ❖ Campbell & al. A simple tool for rapid access to a symptomatic breast clinic; Eur J Surg Oncol (2004) 30(3) : 248-51. **Arbitrage, accès, outil d'identification des risques**

Les systèmes de référence rapides pour les patients avec des pathologies bénignes peuvent entraîner des délais pour les cas plus graves. Les lignes directrices ont failli à apporter des bénéfices aux patients à faible risque. On a recueilli les données démographiques, les modes de référence, les symptômes et l'histoire médicale. On conclue que l'utilisation de schémas par les praticiens de première ligne peut entraîner une augmentation des références rapides pour les patientes avec le cancer du sein. Ces schémas peuvent être utilisés pour calculer la probabilité du risque avec un système informatique.

- ❖ Candib LM, Gelberg L. How will family physicians care for the patient in the context of family and community ? Fam Med (2001) 33(4) : 298-310. **Arbitrage, globalité**

Les patients sont « impuissants » dans leurs relations avec le médecin et le système de soins. Les médecins sont « impuissants » dans leur capacité de fournir des soins globaux centrés sur la relation avec le patient et sa famille en raison de contraintes économiques. De plus, certaines familles et communautés sont « impuissantes » en raison de vulnérabilités liées à la race, l'ethnie, la pauvreté, la présence de personnes sans-abri.

- ❖ Cartabellotta A & al. Evidence-based medicine : the emerging of a new model of clinical practice; Italian Group for Evidence-Based Medicine (GIMBE); Ann Ital Med Int (1996) 11(4) : 288-94 (abstract). **Gestion, managed care, évaluation**

L'introduction des « **diagnosis-related groups system** » pour financer les hôpitaux italiens a perturbé les politiques de santé et les médecins de cabinets privés se sont retrouvés responsables de ressources, manquant de compétences pour évaluer l'efficacité des interventions médicales.

- ❖ Cartwright-Alcares F & al. An interdisciplinary approach to the prevention of patient support resources across the oncology care continuum : description of a performance improvement project; J Nurs Care Qual (2003) 18(1) : 61-72. **Outil de gestion, accès, modèle de soins intégrés, évaluation**

On décrit les méthodes utilisées pour déterminer les besoins de ressources de support et identifier les processus permettant d'identifier et évaluer les ressources existantes et en développer de nouvelles. Le but du projet est de favoriser l'accès sur le continuum allant de la prévention au diagnostic, au traitement de fin de vie en ambulatoire, à l'hôpital et l'hospice.

- Les barrières pour informer le patient à temps des ressources disponibles sont :
- Le peu de temps passé avec l'équipe de soins;
- L'incapacité du patient ou de sa famille d'accepter du support;
- Le patient ignore que les ressources peuvent améliorer sa qualité de vie;
- Le manque de cohérence entre ce que les soignants et le patient perçoivent comme priorités dans le traitement du cancer;
- La façon dont l'information est donnée qui ne répond pas aux besoins du patient. Il faut une liste des services accessibles.

- ❖ Caseberr LL & al. Designing tailored Web-based instruction to improve practising physicians' preventive practices; J Med Internet Res (2003) 5(3) : e20. **Formation**

L'application de la théorie dans le développement et l'évaluation de la formation médicale continue sur le WEB offre une vue intéressante sur le potentiel d'influence du WEB, sur la performance des médecins et la qualité des soins.

- ❖ Cashman SB & al. Community-oriented primary care : a model for public health nursing; J Health Polit Policy Law (2001) 26(3) : 617-34. **Formation**

Les soins infirmiers en santé publique consistent en la promotion et la protection de la santé des populations en utilisant les connaissances en sciences infirmières, en sciences sociales et en santé publique. Les recommandations visent à s'assurer que les infirmières en santé publique sont formées pour répondre aux défis qu'apporte la santé publique.

- ❖ Cashman SB & al. Carrying out the Medicine/Public Health Initiative : the roles of preventive medicine and community-responsive care; Acad Med (1999) 74(5) : 473-83. **Modèle communautaire, outils de standardisation, incitatifs, implantation, évaluation**

On a développé six objectifs qui devraient être visés en médecine et en santé publique aux États-Unis :

1. Impliquer la communauté : cela implique de travailler avec les organisateurs communautaires pour définir la communauté, ses caractéristiques et établir avec eux des partenariats pour définir, évaluer et rencontrer les besoins. Ce partenariat risque d'être dévalorisé par les septiques et c'est une lourde tâche de contrer cela;
2. Changer le processus d'éducation;
3. Créer des efforts conjoints de recherche;
4. Développer une vision commune de la maladie et de la santé : cela implique plus de communication entre la santé publique et tous les corps médicaux et le développement d'une information sur la santé accompagnée de lignes directrices concernant son utilisation;

5. Travailler ensemble aux soins de santé;
6. Travailler conjointement à développer des mesures d'évaluation des soins de santé.

Les auteurs décrivent les six objectifs en profondeur et expliquent l'importance de combiner les rôles de la médecine préventive clinique et de la médecine préventive communautaire. Les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) représentent une codification des pratiques qui intègre la médecine préventive orientée vers la clinique et celle orientée vers la communauté. Malgré le fait que l'on juge important de former des spécialistes de la prévention, il demeure des barrières importantes pour former et rémunérer ces spécialistes.

- ❖ Cason DR & al. Schematic integration of traumatic events; Clin Psychol Rev (2002) 22(1) : 131-53. **Modèle de soins intégrés, outils de standardisation**

On illustre une analyse critique des schémas des événements traumatiques. Trois perspectives ont été identifiées :

- Les modèles centrés sur les processus;
- Les modèles centrés sur les contenus;
- Les modèles centrés sur les construits.

- ❖ Caspi O & al. On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine : societal mega-stereotypes vs the patient's perspective; Altern Ther Health Med (2003) 8(6) : 58-62. **Modèle centré sur le patient**

Beaucoup de flou entoure les définitions des médecines complémentaires, médecines alternatives et médecines intégratives. Le terme de « **Médecine Complémentaire et Alternative** » (MCA) sert à décrire une multitude de modalités thérapeutiques et diagnostiques considérées comme non conventionnelles. La « **Médecine Intégrative** » désigne à la fois les allopathies et les MCA. En réalité, la MCA est une appellation qui englobe plusieurs modalités thérapeutiques. Les auteurs proposent de nouvelles définitions distinctes et opérationnelles dans le but d'avoir une nouvelle approche ciblant l'individu plutôt que l'approche populationnelle traditionnelle. Ils concluent que les patients en tant qu'individus plutôt que la société doivent être le cadre de référence et la source de définition de ce que constitue la médecine intégrative et la MCA.

- ❖ Cassidy J. Network unites payers, physicians, hospitals. System participant work together to improve access to care and to design cost-saving incentives; Health Prog (1993) 74(4) : 18-21. **Implantation, qualité, coûts, outils de qualité, incitatifs, gestion**

Les médecins doivent participer à un groupe suffisamment grand pour accepter les risques de la capitation.

De plus, ces groupes doivent être capables de financer les revues d'utilisation, les systèmes d'assurance qualité et de revue par les pairs et le suivi des résultats cliniques.

On a mis sur pied un réseau pour intégrer les soins et améliorer l'accès en réduisant les coûts. On a élaboré des incitatifs de réduction de coûts et déterminé la gamme de services offerts à la communauté. On a un partage de risque à travers la capitation. Parce qu'on a mis ensemble les payeurs, les médecins et les hôpitaux, plusieurs fonctions de gestion ont été consolidées pour éviter les duplications et réduire les coûts administratifs.

Obtenir l'adhésion des médecins a été le plus difficile. Le CA s'est réuni à toutes les semaines pour faire des recommandations sur les enjeux qui affectaient les médecins. On a aussi ajouté des fonctions novatrices comme une gestion intégrée des coûts médicaux et un programme d'amélioration continue de la qualité (ACQ) qui réduit la bureaucratie et permet le balisage concurrentiel. Une clé du succès a été le système d'information orienté vers la clinique. Une portion des revenus est affectée à des initiatives pour augmenter l'accès.

- ❖ Cates N. Organisational and provider structural changes and resource utilisation of services for the elderly in Norway; Home Health Care Serv Q (1995) 15(3) : 31-46. **Gestion, qualité, continuité, coûts**

On présente des innovations récentes dans l'organisation structurelle et du travail professionnel pour promouvoir :

- La réduction de la fragmentation;
- Améliorer la qualité et la continuité;
- Améliorer le contrôle des coûts;
- Améliorer la prise de décisions en Norvège.

On anticipe que ce modèle de soins et service est un prototype des futurs modèles de soins pour les aînés. Les éléments clés sont la décentralisation de la décision concernant l'allocation des ressources au plus bas niveau possible. On renforce la coordination par des planifications conjointes et des équipes mixtes entre les établissements de longue durée et les soins à domicile.

- ❖ Chaix-Couturier C & al. Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues; Int J Qual Health Care (2000) 12(2) : 133-42. **Incitatifs, évaluation, accès, continuité, qualité, globalité, arbitrage**

Le but est d'identifier tous les incitatifs financiers et leurs effets sur les coûts, les processus et les résultats de soins. Les incitatifs concernent le financement du système et la rémunération des médecins. Les risques sont :

- L'accès limité à certains types de soins;
- Le manque de continuité;
- Les conflits d'intérêt entre le médecin et le patient.

Toutes les formes de fundholding ou de capitation réduisent les prescriptions et les séjours à l'hôpital. Les plafonds de rémunération des médecins augmentent les références aux collègues. Les incitatifs peuvent être utilisés pour réduire l'utilisation, augmenter l'observance aux lignes directrices ou atteindre un objectif général de santé. Il est efficace d'utiliser les incitatifs en combinaison selon l'objectif ciblé pour un programme de santé.

Les incitatifs peuvent être utilisés pour réduire l'utilisation, augmenter l'observance aux lignes directrices, changer les pratiques, améliorer la qualité ou atteindre un objectif de santé. Ils peuvent réduire la continuité et la globalité surtout pour les maladies chroniques, augmenter l'utilisation de l'urgence, réduire la confiance des patients, augmenter les conflits éthiques, créer de la confusion avec des lignes directrices contradictoires selon les professions. Ils ne fonctionnent pas pour la santé publique. Il est plus efficace d'utiliser des incitatifs en combinaison. Les résultats des incitatifs financiers sont peu généralisables d'un pays à l'autre. Les médecins réagissent différemment selon leur type de pratique et leur clientèle. On accepte des incitatifs si on a confiance, s'il y a un leadership et de bonnes données pour appuyer la mesure. Les incitatifs financiers ne peuvent être un outil de politique publique. En général, les incitatifs financiers dirigés vers les médecins créent un conflit d'intérêt entre leurs revenus et la qualité des soins. Cela implique que les incitatifs doivent être ajustés pour la qualité, la productivité et la sévérité des cas traités. Ces ajustements sont difficiles et il faut rendre public les incitatifs afin de conserver la confiance des patients envers les médecins et les payeurs. Il faut garder les incitatifs simples, transparents et directs, le changement d'un système à un autre crée des tensions et révèle les intérêts conflictuels entre les groupes.

- ❖ Chalifoux Z & al. Mental health services for rural elderly : innovative service strategies; Community Ment Health J (1996) 32(5) : 463-80. **Modèles de soins coordonnés, implantation, accès, collaboration, continuité**

On revoit les enjeux de la planification des services de santé mentale aux aînés des milieux ruraux. Plusieurs stratégies pour le développement et la dispensation de services de santé mentale gériatrique sont discutées :

- Augmenter le nombre et la qualité des dispensateurs;
- Développer et adapter des techniques diagnostiques;
- Offrir un milieu culturellement sensible à la santé mentale;
- Renforcer les liens formels et informels;
- Développer des modèles de dispensation des services innovateurs.

Des services de santé mentale efficaces en milieu rural demandent des approches novatrices, la coordination et la coopération. Définir la continuité en terme d'augmenter la disponibilité à une vaste gamme de services dans le temps est insuffisant et il faut introduire la notion de récursivité et de cycle.

- ❖ Chambers M, Cutcliffe JJ. The dynamics and processes of "ending" in clinical supervision; Br J Nurs (2001) 10(21) : 1403-8. **Outils de coordination**

Il y a de plus en plus de littérature qui traite de la supervision clinique. On examine les enjeux clés de la terminaison de la supervision clinique :

- Finir quand l'intervenant est réticent à laisser aller le patient;
- Les processus parallèles de terminaison;
- Les terminaisons correctes et celles qui sont une opportunité de croissance et de célébration.

Les facteurs de succès sont :

- La terminaison est négociée;
 - La terminaison est graduelle;
 - L'intervenant garde si cela est possible un degré de contrôle sur le moment de la terminaison et l'intervenant et le patient ont un sentiment que c'est terminé.
- ❖ Champagne F & al. Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, mai (2001), R01-06, 155 pages.
- ❖ Chan BT, Austin OC. Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada : a population-based, multi-level modelling approach; Med Care (2003) 41(4) : 500-11. **Outils de référence**

L'étude examine les références en spécialités. On suggère que le type de communauté et non l'offre de spécialistes prédit les variations dans les références. On identifie un accès préférentiel aux spécialistes pour les riches même dans un régime universel. Toutefois, cet effet est modeste ce qui suggère que le système offre un accès raisonnablement équitable.

- ❖ Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services ? Can Fam Physician (2002) 48 : 1654-60. **Évaluation**

Le but est de déterminer si les patients qui fréquentent souvent les urgences utilisent plus ou moins de services de soins primaires que les autres patients des urgences. Les utilisateurs fréquents des urgences ont des contacts périodiques avec les médecins de famille. La coordination des soins et la communication entre l'urgence et les soins primaires pourraient être plus faciles que prévu dans la mesure où ces utilisateurs, dans la plupart des cas, ont leurs soins du même médecin et de la même urgence.

- ❖ Chappell NL. Maintaining the integrity of home care; Healthc Pop (2000) 1(4) : 91-5. **Globalité**

Le modèle de MacAdam est louable, mais incomplet. Il propose la création de soins à domicile en support aux soins médicaux ce qui n'est qu'une partie de ce que peuvent faire les soins à domicile.

- ❖ Cherbonneau A & al. Measuring the quality of depression care in a large integrated health system; Med Care (2003) 41(5) : 669-80. **Accès, qualité**

C'est une étude de cohorte où une régression a permis d'identifier les caractéristiques des patients et des dispensateurs qui prédisent des soins de santé mentale adéquats. Les soins inappropriés sont reliés à la race et au traitement exclusif en soins primaires. La sous-utilisation existe malgré un accès considérable et des plans de médicaments avantageux.

- ❖ Cherin DA & al. The transprofessional model : blending intents in terminal care of AIDS; Home Health Care Serv Q (1998) 17(1) : 31-54. **Modèle d'équipe, de soins coordonnés, outil de gestion de cas, de standardisation, implantation, incitatifs, évaluation**

Les soins de fin de vie présentent une dichotomie arbitraire entre les traitements curatifs et palliatifs. On présente un modèle de soins fusionnés, le modèle transprofessionnel où le patient reçoit à la fois les soins curatifs et palliatifs. Ce modèle a une perspective biopsychosociale comparativement au traditionnel modèle de soins à domicile qui a une perspective de soins curatifs.

Le modèle de gestion de cas reste ancré dans le modèle médical et est plus un outil structurel qu'un moyen de changer les intentions des soins.

Le modèle de la trajectoire a un point de vue que la maladie doit être gérée et cela est fait par le gestionnaire de cas. Ce modèle est un modèle hospitalier qui est basé sur l'idée que la maladie a une progression qui suit le modèle médical. Le modèle mixte vise à offrir des soins curatifs et palliatifs et est le seul à mettre l'emphasis sur l'intention des soins. Les patients avec des gestionnaires de cas n'utilisent pas moins de ressources. Le modèle trans-professionnel est implanté dans les hospices plutôt qu'à l'hôpital et tente de combler les lacunes des modèles précédents. La dichotomie entre curatif et palliatif est aplanie et les frontières entre les soins actifs et de confort sont liées.

Le modèle a les composantes suivantes :

1. Une infirmière et un travailleur social agissent comme gestionnaires de cas;
2. Ils sont formés tant en curatif que palliatif;
3. L'équipe de gestion de cas demeure la même peu importe le lieu de service;
4. L'équipe est responsable de la coordination et de la prestation des services;
5. L'équipe fait des conférences de cas avec le médecin à toutes les semaines.

Pour implanter le modèle il faut de la formation, faciliter le transfert à l'hospice. L'évaluation a montré des différences où il y a plus de services sociaux et moins de nursing.

- ❖ Chisholm D, Stewart A. Economics and ethics in mental health care : traditions and trade-offs; J Ment Health Policy Econ (1998) 1(2) : 55-62. **Arbitrage, accès, équité, efficience, continuité, coûts, incitatifs**

Cette revue de littérature est pour comprendre les arbitrages complexes et les compromis à trois niveaux :

1. Le gouvernement qui est concerné par l'accès et la société qui est concernée par l'équité plutôt que l'efficience;
2. Les acheteurs et dispensateurs qui sont sensibilisés avec les réformes à l'évaluation et la priorisation, mais qui ont aussi des incitatifs à l'écroulement et aux transferts de coûts qui compromettent l'accès et la continuité;
3. Les patients et aidants qui peuvent faire du « **moral hasard** ».

Il est nécessaire d'aller vers un système plus ouvert, imputable et fondé sur les données probantes.

L'économie et l'éthique sont liées dans la prise de décisions sur le financement et la dispensation des services et il faut une bonne compréhension des arbitrages complexes et des compromis que doivent faire les cliniciens, les gestionnaires et les planificateurs.

Il y a quatre principes en économie de la santé :

1. La rareté des ressources;
2. Le coût d'opportunité;
3. L'efficience;
4. La maximisation du bien-être.

Il y a aussi quatre principes éthiques :

1. L'autonomie;
2. La bienfaisance;
3. Ne pas nuire;
4. La justice.

Dans toutes les sociétés, il faut balancer les principes individuels et collectifs. La rationnelle derrière les réformes en Australie, Nouvelle-Zélande, en Suède, au R.U. et aux États-Unis est que les forces du marché comme la compétition sont plus susceptibles de favoriser l'efficacité que la régulation bureaucratique. Pour accompagner ces réformes, on a vu apparaître le courant de la prise de décisions fondée sur les données probantes reflétant l'intention d'évaluer le mérite relatif des stratégies d'intervention pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles.

Par ailleurs, les gouvernements sont aussi préoccupés par une juste allocation basée sur les principes éthiques. Un enjeu important est lié à la confusion des définitions en l'absence d'une mesure commune de l'équité. Dans les régimes universels, les politiques ou stratégies jugées efficaces pour optimiser le gain de santé de la population doivent être modérées par les considérations d'équité. Les réformes axées sur le marché soulèvent des inquiétudes en regard de l'équité avec le risque d'écroulement. Un autre problème est le transfert de coûts.

Au niveau de la relation individuelle avec le patient, la question de maximiser les objectifs sociétaux ne se pose pas. Par contre, les ressources ou le temps qui sont consacrés à un patient ne sont pas disponibles pour un autre ce qui implique un arbitrage de la part des cliniciens.

- ❖ Christakis DA & al. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalisation in children; Paediatrics (2001) 107(3) : 524-9. **Continuité**

Les bénéfices de la continuité des soins pédiatriques demeurent controversés. Comparés aux enfants ayant le plus fort index de continuité en soins primaires, les enfants ayant un index moyen ou faible étaient plus susceptibles d'aller à l'urgence et d'être hospitalisés.

- ❖ Christianson JB, Grogan CM. Alternative models for the delivery of rural health services; J Rural Health (1990) 6(4) : 419-36. **Outils de gestion, modèle de soins primaires, managed care**

Un nombre d'alternatives au modèle unique du paiement à l'acte des médecins a été recherché dans une tentative d'éliminer certains problèmes spécifiques associés à la fourniture de soins primaires en milieux ruraux. Cet article revoit et critique la littérature publiée dans les années 80 pour quatre modèles alternatifs :

Groupes de pratique organisée, centres de santé communautaire, soins primaires communautaires et systèmes de managed care. Peu, sinon rien, n'est connu sur la durée de vie de ces modèles.

- ❖ Chunharas S. The system of care for the elderly in Thailand : capitalizing from an integrated community-based health system through reform; Aging Clin Exp Res (2002) 14(4) : 258-64. **Gestion, modèle communautaire**

En Thaïlande, un système qui met l'accent sur des services de santé communautaires étendus avec une approche multisectorielle en santé existe.

- ❖ Citro R & al. Modeling and evaluation of continuity of care in a staff model HMO; MD Comput (1998) 15(5) : 298-306. **Continuité, arbitrage, accès, qualité, satisfaction**

Le concept de continuité réfère à la dispensation de soins de manière coordonnée et ininterrompue en lien avec les besoins du patient. On croit que la capacité des dispensateurs de comprendre en profondeur les besoins des patients est directement proportionnelle à la durée totale des interactions entre le patient et le dispensateur. On propose une nouvelle façon de définir la continuité des soins le FCCI (**Fundamental Continuity of Care Index**) et des recommandations pour son utilisation.

Le débat sur la croissance des coûts a ramené l'attention sur les approches technologiques incluant Internet, les réseaux communautaires, le dossier patient informatisé, les principes de bases comme les soins primaires, le non-abandon, les références et le suivi des soins. La continuité est fondamentale à la relation patient intervenant. Elle construit des relations de confiance et permet à l'intervenant de gérer des symptômes complexes avec l'environnement global du patient. Elle est requise pour la gestion des maladies chroniques et pour les services de support. Elle est moins requise pour les conditions aiguës même si les événements sont mieux interprétés en ayant en tête la connaissance du patient. Elle peut être mise de côté dans les véritables urgences médicales ou selon la composition de la population où les jeunes adultes mobiles sont prêts à sacrifier la continuité pour obtenir un accès à leur convenance.

Les facteurs reliés aux médecins qui nuisent à la continuité sont : la limitation des rendez-vous et la pratique d'équipe où les patients sont partagés.

La plupart des gens, même s'ils ne sont pas enregistrés auprès d'un médecin de famille, considèrent le médecin comme la personne la plus appropriée pour servir de liaison entre les divers cliniciens. La continuité englobe l'idée d'une relation à long terme qui résulte en une plus grande connaissance, compréhension, moins de duplication, une plus grande qualité à moindres coûts. Le concept de non-abandon implique une obligation éthique de faire une adhésion à long terme avec le patient durant sa maladie. On a des données qui démontrent un lien entre la continuité et la satisfaction et l'observance. On propose de définir la continuité comme la durée totale de l'interaction patient intervenant en fonction de standards.

- ❖ Citro R & al. A fundamental metric for continuity of care : modelling and performance evaluation IEEE; Trans Inf Technol Biomed (1997) 1(3) : 189-204. **Continuité**

Le concept de continuité est fondamental à la dispensation de soins ininterrompus et coordonnés et en accord avec les besoins médicaux. On peut empiriquement estimer la durée optimale d'une visite médicale.

- ❖ Clancy CM, Eisenberg JM. Emergency medicine in population based systems of care; Ann Emerg Med (1997) 30(6) : 800-3. **Modèles de soins coordonnés, outils de partage d'information, de communication, évaluation**

Si la santé de la population est l'objectif du système de soins, les nouveaux systèmes intégrés offrent la promesse de soins sans rupture. Ils ont la capacité de lier les urgences aux soins primaires à travers des structures organisationnelles communes, des arrangements financiers et des systèmes d'information. Ces systèmes vont identifier un praticien de soins primaires pour chaque patient et vont exiger que ce clinicien soit accessible. Cette approche va décharger les urgences de leurs responsabilités les plus problématiques et frustrantes.

Actuellement il n'est pas usuel qu'un praticien des urgences soit intégré dans les équipes de soins primaires. La gestion d'une population de patients par une équipe dans un système intégré avec des systèmes informatiques avancés et des outils de communication va préserver et améliorer les relations traditionnelles formelles et informelles entre les urgentologues et les médecins de famille.

L'urgence est un baromètre unique des besoins non reconnus et non comblés de la communauté. La capacité des urgences d'identifier les problèmes ne doit pas laisser à penser que tous les problèmes peuvent être réglés par les urgences et il est plus approprié et important de s'assurer que des liens existent entre l'urgence et les autorités de santé publique. En raison du fait que le succès des urgences dépend des transitions avant et après la visite, un cadre conceptuel pour évaluer les épisodes de soins qui implique les multiples dispensateurs est essentiel.

- ❖ Closson TR, Catt M. Funding system incentives and restructuring of health care; Can J Public Health (1996) 87(2) : 86-9. **Gestion, continuité, modèle communautaire**

Les gouvernements financent la production de rapports pour mettre en lumière les principes sur lesquels les réformes devraient reposer. Ces principes sont l'orientation communautaire, la continuité et la promotion de la santé. Au Canada les actions basées sur ces principes demeurent limitées.

- ❖ CMS' social workers thrive under triad model; Hosp Case Manag (1999) 7(1) : 3-5. **Outil de gestion de cas**

Aux États-Unis, on a proposé un nouveau modèle intégré de gestion de cas qui stipule que la gestion de cas est un processus plutôt qu'un rôle. Dans ce modèle, on a transformé la revue d'utilisation des ressources hospitalières par département en une gestion des DRG par une équipe qui fait de la revue de dossiers concomitante. Ce modèle est basé sur une triade formée du gestionnaire de cas, d'un travailleur social et d'un professionnel de la gestion de l'utilisation.

- ❖ Cohen JR & al. The trials, tribulations, and relative success of the ongoing clinical merger of two large academic hospital systems; Acad Med. (2001) 76(7) : 675-83. **Gestion, programme, implantation, modèle de soins intégrés**

On analyse des facteurs spécifiques qui ont permis une relative réussite des fusions d'hôpitaux. Le modèle d'intégration qui a eu le plus de succès était celui composé d'un seul conseil d'administration. Ce qui a permis le succès de ces fusions c'est qu'elles ont été réalisées afin d'encourager l'intégration de programmes spécifiques.

De plus, une communication constante entre les responsables et le personnel, une flexibilité dans la construction du modèle et de la patience dans la progression des événements ont permis le succès de ces fusions tout autant que l'existence d'un comité de cadre supérieur dont l'autorité dans la prise de décisions était acceptée par tous.

Toutefois, le facteur le plus important dans la réalisation d'un niveau d'intégration raisonnable a été la capacité des leaders cliniciens de conduire le processus de changement.

- ❖ Cohen MA. Emerging trends in the finance and delivery of long-term care : public and private opportunities and challenges; Gerontologist (1998) 38(1) : 80-9. **Gestion**

Des tendances clés sont en train d'émerger pour le financement des soins de longue durée. La responsabilité du financement est en train de passer du gouvernement fédéral aux états, aux individus et à leurs familles. Les dispensateurs intègrent et gèrent les soins aigus et de longue durée et ajoutent de nouveaux services sur le continuum et les consommateurs pensent plus sérieusement à comment planifier et payer leurs futurs besoins de santé et comment naviguer de façon indépendante dans le système de soins de longue durée.

- ❖ Cole L, Houston S. Linking outcomes management and practice improvement. Structured care methodologies : evolution and use in patient care delivery; Outcomes Manag Nurs Pract (1999) 3(2) : 53-9. **Arbitrage, globalité, outils de standardisation, de gestion de cas, d'identification des risques, implantation, collaboration, modèle de soins intégrés**

Les méthodologies de soins structurés sont des outils qui donnent une approche globale aux soins. Dans certaines situations, de nombreux outils sont requis pour obtenir les meilleurs résultats pour les patients. Ces outils supportent des opérations flexibles et une utilisation appropriée des ressources, l'établissement d'une gestion de cas pour les patients sur le continuum, facilitent la collaboration entre les disciplines, reflètent les résultats pour les patients et donnent des données de résultats. Les données de la méthodologie structurée permettent le balisage concurrentiel, la comparaison avant et après l'implantation, le développement de plans d'action, l'identification des patients à risque et le développement de protocoles de recherche. Cette méthode pose des défis, elle peut être gratifiante ou frustrante, mais elle peut avoir un impact majeur dans la standardisation des soins. Le défi est d'établir une balance entre les besoins individuels des patients et l'utilisation de la méthode. Les changements arrivent lentement et il faut persister.

- ❖ Coleman JR. Integrated case management : the 21st century challenges for HMO case managers : Part I; Case Manager (1999) 10(5) : 28-34. **Arbitrage, coûts, disease management, outils de gestion, évaluation**

Les stratégies de gestion des soins et des coûts des HMO sont décrites. On discute le concept d'un modèle de gestion clinique intégrée pour gérer tous les besoins. Ce modèle repose sur trois approches de gestion communément utilisées dans les HMO matures :

- La gestion de la demande;
- La gestion clinique;
- Le disease management.

On décrit aussi les nouveaux défis auxquels font face les HMO, les médecins, les infirmières gestionnaires de cas et comment ils s'organisent avec le difficile processus de conciliation de la gestion de la demande avec les approches de gestion clinique pour répondre aux besoins médicaux, sociaux et environnementaux de leurs patients.

- ❖ Collaborative care models for the treatment of depression. Base on a presentation by Wayne Katon MD; Am J Manag Care (1999) 5(13 Suppl) : S794-800. **Collaboration**

La qualité du traitement de la dépression est limitée par une éducation inadéquate des patients, un manque d'observance aux traitements, un pauvre suivi et l'absence de collaboration entre les systèmes médicaux et de santé mentale. Les modèles intégrés peuvent aider à améliorer l'observance, la satisfaction des patients et les résultats.

- ❖ Collins PE & al. CONTINUUM : measuring and managing the patient care process; Healthc Manage forum (1994) 7(3) : 27-40. **Outil d'évaluation**

Le projet continuum a été initié dans un hôpital pour gérer la pertinence, l'acceptabilité et la dispensation à temps sur une base journalière. C'est une approche qualité basée sur les données probantes. Un outil d'évaluation concomitant du plan de soins a été appliqué.

- ❖ Conrad DA & al. Community care networks : linking vision to outcomes for community health improvement; Med Care Res Rev (2003) 60(4 suppl) : 95-129. **Modèle communautaire, programme, accès, coûts, outils de référence, de qualité, implantation, évaluation**

On examine la relation entre les processus du réseau de soins communautaires et des résultats intermédiaires. La vision de ces réseaux repose sur l'imputabilité de la communauté, l'attention sur la santé de la communauté, des continuums de services globaux et la gestion de ressources limitées. On a évalué l'accès, les coûts, la santé et la qualité de l'intégration des services. Passer à cette vision a de l'impact sur les quatre dimensions, mais surtout sur l'accès et la qualité de l'intégration. Les résultats clés sont :

- Une intervention clairement orientée;
- Une mesure explicite et continue des résultats;
- Une forte intégration des composantes séparées des interventions.

Les leçons apprises sont :

1. Les approches fondées sur la théorie de l'action amènent des changements dans l'activisme communautaire et dans les normes sociales, mais moins sur les comportements de santé;
2. Des interventions ciblées sur une population clairement définie et gérée par un nombre limité d'organisations sont plus susceptibles de produire un effet mesurable sur la santé;
3. Plus les interventions sont larges et destinées à des populations variées, plus la réalisation d'effets sur la santé dépend de l'intégration des composantes de différents programmes.

Un guichet unique de services intégrés est le facteur qui contribue le plus à l'amélioration de l'accès. Plusieurs outils ont amélioré la qualité des services :

- Le triage et des formulaires de référence;
- Des réseaux explicites qui offrent un continuum;
- Des systèmes d'information;
- Des rapports sur le bien-être de la population.

Ces modèles ont peu accompli pour le contrôle des coûts. Les résultats sur la santé sont intermédiaires.

Les facteurs internes qui sont des barrières à l'implantation sont : le manque de ressources et la compétition entre le personnel.

Les facteurs clés sont :

- La confiance;
- Un leadership compétent;
- Des partenaires motivés;
- Une gouvernance partagée.

Les barrières résultant de facteurs externes sont :

- L'inertie ou la résistance au changement des communautés;
- L'absence de fonds;
- Les barrières réglementaires;
- La distribution du revenu qui affecte les résultats.

Ceux qui ont eu le plus de succès suivaient les principes de l'amélioration continue de la qualité (ACQ).

- ❖ Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems : promise and performance; Front Health Serv Manage (1996) 13(1) : 3-40. **Gestion, incitatifs, outils de partage d'information**

Les données probantes actuelles ne rendent pas un verdict clair à savoir si une performance supérieure est obtenue par l'intégration virtuelle des alliances stratégiques ou par l'intégration verticale des fusions. Le plein potentiel de ces systèmes ne se réalisera que s'ils acceptent explicitement d'être imputables de rencontrer les besoins de leur communauté. Les barrières les plus importantes sont liées au manque d'incitatifs et au développement insuffisant des systèmes d'information.

- ❖ Conrad DA. Coordinating patient care services in regional health systems : the challenge of clinical integration; Hosp Health Serv Adm (1993) 38(4) : 491-508. **Modèle de soins intégrés, de collaboration, incitatifs, implantation, outils de standardisation, de gestion de cas, de partage d'information**

Les systèmes régionaux qui ont réalisé une intégration verticale doivent ultimement en arriver à une intégration clinique. Un système véritablement intégré verticalement demande la capacité de planifier, dispenser, suivre et ajuster les soins dans le temps pour un patient.

De plus, il faut agréger la coordination des besoins individuels pour ajuster les structures et les stratégies pour offrir les services répondant aux besoins de la population dans le temps. Un des avantages des structures régionales, c'est qu'elles ont une perspective d'échelle et géographique qui permet de supporter l'intégration clinique qui implique la coordination des services sur le continuum.

La progression de l'intégration est :

- Coordonner un épisode de court terme;
- Faire les liens avec les services spécialisés;
- Coordonner les soins spécialisés pour certains patients;
- Faire le lien avec les soins chroniques;
- Faire le lien avec la réadaptation;
- Coordonner sur tout le continuum;
- Coordonner sur toute la vie du patient.

Les facteurs qui influencent l'intégration clinique sont :

- Les paiements prospectifs avec partage de risque qui accélèrent l'intégration;
- Le remboursement des services spécialisés par les soins primaires qui encourage les spécialistes à partager le risque (dans la mesure où il n'y a pas de pénurie);

- La réduction des coûts des technologies d'information qui permet l'intégration de l'information entre les sites;
- Le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques;
- Les innovations de gestion (matrice, lignes de produits, comités d'acquisition des technologies) qui facilitent indirectement en établissant une infrastructure plus supportante.

Il est nécessaire d'établir un climat de confiance entre les médecins généralistes et spécialistes. Il faut systématiser l'acquisition et l'évaluation des technologies et revoir l'attribution des privilèges hospitaliers. L'intégration est possible sans fusion et il existe des mécanismes régionaux clés :

1. La capacité de fournir de l'information sur les patients;
2. La capacité de faire des protocoles fondés sur les règles de l'art et qui tiennent compte des préférences des patients où la structure régionale peut développer, implanter, tester et évaluer les protocoles. Elle peut aussi donner un feed-back individualisé aux praticiens, identifier les conditions les plus courantes et les variations de pratique;
3. Coordonner l'évaluation, l'acquisition et la diffusion des technologies;
4. Déterminer les mécanismes de gestion de cas qui en soi ne sont pas mutuellement exclusifs (infirmière, équipe, omnipraticien, autres systèmes d'aide comme les ligne téléphonique);
5. Construire une culture commune autour de la coordination des activités d'amélioration de la qualité qui sont des outils puissants de l'intégration;
6. Organiser les activités de formation continue;
7. Gérer les incitatifs financiers où plus le paiement est global, plus il y a un incitatif pour les cliniciens à créer des relations.

Les modèles de coopération doivent être vus comme une phase de transition vers un système plus intégré. Le rôle du gestionnaire y est crucial pour aligner les incitatifs, les normes et pratiques des différentes parties.

- ❖ Continuum care is built on provider relationship; Hosp Case Manag (1997) 5(7) : 116-7. **Outils de gestion de cas, de partage d'information, continuité, incitatifs**

Un des pires obstacles des soins continus et sans rupture est la difficulté de créer un feed-back entre les soins à domicile et les gestionnaires de cas hospitaliers. Ceci est compliqué par le nombre important d'agences avec lesquelles l'hôpital fait affaires et par un manque d'incitatifs. Un hôpital tente de contourner ce problème en communiquant directement avec la famille du patient.

- ❖ Cooley WC & al. The Medical Home Index : development and validation of new practice-level measure of implementation of the Medical Home model; Ambul Pediatr (2003) 3(4) : 173-80. **Qualité**

Le « **Medical home** » est un concept clinique pratique qui définit de nouveaux standards en soins primaires.

- ❖ Cotroneo M, & al. Advanced practice psychiatric-mental health nursing in a community-based nurse-managed primary care program; J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. (1997) 35(11):18-25. **Modèle professionnel, communautaire, managed care, incitatifs**

Des opportunités de pratique avancée pour les infirmières en soins psychiatriques et en santé mentale peuvent se trouver dans des modèles « **community oriented primary care** » (COPC) qui utilisent les modèles de managed care. Des spécialistes en pratique avancée sont une composante nécessaire à tous les soins primaires de santé. Cet article décrit le développement d'une pratique de soins primaires communautaires qui intègre des soins physiques et mentaux au même endroit.

- ❖ Crabtree BF & al. Understanding practice from the ground up; J Fam Pract. (2001) 50(10) : 881-7. **Evaluation**

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les pratiques de médecine familiale par une observation intensive de ces pratiques et de l'environnement des milieux de soins.

- ❖ Cross LA. Value-based leadership. A prescription for reforming the American health care system; Med Group Manage (1997) 44(3) : 14-8. **Gestion, satisfaction, efficience, accès, qualité**

La plupart des réformes depuis 30 ans se sont attaquées aux symptômes au lieu des causes des problèmes. Le problème sous-jacent est un manque de vision. Il n'y a pas de vision globale et uniforme. La vision devrait reposer sur des valeurs qui représentent des défis pour les médecins :

- La satisfaction des patients;
- L'habilitation des patients;
- L'efficience et l'utilisation appropriée des ressources;
- L'accès et l'amélioration continue de la qualité (ACQ).

- ❖ Cutler DL & al. Mental health in the Oregon Health Plan : fragmentation or integration ? Adm Policy Ment Health (1998) 25(4) : 361-86. **Implantation, gestion**

En santé mentale en Oregon, l'intégration des services comportementaux avec les plans de santé privés a posé des défis. Il est nécessaire d'avoir un leadership fort et des politiques claires en ce qui concerne la part relative du public, du privé sans but lucratif et du privé avec but lucratif, si on veut que l'État atteigne ses objectifs d'intégration sans fragmenter le système de soins des personnes ayant des maladies mentales sévères. Dans un système de prépaiement il y a trois options :

1. Intégrer les services de santé mentale et de dépendance avec la santé physique;
2. Exclure du prépaiement les services de santé mentale et de dépendance qui sont remboursés par une autre source de fonds;
3. Les services sont offerts à partir de contrats à partir du prépaiement.

La transition du paiement à l'acte à la capitation a posé des défis, mais s'est bien passée dans l'ensemble. Les bénéfices de la capitation furent la réduction de la bureaucratie et plus de flexibilité pour les cliniciens. Il y a eu des problèmes dans le modèle d'intégration complète dans un marché compétitif et peu régulé. Ces problèmes sont dus à la fusion simultanée de services de santé physique et de santé mentale et aussi de dispensateurs privés et publics. Ce fut trop de changements en même temps. La compétition a nuit aux patients vulnérables.

- ❖ Dale J & al. Creating a shared vision of out of hours care : using rapid appraisal methods to create an interagency, community oriented approach to service development; BMJ (1996) 312(7040) : 1206-10. **Collaboration, outils de communication, accès, évaluation**

Une insatisfaction très répandue avec les dispositions actuelles a été identifiée, avec des problèmes spécifiques reliés à l'accessibilité, la disponibilité, les demandes de service, et la communication entre agences au R.U.

Plusieurs secteurs de développement ont été identifiés, incluant une coopérative fonctionnant en dehors des heures régulières, des centres d'urgence multi-agences en soins primaires, un triage de conseils téléphoniques. Une évaluation rapide a fourni une méthode utile, permettant l'établissement de partenariat entre les agences locales et les utilisateurs en relation avec le développement du service.

- ❖ Danielson E. An integrated co-operation model for long-term mentally ill in the community; J Psychosoc Nurs Ment Health Serv (1995) 33(8) : 29-35. **Modèle communautaire, de soins primaires, implantation, évaluation**

On décrit le modèle suédois de support communautaire pour les patients avec des maladies mentales chroniques. Le modèle lie l'hôpital, les soins primaires et les services sociaux. Il s'agit d'un modèle de coopération où on a donné plus de ressources aux soins primaires et aux services sociaux pour qu'ils emploient des infirmières spécialisées en psychiatrie pour aider les patients à développer leurs ressources et devenir responsables. Le leadership du plan de suivi a été confié à l'infirmière communautaire et aux services à domicile. L'évaluation démontre que du personnel peu formé peut aider beaucoup s'il est supporté. Le personnel est important pour les résultats. Le personnel demande une supervision par une infirmière qui a une connaissance de la société et des soins psychiatriques.

- ❖ Darling RC & al. The multidisciplinary approach to prevention and treatment of cardiovascular disease : creation of a vascular care network; Semin Vasc Sur (2001) 14(1) : 64-71. **Disease management**

Les soins vasculaires sont complexes et nécessitent de nombreux spécialistes. Même si chaque spécialiste prodigue ses soins selon les règles de l'art avec de bons résultats, il serait avantageux d'éviter la duplication. Ceci a motivé un groupe pour créer un centre vasculaire.

- ❖ Davison H & al. Community-oriented medical education in Glasgow : developing community diagnosis exercise; Med Educ (1999) 33(1) : 55-62. **Formation**

On décrit des réformes récentes au curriculum.

- ❖ Dawson SG & al. Integrated sexual healthcare : the development and review of one model of service delivery; Int J STD AIDS (2000) 11(7) : 428-34. **Modèle centré sur le patient**

On décrit un service de sexologie constitué par la fusion des services cliniques de planning familial au service de promotion de la santé sexuelle. La philosophie de ce service est d'offrir des soins complets en une seule visite au même endroit et par la même équipe médicale. Lorsque les soins sont centrés sur le patient à qui on offre tous les services, les résultats sont plus efficaces contrairement au modèle classique où c'est au patient lui-même à se prendre en charge.

- ❖ Del Liano J & al. Qualitative analysis of organisational innovations in Spanish public hospitals; Gac Saint (2002) 26(5) : 408-16. (abstract) **Gestion, continuité, incitatifs, implantation**

En Espagne, les nouvelles tendances de gestion ont ajouté de la valeur dans les domaines suivants :

- Les économies liées aux contrats;
- La délégation;
- La décentralisation administrative;
- Les incitatifs;
- La gestion des risques;
- La gestion des processus;
- La continuité;
- La compétitivité;
- Le leadership;
- L'informatisation;
- L'attention sur le client.

Les médecins sont de plus en plus intéressés dans les changements, mais les administrateurs sont ambivalents. Il y a de la résistance au changement. Il n'y a pas un seul modèle et le design dépend de facteurs internes (cohésion et leadership) et de facteurs externes (environnement, taille, technologie). L'introduction d'innovations implique le besoin d'un changement dans le style et les caractéristiques de la structure de gestion (composition, fonction et responsabilités).

- ❖ DeMaeseneer JM & al. Provider continuity in family medicine : does it make a difference for total health care costs ? Ann Fam Med (2003) 1(3) : 144-8. **Continuité, évaluation, coûts**

Les comparaisons internationales ont montré une relation au niveau macro entre un système de soins primaires bien structuré et des coûts totaux plus bas pour le système de santé. On a voulu tester si la continuité avec un médecin de famille est liée à de moindres coûts pour le système. Les patients qui visitent le même médecin de famille ont des coûts moindres et la variable continuité est la plus importante pour expliquer cela. Ceci apporte des données probantes dans le débat sur les soins primaires.

- ❖ Denis JL. Gouverner le changement et changer la gouvernance : la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux. Présentation dans le cadre du colloque Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, Montérégie, juin (2004).
- ❖ DePompei R & al. Traumatic Brain Injury Collaborative Planning Group : a protocol for community intervention; J Head Trauma Rehabil (2001) 16(3) : 217-37. **Collaboration, outils de gestion de cas, implantation**

Un groupe de planification et de collaboration pour les traumatisés crâniens a été formé et s'est donné trois tâches principales :

1. Une planification des cas inter agences;
2. Offrir de la formation et du réseautage à ceux qui traitent cette population;
3. Développer des mécanismes créatifs de financement.

Ce modèle est généralisable. Pour les cas de trauma, on a besoin de gestionnaires de cas, mais il est difficile de donner ce service en raison des contraintes budgétaires et de la confusion à savoir si c'est une profession ou une partie de la tâche des professionnels. Les cliniciens doivent devenir familiers avec les ressources communautaires qui sont des services importants pour ceux qui ont des conditions chroniques. Puisque les durées de séjour diminuent, il faut investir des ressources et de l'énergie pour établir des partenariats avec la communauté. Un groupe a établi trois champs critiques :

1. Le manque d'information et de référence après les congés;
2. Le manque de personnel formé à reconnaître les besoins ce qui nie l'accès à des services appropriés;
3. Le peu de financement pour faciliter le maintien et le travail dans la communauté.

On a fait l'hypothèse qu'un groupe ayant des représentants de diverses organisations et qui se rencontrent régulièrement peuvent changer cela. Les organisations ont été surprises de réaliser qu'elles partageaient sans le savoir plus de la moitié des cas. On a organisé des formations communes et fait une liste des ressources et cherché du financement de façon créative. Ce groupe a permis d'améliorer la coordination et a permis de susciter l'adhésion. Le résultat le plus important a été le développement de mécanismes pour travailler collectivement. On a aussi développé un réseau de communication. Les défis sont que tous les systèmes ne sont pas intéressés à apprendre ou à modifier leurs règles, que les patients ne se conforment pas aux suivis. Les facteurs de changement sont la collaboration et l'augmentation de la communication sur une base régulière.

- ❖ DeSalvo KB & al. Predictors of variation in office visit interval assignment; Int J Qual Health Care (2003) 15(5) : 399-405. **Outils de référence, accès, implantation**

En dépit de l'importance des rendez-vous de suivi comme composante de l'accès aux soins, les médecins ne reçoivent pas de formation formelle sur cet aspect et on observe des variations importantes de pratique. Les caractéristiques intrinsèques des médecins et leur interprétation subjective de la stabilité de l'état de leur patient sont les déterminants les plus importants de l'octroi de rendez-vous de suivi. Réduire les variations représente un défi en raison du peu de recherche disponible sur l'intervalle optimal de suivi pour des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension.

- ❖ DeSimone L. Guaranteeing treatment access; GMHC Treat Issues (1999) 13(4) : 10-1. **Accès**

On décrit les barrières financières d'accès au traitement du SIDA aux États-Unis.

- ❖ Dodd M & al. Advancing the science of symptom management; J Adv Nurs (2001) 33 (5) : 668-76. **Évaluation**

Les dispensateurs de soins ont de la difficulté à développer des stratégies de gestion des symptômes qui peuvent être appliqués pour les soins aigus et à domiciles et cela parce que peu de modèles ont été testés empiriquement.

Dolen L. Models of case management in long term home health care. The evolution of for-profit geriatric care management; J Long Term Home Health Care (1995) 14(2) : 17-24. **Arbitrage, satisfaction, coûts, qualité, globalité, outil de gestion de cas, incitatifs**

On reconnaît la profession de gestionnaire de cas comme une nouvelle profession. La gestion de cas en gériatrie a le potentiel d'offrir une carrière émotionnellement satisfaisante et lucrative pour les infirmières ou les travailleurs sociaux, mais cette profession demande une reconnaissance de l'état où la réglementation n'autorise pas explicitement la participation des gestionnaires de cas à la planification des soins et il n'autorise pas leur remboursement à titre de professionnels indépendants.

Un réseau doit être développé et le défi de ces gestionnaires est de garder l'attention sur les besoins des patients et de leur famille au lieu de se percevoir comme des *gatekeepers* dont la fonction est de réduire le coût des services au lieu d'optimiser leur qualité et variété.

- ❖ Donlevy JA, Pietruch BL. The connection delivery model : reengineering nursing to provide care across the continuum; Nurs Adm Q (1996) 20(3) : 73-8. **Satisfaction, collaboration, évaluation**

Le modèle « **Connection Delivery** » est une approche positive de réorganisation des soins infirmiers qui procure la continuité sur le continuum. On a demandé aux infirmières d'avoir une pratique mixte soit en milieu hospitalier et ambulatoire. Le modèle est orienté sur le consommateur et met l'emphase sur l'éducation et la prévention. Il vise la collaboration au sein des équipes. En maintenant l'adhésion volontaire au programme, cela a permis le succès. En gardant la flexibilité cela a évité l'exclusion de certaines infirmières qui ne voulaient pas travailler dans les deux milieux.

- ❖ Donlevy JA, Pietruch BL. The connection delivery model : care across the continuum; Nurs Manage (1996) 27(5) : 24-36. **Satisfaction**

Un nouveau type de formation pour les infirmières dans le suivi des patients cardiaques a résulté dans une réduction des réadmissions. Un bénéfice additionnel a été une augmentation de la satisfaction au travail.

- ❖ Druss BG & al. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness : a randomised trial; Arch Gen Psychiatry (2001) 58(9) : 861-8. **Modèle de soins intégré, de soins primaires, accès, outils de gestion de cas, de partage d'information, de communication, évaluation**

Des soins primaires intégrés sont associés avec une amélioration de la qualité et des résultats des soins médicaux. Une large littérature a démontré un lien entre la disponibilité de soins primaires et l'amélioration de la qualité et des résultats des soins. Les soins primaires sont particulièrement importants pour les clientèles vulnérables. L'étude a démontré que l'intégration des soins primaires sur un site est faisable pour la clientèle de santé mentale et permet un meilleur accès aux soins primaires et aux services préventifs et une plus grande amélioration de l'état de santé sans impact sur les coûts. Ces résultats ont été obtenus en ajoutant des ressources aux cliniques pour améliorer l'accès et l'observance avec un gestionnaire de cas, des visites en dehors des rendez-vous prédéterminés et de la flexibilité dans l'attribution des rendez-vous.

De plus, on a réorganisé la clinique pour une plus grande intégration des soins médicaux et psychiatriques. Cela implique un plus grand transfert d'information avec un dossier commun et de meilleurs canaux de communication, incluant des rencontres conjointes, un e-mail, des contacts personnels qui ont facilité le développement de buts communs et le partage d'information.

- ❖ Dunn J & al. Promoting quality mental health care delivery with critical path care plans; J Psychosoc Nurs Ment Health Serv (1994) 32(7) : 25-9. **Outils de standardisation, arbitrage qualité, évaluation**

Les dispensateurs de soins de santé mentale sont soumis à une pression croissante pour donner des soins individualisés objectivables qui produisent des résultats pouvant être mesurés en regard de standards cliniques. Les cliniciens peuvent maintenant suivre la réponse des patients à travers un continuum de services dans de nombreux sites en utilisant des cheminement critiques comme plan de soins. La dispensation des services est documentée en superposant la dispensation réelle à celle des cheminement critiques.

- ❖ Dveirin GF, Adams KL. Empowering health care improvement : an operational model; Jt Comm J Qual Improv (1993) 19(7) : 222-32. **Gestion**

Passer de l'observance aux règles à l'amélioration continue demande un pont qu'est l'empowerment. Les leaders sont responsables de créer cet environnement. Des modèles existent pour aider les leaders.

- ❖ Eaton N. Children's community nursing services : models of care delivery. A review of the United Kingdom literature; J Adv Nurs (2000) 32(1) : 49-56. **Modèle de soins coordonnés, incitatifs, implantation, évaluation, accès**

Dans la littérature, il y a de nombreux modèles de soins infirmiers communautaires pour les enfants. On décrit six modèles et discute des composantes considérées importantes lors de l'implantation et l'évaluation de ces modèles.

Ces composantes sont :

- Les qualifications des membres de l'équipe;
- La communication entre les membres;
- La responsabilité clinique;
- Les ressources;
- La volonté et la capacité des parents de prodiguer les soins et l'accès aux services.

Les modèles se différencient par le degré de spécialisation. Peu importe le modèle, le principal enjeu est la communication au sein de l'équipe. Pour assurer la liaison lors d'un congé, on peut penser à des visites conjointes avec l'infirmière de l'hôpital et de la communauté. Sans une bonne communication, les relations se détériorent. Les procédures d'acquisition d'équipement doivent être examinées pour que l'équipement à domicile soit accessible à temps. Il faut clarifier quel médecin garde la responsabilité clinique après un congé.

- ❖ Eddleman J, Warren C. Cancer resource centre : a setting for patient empowerment; Cancer Pract (1994) 2(5) : 371-78. **Outils de partage d'information**
- ❖ L'accès à l'information joue un rôle crucial pour aider les patients et leur famille à composer efficacement avec la complexité du cancer.
- ❖ Edson JW & al. Trials and tribulations of year one : initiating cross-continuum care management in a community-based hospital; Top Health Inf Manage (2000) 20(3) : 17-26. **Modèle de soins intégrés, managed care, outils de partage d'information, de gestion de cas, implantation, évaluation**

On décrit les enjeux d'implantation d'un modèle d'amélioration de la performance des équipes. Pour développer le continuum de soins on a formé une équipe de projet qui a déterminé quatre priorités :

1. Identifier et gérer les cas les plus difficiles;
2. Identifier les cas qui consomment beaucoup de ressources;
3. Gérer les cas qui ont des réadmissions fréquentes;
4. Répondre aux exigences des payeurs et des organismes d'accréditation.

Ces priorités mettent l'accent sur la coordination et l'obtention d'information. On a formé un comité de performance pour définir les processus à améliorer et adopter un modèle basé sur un consensus. On a développé un nouveau système d'information. Les médecins et les infirmières ont raffiné le système de dispensation des soins. On a capitalisé sur le leadership et évolué vers des équipes. On a dessiné un modèle de gestion de cas.

Le managed care a supporté en apportant cinq éléments :

1. La coordination des soins entre les unités et les programmes;
2. Les ressources pour offrir des services sociaux aux cas complexes;
3. Du support, de la formation, des standards et de l'évaluation;
4. Une direction médicale qui a offert de la consultation et la liaison avec les médecins de soins primaires;
5. Une capacité de gérer la population de façon longitudinale.

Ce qui a marché :

- La formation qui a fait que l'organisation a formellement endossé le projet;
- Le partage d'information et d'idées et des responsabilités;
- Le travail créatif et la résolution de problème. Ce qui n'a pas marché :
- La compréhension dans les autres parties de l'organisation;
- Le désintéressement en raison du temps d'implantation;
- Des vues divergentes sur les buts qui ont ralenti le projet.

Les facteurs clés de l'implantation sont : la nécessité d'une approche multidisciplinaire, il faut vaincre la peur de l'inconnu, le changement est plus facile en situation de crise.

Leçons apprises :

- Le temps c'est tout;
- Croire en soi;
- Communiquer;
- Les modèles sont bons;
- Écouter les autres, car les supporteurs et les critiques ont un rôle;
- Rester calme;
- Des erreurs vont être faites;
- Résoudre des problèmes est difficile;
- Être flexible;
- Encore communiquer.

- ❖ El Ansari W & al. New skills for a new age : leading the introduction of public health concepts in healthcare curricula; Public Health (2003) 117(2):77-87. **Formation**

En Angleterre, les politiques sanitaires subissent des changements cruciaux. La santé publique est au cœur des changements. À l'intérieur des soins primaires, élargir les actions des professionnels aux compétences de santé publique demande plus de formation ce qui requière une adaptation des curriculums pour inclure des approches qui valorisent les principes de la santé des populations, une philosophie de prévention et la connaissance des concepts et méthodes de santé publique.

- ❖ Eldar R. Integrated institution-community rehabilitation in developed countries : a proposal; Disabil Rehabil (2000) 22(6) : 266-74. **Arbitrage, satisfaction, gestion, évaluation**

Le but est de proposer un système pour la fourniture de services de réhabilitation coordonnés et complets. Il est essentiel de trouver la balance entre les besoins médicaux, infirmiers et sociaux de personnes souffrant d'incapacité. L'intégration de l'institution de réhabilitation de la région aux soins primaires et secondaires de la région en une seule entité fonctionnelle faciliterait l'atteinte du cadre le plus approprié et faciliterait la réponse aux besoins, tout en augmentant la disponibilité et l'accessibilité à une réhabilitation complète à un coût abordable.

- ❖ Eliastam M. The need for a new model of care : revising the archetype; Physician Exec (1996) 22(6) : 11-3. **Formation**

Les organisations de managed care refusent d'accepter le traditionnel modèle d'enseignement non coordonné des hôpitaux universitaires.

- ❖ Ellrodt G & al. Evidence-based disease management; JAMA (1997) 278(20) : 1687-92. **Disease management, continuité, outils de standardisation, de gestion, de qualité, implantation, évaluation**

Le disease management est une approche qui met l'emphasis sur les soins globaux et coordonnés le long du continuum et entre les organisations. La médecine basée sur les données probantes est une approche utilisée. En utilisant l'exemple du diabète on démontre l'importance des données probantes pour le disease management. On présente une méthode pour développer et implanter les lignes directrices, les cheminements cliniques et les algorithmes et on décrit la création de systèmes de mesure et de rapport sur les processus et résultats qui peuvent améliorer la qualité. Les équipes multidisciplinaires sont idéales pour développer, promouvoir et implanter les programmes. Le disease management met l'emphasis sur le continuum plutôt que sur l'épisode de soins. Il a quatre composantes essentielles :

1. Un système de soins intégrés capable de coordonner les soins sur le continuum;
2. Des données sur les interventions allant de la prévention à la fin de vie;
3. Des systèmes d'information sophistiqués qui analysent les profils de pratique;
4. Des méthodes d'amélioration continue de la qualité (ACQ).

La médecine basée sur les données probantes influence le disease management, parce que :

1. Il faut des données valides;
2. Les données probantes jouent le rôle d'arbitre neutre;
3. Les données probantes sur les façons de changer le comportement des cliniciens peuvent être incorporées;
4. Utiliser les données probantes peut améliorer les résultats cliniques et économiques;

5. Si les données ne sont pas disponibles il faut accorder de la flexibilité;
6. En identifiant les données manquantes on peut influencer l'agenda de recherche;
7. Le programme doit lui-même être soumis à une évaluation rigoureuse.

Pour avoir des soins optimaux, les données probantes doivent être intégrées dans un programme qui répond aux besoins des cliniciens, qui aide à une traduction correcte des données, adaptée au contexte local, dans les lignes directrices et cheminements cliniques et qui évalue les processus et les résultats. Il y a des inquiétudes à l'effet que cela peut détériorer les communications, réduire la continuité et déqualifier les cliniciens. Ces programmes ne vont jamais remplacer les besoins de soins individualisés, acceptables et compétents qui tiennent compte des préférences dans une prise de décisions partagée.

- ❖ Ellwood PM. Does managed care need to be replaced ? « Father » of managed care unveils new plan; Physician Exec (2002) 28(1) : 26-31. **Managed Care**

Le père du managed care propose maintenant une vision ambitieuse pour un nouveau modèle d'affaires et un nouveau plan clinique pour le futur.

- ❖ Ennis WJ, Meneses P. Pressure ulcers : a public health problem, an integrated hospital solution; Dermatol Nurs (1997) 9(1) : 25-30. **Modèle de soins intégrés**

L'ulcère de pression est un exemple de condition chronique qui a un impact de santé publique plus large sur l'utilisation des ressources. Un système de soins intégrés est nécessaire pour s'attaquer à ce problème. Un modèle théorique récemment développé qui prend en compte cet enjeu est décrit.

- ❖ Epstein L. & al. The Jerusalem experience : three decades of service, research, and training in community-oriented primary care; Am J Public Health (2002) 92(11): 1717-21. **Modèle communautaire, implantation, évaluation**

Les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) ont été développés et mis à l'essai pendant près de 30 ans à Jérusalem. La pierre d'assise de l'approche COPC a été l'intégration de la responsabilité de la santé publique avec une gestion clinique individuelle des patients. Les besoins de santé de la communauté ont été évalués, les priorités déterminées, les programmes d'intervention développés et appliqués sur les bases d'une analyse détaillée des facteurs responsables d'états de santé précis.

L'implication internationale en COPC de ce centre de santé de Jérusalem a eu des effets sur les politiques en soins de santé primaires au niveau mondial. L'approche est en lien avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé comme étant plus que l'absence de maladie. La base de la planification d'une offre de service basée sur les besoins de la population se traduit par l'introduction de l'épidémiologie comme élément central.

Les connaissances épidémiologiques permettent de répondre à cinq questions :

1. Quel est l'état de santé de la population ?
2. Quels sont les facteurs responsables de cet état ?
3. Que peut-on faire ?
4. Quels sont les résultats escomptés si on agit ?
5. Quelles mesures sont requises pour une surveillance continue de la santé et pour évaluer les effets de programmes existants ?

Même si plusieurs pays disent avoir adopté le COPC, peu ont implanté le modèle complet sur une longue période de temps. La disponibilité de ressources professionnelles appropriées est un facteur important de succès. L'expérience de Jérusalem démontre la faisabilité de l'intégration de la santé publique et des soins primaires et les effets positifs qui en découlent.

- ❖ Erickson SM. Managing case management across the continuum : an organised response to managed care; Semin Nurse Manag (1997) 5(3) : 124-8. **Outils de gestion de cas, qualité, efficience, managed care, implantation**

La gestion de cas est une stratégie centrale pour offrir des soins de haute qualité et efficients dans un environnement de managed care. Les programmes de gestion de cas des soins aigus sont le plus souvent orientés par les soins infirmiers et basés sur des initiatives hospitalières.

Étant donné la tendance vers l'intégration verticale, ces programmes hospitaliers ne sont qu'une étape de transition. Les hôpitaux et les gestionnaires de cas devraient considérer comment les modèles actuels peuvent être étendus pour rencontrer les besoins des patients et des dispensateurs dans un système intégré ou dans un environnement de réseaux. Les enjeux clés et les stratégies d'élaboration d'un système de gestion de cas le long du continuum sont décrits.

- ❖ Esper P & al. A new concept in cancer care : the supportive care program; Am J Hosp Palliat Care (1999) 16(6) : 713-22. **Programme, qualité, continuité, efficience**

On fait état des résultats d'un programme pilote visant à offrir les bénéfices de l'hospice à des patients ayant un cancer de prostate avancé, mais encore sous traitement actif dans une situation où l'on sait que le but premier du traitement est palliatif.

Ce programme de soins de support combine les buts du modèle médical de prolonger la vie avec ceux de l'hospice de pallier aux symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Le concept a été développé pour créer une équipe. Ce programme contribue à la continuité tout en demeurant coût efficace.

- ❖ Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviours of patients : does having a usual physician make a difference ? Med Care (1999) 37(6) : 547-55. **Arbitrage, continuité**

Même si on a déjà identifié une relation entre avoir une source usuelle de soins et l'utilisation des soins médicaux, la relation avec les habitudes de vie n'a pas été explorée. Les stratégies pour faciliter des relations régulières avec un dispensateur peuvent affecter certains comportements de santé comme les soins préventifs et l'abus de substances. En l'absence d'interventions pour améliorer la qualité de cette relation, ce n'est pas un instrument politique puissant pour obtenir de larges améliorations dans les choix de styles de vie des patients. En l'absence d'intervention pour améliorer la communication et l'observance, avoir une source usuelle de soins ne peut produire de grands bénéfices sur les comportements au niveau agrégé de la population.

- ❖ Etzwiler DD. Chronic care : a need in search of a system; Diabetes Educ (1997) 23(5) : 569-73. **Arbitrage, qualité, disease management, modèle centré sur le patient, d'équipe, outils de standardisation, de partage d'information, incitatifs, évaluation**

La plus grande part des dépenses de santé vient des maladies chroniques. Il est essentiel d'identifier, de développer et d'implanter des systèmes de soins qui sont spécifiques à ces patients avec des problèmes à long terme. La gestion efficace de ces problèmes dépend largement de la participation du patient et de stratégies qui sont appropriés pour les soins primaires et le domicile. Ces concepts sont le plus souvent étrangers aux programmes de disease management.

La gestion à long terme de la qualité nécessite un système systématique et global qui est spécifique aux besoins de ces patients et de leurs soignants. Ce type de système consiste en une série de composantes intégrées et interdépendantes qui sont présentées dans cet article. Le modèle proposé se veut complémentaire à celui des soins aigus. Il y a huit facettes au modèle des soins chroniques :

Équipe/communauté : la gestion des soins chroniques est centrée sur le patient et le point de services est la maison et le succès dépend de la collaboration du patient, un problème est la difficulté des professionnels d'accepter que le patient est un membre de l'équipe tout comme ses aidants et les services communautaires;

1. Éducation/motivation : le patient a besoin de formation et d'éducation;
2. Services : la disponibilité des services est cruciale;
3. Lignes directrices/contrats : les équipes doivent s'entendre sur un plan, les lignes directrices doivent être développées en fonction des buts, des savoirs et consensus;
4. Adaptation/implantation : les lignes directrices sont conçues comme une approche générale ce qui signifie qu'elles ne peuvent être suivies pour chaque patient;
5. Suivi/support : le succès est lié au suivi continu des patients;
6. Évaluation/feed-back : avec le développement des technologies d'information c'est maintenant possible;
7. Reconnaissance/récompense : il est préférable de sélectionner un seul comportement à la fois, d'initier le changement et de le récompenser.

- ❖ Evans DB & al. Measuring quality : from the system to the provider; Int J Qual Health Care (2001) 13(6) : 439-46. **Qualité, évaluation**

La littérature met l'accent sur les indicateurs de processus. Cet article propose un cadre pour décrire et mesurer la qualité du système de soins en terme de résultats. L'avantage de décrire la qualité en terme de résultats est que l'attention des décideurs est centré sur l'atteinte des buts du système. Le désavantage est que la mesure des résultats pose problème.

- ❖ Evashwick C & al. Geriatric services offered by hospitals : predicting services by internal and external community characteristics; Home Health Care Serv Q (2001) 19(3) : 19-33. **Globalité**

On explore le rôle de l'hôpital dans la provision de services gériatriques et identifie les caractéristiques de l'hôpital et de la communauté qui y sont associées. Les caractéristiques des hôpitaux qui prédisent des soins gériatriques sont :

- Être sans but lucratif;
- Le nombre de lits;
- Le membership du système.

Les caractéristiques de la communauté sont :

Une forte densité de population, un fort pourcentage d'aînés, la présence de lits de longue durée. Pour encourager la dispensation de ces services il faut une approche multidimensionnelle.

- ❖ Evashwick CJ. Strategic management of a continuum of care; J Long Term Care Adm (1993) 21(3) : 13-24. **Modèle centré sur le patient, modèle de soins intégrés, gestion, outils de gestion de cas, de partage d'information, implantation, incitatifs**

Pourquoi les organisations devraient entreprendre les changements requis pour être des continuum de soins ? Un continuum est un système intégré, orienté sur le patient qui comprend les services et les mécanismes d'intégration qui permettent de suivre le patient dans le temps à travers des services globaux de santé, sociaux et de santé mentale offerts à tous les niveaux d'intensité.

Être orienté sur le patient signifie que les services sont orientés en fonction des besoins et non en fonction des payeurs. Cela implique aussi une responsabilité du patient pour sa santé.

Le but de l'organisation est d'offrir elle-même les services efficaces et de collaborer, négocier l'accès aux services qu'elle ne peut fournir.

Le but du patient est d'atteindre et de maintenir un niveau d'indépendance fonctionnelle maximal. Comme mécanismes d'intégration, il y a le gestionnaire de cas qui évalue, planifie et organise les soins, négocie avec les payeurs et fait le suivi et la réévaluation selon divers modèles allant d'un individu à une équipe comme gestionnaire et les systèmes d'information qui intègrent les données cliniques et financières et entre les sites. La configuration des services dépend de l'environnement externe et des ressources internes. La coordination des services est essentielle de même que la coordination de la gestion où il faut éviter la compétition, ce qui implique une planification budgétaire commune. Les gestionnaires doivent apprendre à travailler ensemble pour rendre des services sans rupture. Le continuum exige des changements dans la structure et dans les processus. Le financement le mieux adapté est la capitation qui laisse aux gestionnaires plus de flexibilité. Il faut une gestion stratégique. La gestion stratégique est une orientation pour une gestion dynamique qui est essentielle aux organisations qui veulent exceller dans le futur.

- ❖ Eyre A & al. Disaster coordination and management : summary and action plans; Prehospital Disaster Med (2001) 16(1) : 22-5. **Gestion**

Il y a un urgent besoin d'établir à l'avance des procédures de gestion et coordination de crises.

- ❖ Farrell SP & al. Predicting whether patients receive continuity of care after discharge from state hospitals : policy implications; Arch Psychiatr Nurs (1999) 13(6) : 279-85. **Continuité, outils de gestion de cas, de coordination**

On a étudié les facteurs influençant la continuité où le modèle conceptuel est basé sur les principes du système de support à la communauté. On a défini cinq indicateurs de la continuité :

1. Présence d'un dossier partagé;
2. Évidence de communication;
3. Des contacts sont établis avant le congé;
4. Il y a une prise de contact avec le patient tout de suite après le congé;
5. Les services sont rendus au plus deux semaines après le congé.

Pour la gestion de cas une équipe réussit mieux. La continuité est plus facile à obtenir en milieu rural qu'urbain. Certaines personnes sont plus vulnérables à la discontinuité. Il faut réviser les mécanismes de plans de transfert. Il faut des politiques pour déterminer les patients les plus à risque. Il faut des programmes régionaux et locaux pour améliorer la compréhension de la vulnérabilité. Des programmes de transition communautaires peuvent améliorer les résultats.

- ❖ Fawcett SB & al. A contextual-behavioural model of empowerment : case studies involving people with physical disabilities; Am J Community Psychol (1994) 22(4) : 471-96. **Outils de gestion**

Les gens qui manquent de pouvoir souvent expérimentent des conditions indésirables de façon disproportionnée par rapport aux autres membres de la société. L'empowerment est un concept important pour comprendre et améliorer la vie des gens avec un statut marginal. On a identifié 18 tactiques pour augmenter l'empowerment.

- ❖ Feil PH, Grant JJ. Validation of a motor skills performance theory with application for dental education; J Dent Educ (1993) 57(8) : 628-3. **Formation**

On décrit la formation des dentistes.

- ❖ Felix H. & al. Recruitment of rural health care providers : a regional recruiter strategy; J Rural Health (2003) 19 Suppl : 340-6. **Accès, outils de gestion**

L'accès en milieu rural est un problème. Beaucoup de recherches ont documenté les enjeux. Des stratégies créatives ont été utilisées pour le recrutement et la rétention. Une stratégie émergente est d'utiliser une approche régionale ciblée pour aider les communautés à estimer les besoins et recruter des praticiens de soins primaires. Cet article examine les enjeux de recrutement. La stratégie du recruteur régional qui combine les méthodes traditionnelles aux efforts de la communauté a eu du succès. Elle peut être facilement reproduite.

- ❖ Fennell ML, Flood AB. Key challenges in studying organizational issues in the delivery of healthcare to older; Americans Health Serv Res (1998) 33 (2 Pt Ii) : 424-33. **Recherche**

On identifie les défis pour améliorer la recherche en soins primaires.

- ❖ Ferguson KE, Jinks AM. Integrating what is taught with what is practised in the nursing curriculum : a multi-dimentional model; J Adv Nurs. (1994) 20(4) : 687-95. **Formation**

Les enseignants, les cliniciens et les étudiants se sont de tout temps souciés du décalage qui existait entre l'enseignement théorique des soins et les expériences vécues en milieu de pratique par les étudiants.

- ❖ Ferron JM & al. Gaps working in solo practice : obstacles and motivations for working in a group ? Fam Pract (2003) 20(2) : 167-72. **Implantation, qualité, satisfaction, continuité, modèles professionnels, d'équipe, outils de gestion de cas, de partage d'information**

Aucun type de pratique n'a le monopole sur la qualité des soins même si la pratique de groupe aide au développement de la qualité. Des conditions structurelles pour la pratique de groupe peuvent aussi aider :

- La mise en place de systèmes de soins systématiques;
- L'organisation de petites équipes multidisciplinaires;

- L'amélioration des processus à travers un questionnaire de cas et l'accès au dossier du patient.

En Belgique, on a le paiement à l'acte et le patient est libre de choisir ce qui a créé de la compétition entre les médecins. Il n'y a pas d'incitatifs à la pratique de groupe. L'éducation médicale continue et le support social ont été identifiés comme permettant aux omnipraticiens de gérer le stress et d'être satisfaits de leur travail. Les médecins conçoivent peu la pratique de groupe comme étant multidisciplinaire. On ne s'entend pas sur le partage des clients ou des espaces, mais le dossier partageable est vu comme un outil intéressant. Les avantages de la pratique de groupe sont une plus grande qualité de vie, la continuité des soins, l'échange d'expertise et le partage des dépenses et des tâches administratives. Il y a quatre obstacles :

1. Avoir une même philosophie professionnelle;
2. La perte de la relation avec le patient et la perte de revenus;
3. Les conflits de génération;
4. La peur du changement et de la perte d'indépendance.

Les médecins ont peu d'expérience dans la gestion d'équipe, mais ils ont l'impression que dans le partenariat les relations interpersonnelles sont un facteur majeur de succès. L'harmonie dépend d'une vision partagée de la médecine et d'un dialogue entre les générations sur les conditions de travail et les horaires. Il faut s'inquiéter :

- Du manque d'ouverture face à la multidisciplinarité;
- Des différences de perception selon l'âge;
- Du sentiment de perte de la relation avec le patient;
- Il faudrait voir les perceptions des patients.

- ❖ Filippi V & al. Obstetric audit in resource-poor settings : lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies; Health Policy Plan. (2004) 19(1) : 57-66. **Outils d'évaluation**

Il a été démontré que la santé mentale contribue significativement au fardeau global de la maladie. L'utilisation du SRQ 20 comme instrument de mesure de la santé mentale de la communauté est rentable.

- ❖ Fine MD. Coordinating health, extended care, and community support services : reforming aged care in Australia; J Aging Soc Policy (1999) 11(1) : 67-90. **Modèle de soins coordonnés, programme, efficience, globalité, coûts, outils de référence, de gestion de cas, de partage d'information, de communication, incitatifs, collaboration, hiérarchisation**

Sous la pression d'améliorer l'efficacité des programmes, les efforts pour améliorer la coordination sont devenus centraux. On revoit les expériences récentes sur la coordination des services communautaires aux aînés et les efforts pour augmenter les liens entre la communauté et les résidences, les hôpitaux et autres dispensateurs de services. Les mesures pour améliorer la coordination vont des approches individualistes basées sur l'information et la référence, aux approches impliquant un **gatekeeper**, la gestion de cas et le courtage de services en passant par des modèles impliquant la reconfiguration du financement, des liens et des structures organisationnelles. Ces mesures ne sont pas mutuellement exclusives. La coordination directement au point de service est difficile si les politiques gouvernementales qui dirigent les services manquent elles-mêmes de coordination.

Les petits services spécialisés sont plus efficaces que les services des grandes institutions, mais ne sont généralement pas capables d'offrir la globalité. La fragmentation est due en partie à la spécialisation du travail. Jusqu'à récemment, la coordination d'une vaste gamme de professions et de spécialités s'est faite par de coûteuses méthodes bureaucratiques imposant la division du travail.

Le principe de la hiérarchisation et de la substitution peut être appliqué pour réduire la confusion et la duplication dans les systèmes complexes. La hiérarchisation ajuste le degré de complexité de la dispensation aux besoins des patients et ainsi le point d'entrée est généralement les soins primaires et les cas complexes sont référés.

L'élément de base de la coordination est le système de référence. La référence par l'omnipraticien ou autres professionnels de soins primaires est le modèle le plus accepté de coordination. Le problème est que le paiement à l'acte pousse à travailler isolément des autres composantes du système.

De plus, cela incite à la compétition pour des clients plutôt qu'à la collaboration.

En Australie, on a envisagé des solutions pour la coordination :

- De l'information destinée à la population, mais cela ajoute un niveau de complexité;
- La formation de réseaux communautaires basés sur la communication avec des rencontres régulières qui sont un outil pour favoriser la coopération, mais les médecins participent peu en raison de l'absence de compensation;
- La gestion de cas où le gestionnaire de cas lie les ressources disponibles aux besoins des patients de façon équitable et efficace et retient la responsabilité clinique et financière. Cette expérience s'est avérée efficace pour des groupes bien définis de patients. Comme c'est coûteux il faut que ce soit réservé à ceux qui ont des besoins complexes et qui nécessitent plusieurs organisations. Trop souvent c'est vu comme une solution simple et peut devenir rapidement l'ajout d'un service spécialisé;
- Un développement récent est le forfait de soins qui consiste à offrir une quantité de soins personnels à domicile.

Cela diffère de la gestion de cas en offrant des services plus ou moins fixes à une catégorie de patients. Cela aussi est l'ajout d'un service spécialisé plutôt que la consolidation de ce qui existe. Ces stratégies ont été des ajouts qui n'ont pas changé le système de façon importante. Elles ont résulté en l'ajout de services spécialisés à un système déjà complexe. On pense maintenant à fusionner les programmes pour en réduire leur nombre à trois :

1. Les services généraux;

2. Les soins aigus;
3. Les soins coordonnés.

Ceci est basé sur le concept de budget global combiné avec des plans de soins individualisés et des gestionnaires de cas. On souhaite ainsi réduire la division entre le public et le privé.

Une autre approche est que différents modèles de soins coordonnés soient développés localement en consultation avec les patients, les aidants et d'autres groupes. Pour le succès des initiatives locales il faut que le gouvernement les supporte.

- ❖ Fitzgerald ME & al. The empowering potential of quality improvement data; Eval Health Prof (1998) 21(4) : 419-28. **Outils de partage d'information, modèle de soins intégrés**

Le potentiel d'habilitation que les données apportent aux dispensateurs, aux payeurs et aux patients est revu. Le futur de la médecine inclut une plus grande utilisation de données et des sciences qualitatives pour inspirer l'amélioration le long du continuum.

- ❖ Fleschut K & al. Managing and redesigning the continuum of care : the value chain model; Qual Manag Health Care (1996) 5(1) : 42-8. **Outils de gestion, qualité, modèle de soins coordonnés**

L'intégration des disciplines cliniques, de la planification des systèmes et de la gestion de la qualité donne des habiletés et des outils qui permettent d'identifier les leviers clés et les opportunités d'apprentissage pour améliorer la qualité des services. On présente le modèle et la planification de la chaîne de valeur élaboré pour aider les gestionnaires, les médecins et les organisations à élaborer et gérer le continuum de soins.

- ❖ Fleury J & al. Health promotion across the continuum : challenges for the future of cardiovascular nursing; J Cardiovasc Nurs (1996) 11(1) : 14-26. **Outils de gestion de cas, de gestion, globalité, managed care**

On discute des tendances incluant l'actuelle emphase sur la santé et les efforts pour supporter la promotion de la santé. On discute de la restructuration et de l'utilisation de la gestion de cas comme un élément de globalité dans la pratique infirmière en cardiovasculaire pour supporter la promotion à travers une trajectoire de santé et de bien-être. Les modèles de prévention qui prédisent les efforts voient ces efforts comme une affaire personnelle pour laquelle l'individu a une obligation.

Les modèles de changement de comportement viennent de la théorie sociale cognitive. Les experts préconisent des environnements supportants où la responsabilité est partagée entre l'individu et le système. Les approches communautaires pourraient être efficaces à changer l'amplitude des facteurs de risque à un coût raisonnable.

La gestion de cas est un outil pour la prévention promotion. Les modèles varient en fonction du site, des buts. Le managed care est un prototype pour introduire les préoccupations de santé dans la restructuration des systèmes. La gestion de la demande est souvent utilisée pour habilitier les patients et leur famille en leur donnant les compétences pour se soigner eux-mêmes complètement. Les patients sont aidés pour gérer leur condition, initier des efforts de promotion et faire des choix éclairés sur l'utilisation des ressources. Les patients sont considérés comme des partenaires. Les infirmières conseillères évaluent le degré de confiance des patients dans leurs capacités de gérer leur condition, d'interpréter leurs symptômes et d'utiliser les ressources adéquatement.

- ❖ Flocke SA & al. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services; Med Care (1998) 36 (8 Suppl) : AS21-30. **Qualité, efficience, modèle de soins primaires, évaluation**

Les évidences se construisent à l'effet que les soins primaires sont associés à la qualité et l'efficience. On a testé l'association des attributs spécifiques des soins primaires avec une mesure globale de dispensation de services préventifs. Plusieurs attributs des soins primaires (relation médecin patient, suivi longitudinal, communication) sont associés à la dispensation de services préventifs. La connaissance des valeurs et du style de vie du patient peut aider à cibler les services préventifs sur les plus efficaces.

L'observation des pratiques médicales montre que les médecins font du dépistage, mais beaucoup moins de counseling sur les habitudes de vie. Les pratiques d'immunisation vont du tout ou rien. Renforcer la première ligne peut avoir un impact sur la dispensation des services préventifs et possiblement sur d'importants résultats de santé.

- ❖ Fontanesi J & al. Applying workflow analysis to assess immunisation delivery in outpatient primary care settings; Jt Comm J Qual Improv (2000) 11 : 654-60. **Outils de qualité, de gestion, modèle de soins primaires, implantation**

Il y a une pression pour mettre en place l'amélioration continue de la qualité (ACQ) ce qui est un défi pour les cliniques communautaires qui ont déjà des contraintes de ressources humaines et financières. Un outil d'observation de la charge de travail a été utilisé pour étudier les processus causaux qui affectent la prestation de services d'immunisation. On a pu identifier des erreurs opérationnelles qui affectent tant les processus cliniques que financiers dans les cliniques qui n'avaient pas d'équipes d'ACQ ou de gestion clinique. Le feed-back encourage les améliorations des processus.

- ❖ Foreman SE, Roberts RD. The power of health care value-adding partnership : meeting competition through cooperation; Hosp Health Serv Adm (1991) 36(2) : 175-90. **Collaboration, efficience, incitatifs, implantation, évaluation**

Malgré une hyper compétition, proposer la coopération comme moyen de survivre et prospérer apparaît radical. On propose un modèle de partenariat viable, sinon préférable à l'alternative d'intégration sous une même propriété. Les aspects pratiques et conceptuels de l'obtention d'une coopération volontaire sont décrits et des exemples de partenariats fructueux sont présentés. Le partenariat se construit autour du concept de valeur ajoutée. Le pouvoir de ce concept est que chaque participant maintient son contrôle et son identité, mais valorise l'expertise et l'efficience du partenaire, ce qui favorise l'intégration qui est requise pour offrir un continuum de services et utiliser de façon efficace les ressources limitées. Le plus grand problème de l'intégration n'est pas le concept, mais son implantation. Les problèmes des fusions sont bien documentés et ceux qui n'ont pas été inclus dans les efforts d'intégration (comme les médecins) vont résister par crainte de perdre leur identité et leur autodétermination alors que ceux qui ont été fusionnés seront frustrés par les difficultés d'opérationnalisation.

Par ailleurs, le défi des partenariats est de trouver la bonne forme, car les possibilités sont infinies. Le modèle de la valeur ajoutée est aidant pour ceux qui reconnaissent que la coopération est requise et que la fusion est ni possible ni avantageuse. Cela nécessite une ou plusieurs personnes ayant une vision et des habiletés de communication et de persuasion. La dynamique de groupe est importante et conditionnée par des intangibles comme le leadership, les expériences antérieures et les caractéristiques des individus, ce qui rend chaque cas unique. Les partenaires ne sont pas obligés de s'aimer, mais ils doivent se respecter. Il faut des règles claires et simples. Il faut un leadership fort, mais il peut arriver que les leaders forts ne suscitent pas la confiance ou que plusieurs leaders forts conduisent à des guerres de pouvoir. Tempérer les intérêts personnels est une partie essentielle, car une action qui affaiblit un partenaire affaiblit tout le groupe et les partenaires doivent internaliser ce principe.

- ❖ Forman SA & al. Clinical improvement with bottom-line impact : custom care planning for patients with acute and chronic illnesses in a managed care setting; Am J Manag Care (1997) 3(7) : 1039-48. ***Outils d'identification des risques, modèle de soins intégrés, évaluation, accès, continuité***

Un système à capitation complète et un système de dispensation des soins complètement intégré qui visent à améliorer les soins aux plus malades sont décrits. On a développé un algorithme informatisé de sévérité. Tous les mois, des listes sont produites pour identifier des patients avec des maladies aiguës et chroniques. Ces patients comptent pour 25 % des admissions à l'hôpital, mais sont moins de 1 % de la clientèle. Pour ces personnes, un plan de soins est fait par une infirmière. Ce plan implique une évaluation des services requis à domicile et comporte souvent des services auxiliaires, des téléphones de suivi, des stratégies pour augmenter l'accès et la continuité. Le statut fonctionnel des patients est obtenu périodiquement. Ce programme a permis d'éviter la période hospitalière de pointe de l'hiver et l'utilisation a été plus faible même dans les mois qui ont suivi. Sur une base populationnelle, le statut fonctionnel s'est amélioré, les soins aigus et le besoin d'hospitaliser ont diminué.

- ❖ Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity : the effects of access; Am J Public Health (1998) 88(9) : 1330-6. ***Accès, continuité***

On examine la relation entre l'accès et l'utilisation des services médicaux de première ligne comme premier contact et source de continuité avec le système de soins. Les chances de recourir à une visite de premier contact avec un médecin de première ligne pour une condition aiguë sont réduites par l'absence de plage horaire en dehors des heures ouvrables, de longs temps d'attente au bureau et un long temps de transport pour se rendre au bureau. Un délai important pour obtenir un rendez-vous, l'absence d'assurance, l'absence de plage horaire en dehors des heures ouvrables est associée à une faible continuité. Un meilleur accès des services ambulatoires augmente les chances de recevoir les soins requis, de prévenir les hospitalisations et d'améliorer l'état de santé. Cela implicitement implique le recours aux soins primaires.

Deux aspects caractérisent les soins primaires : le premier contact et la continuité qui signifie un partenariat continu qui permet de prendre en compte la majorité des besoins de santé d'une population.

Il y a peu de données qui permettent de guider l'élaboration d'une politique de soins primaires. Pour augmenter l'utilisation des soins primaires et réduire les barrières d'accès, il faut une approche multidimensionnelle. Si une amélioration incrémentale de l'accès est souhaitée, il faut augmenter les heures de disponibilité qui est le seul indicateur qui influence positivement l'accès et la continuité. Environ les 2/3 des patients aux États-Unis qui ont un médecin de famille ont au moins une barrière d'accès. Les États-Unis ont un surplus de spécialistes ce qui crée un incitatif pour ces derniers d'offrir des soins primaires. Les données sont à l'effet que les généralistes et les spécialistes n'offrent pas le même type de soins primaires. Les spécialistes sont plus associés aux barrières organisationnelles et géographiques et offrent moins de services de premier contact. Une politique qui favoriserait plus de spécialistes pour les soins primaires nuirait à la qualité du système de dispensation.

- ❖ Foster EM. Does the continuum of care improve the timing of follow-up services ? J AM Acad Child Adolesc Psychiatry (1998) 37(8) : 805-14. **Arbitrage, accès, évaluation**

On a identifié les impacts de la philosophie de traitement le long du continuum sur le temps d'attente pour les services de suivi après le congé hospitalier. Cette philosophie accélère grandement le suivi et renforce le lien entre le temps pour avoir le suivi et les caractéristiques des individus et des familles. Les résultats mettent en lumière l'importance des ressources des familles dans la détermination des services ce qui est troublant, car on ne sait pas comment s'assurer que les cas les plus sévères soient priorisés.

- ❖ Fowler FJ, Baum CS. Model for the integrated network ? Rehabilitation makes a good candidate; Health Prog (1995) 76(6) : 52-5. **Implantation, managed care, continuité, gestion, implantation**

La réadaptation est un bon modèle pour les réseaux intégrés parce que c'est une partie intégrale du plan de traitement de plusieurs spécialités qui est compatible avec la capitation, parce que la réadaptation est entrée dans le managed care avant les autres et que ses dispensateurs ont de l'expérience avec diverses modalités de remboursement. Implanter le continuum demande :

1. Clarifier les attentes : implication de la haute direction et formation d'un comité qui identifie les craintes, les problèmes sur le continuum, les duplications et fixe les enjeux de contrôle et financiers;
2. Faire le cadre conceptuel qui tient compte de la continuité et des soins sans rupture et des buts fixés et qui décrit les composantes organisationnelles, les rôles clés de gestion et les qualifications requises;
3. Planifier l'implantation;
4. Implanter :
 - i. Créer un environnement gagnant/gagnant;
 - ii. Ne pas briser la confiance en procédant à des mises à pied;
 - iii. Désigner un leader pour tout le processus;
 - iv. Impliquer les gestionnaires et renforcer la communication;
 - v. Utiliser une double approche soit avec les gestionnaires et avec un comité;
 - vi. Créer un groupe spécialisé dans les enjeux d'implantation;
 - vii. Laisser place à la différence entre les dispensateurs;
 - viii. Avoir un plan de contingence en cas de départ;
 - ix. Rendre les parties responsables de respecter les échéanciers;
 - x. Communiquer;

- xi. S'assurer que la haute direction croit dans les résultats;
- xii. Conclure les derniers arrangements financiers;
- xiii. Gérer l'impatience;
- xiv. Recevoir le feed-back des médecins;
- xv. Pas de congédiement ni de baisse de salaire;
- xvi. Prendre au besoin un consultant, mais s'assurer qu'il est qualifié;
- xvii. Croire à de grands résultats.

Les facteurs de succès sont le support de la haute direction, un leadership visionnaire, coopter les gestionnaires de tous les niveaux, obtenir la collaboration des autres partenaires incluant les médecins.

- ❖ Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia : clinical assessment and treatment; J Clin Psychol (2001) 57(4) : 433-55. **Evaluation**

La fibromyalgie et la fatigue chronique sont deux affections semblables, mais d'étiologie inconnue.

- ❖ Friedman L, Goes J. Why integrated health networks have failed; Front Health Serv Manage (2001) 17 (4) : 3-28. **Gestion**

Il s'agit d'une revue de la littérature afin d'identifier le raisonnement à l'origine de l'intégration et aussi évaluer les chances de réussites à ce jour. Les auteurs concluent que les réseaux intégrés n'ont pas tenu leurs promesses.

- ❖ Friedman LH, Mullins LA. Developments of a local integrated health network; Hosp Top (1995) 73(2) : 22-7. **Gestion**

Les réseaux intégrés sont vus comme une réponse organisationnelle possible aux réformes des systèmes de soins. On discute des variables qui sont critiques pour le développement et le succès de réseaux locaux intégrés.

- ❖ Frelick RW. Is better access to medical care needed in Delaware ? Del Med (1992) 64(11) : 685-9. **Accès**

Améliorer l'accès implique plus de dispensateurs de soins primaires, une réduction de la « bureaucratie » et une clientèle avec de bonnes habitudes de vie qui sait utiliser le système adéquatement. La prévention est une composante essentielle de l'accès.

- ❖ Froelicher ES, Kozuki Y. Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions : women's initiative for non-smoking (WINS)-part-III;. Int J Nurs Stud (2002) 39(1) : 1-15. **Implantation**

Des stratégies sont offertes en soins infirmiers pour tenir compte des écarts qui existent entre la théorie et son application.

- ❖ Fromer L. Economic considerations of primary care for the clinician; Int J Fertil Menopausal Stud (1996) 41(2) : 129-31. **Gestion, arbitrage, incitatifs, qualité, coûts, satisfaction, outils de qualité**

La capitation place les cliniciens à risque financiers et cela apporte des dilemmes moraux et éthiques. Dans le paiement à l'acte les incitatifs sont d'augmenter la quantité de soins alors que dans la capitation c'est l'inverse ce qui soulève l'enjeu de la qualité. La vraie mesure qui témoigne du maintien la qualité est d'être capable de maximiser la valeur pour un patient. La valeur est la qualité divisée par les coûts. Ce défi demande de regarder comment les définitions de coûts et de qualité sont obtenues. Dans le paiement à l'acte, la qualité est définie par les comités d'assurance qualité et reflète les opinions des experts. Le nouveau paradigme reconnaît cette définition, mais y ajoute la notion d'amélioration de la qualité. Il y a donc deux standards : les résultats de santé et la satisfaction du patient.

L'élément coût est plus complexe que de rendre en santé un patient malade. Il s'agit de la santé de la population et des meilleures pratiques. Si la structure aligne correctement les incitatifs les médecins pourront continuer à offrir des services de qualité.

- ❖ Fronstin P. Health promotion and disease prevention : a look at demand management programs; EBRI Issue Brief (1996) 177 : 1-14. **Programme, hiérarchisation, outil de gestion**

Les programmes de gestion de la demande visent la réduction de l'utilisation en mettant l'emphase sur la prévention. Cela inclut des activités de promotion de la santé en milieu de travail, des programmes de santé et la gestion de l'accès. Ces programmes sont vus positivement par les travailleurs et peuvent avoir des bénéfices à long terme. La gestion de la demande peut avoir aussi des bénéfices pour les employeurs en augmentant la productivité, la rétention des employés et leur moral, en réduisant le taux de roulement, l'absentéisme, les réclamations médicales futures et ultimement les dépenses de soins de santé. Dans l'implantation il faut distinguer les stratégies de court et de long terme.

- ❖ Gabriel SE & al. Is rheumatoid arthritis care more costly when provided by rheumatologists compared with generalists ? Arthritis Rheum (2001) 44(7):1504-14. **Évaluation**

Les soins des rhumatologues sont plus coûteux que ceux des omnipraticiens pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

- ❖ Gardner K, Sibthorpe B. Impediments to change in an Australian trial of coordinated care; J Health Serv Research & Policy (2002) 7 (suppl 1) : 2-7. **Incitatifs, implantation, arbitrage, coûts, gestion, programme, modèle de soins coordonnés, managed care, outils de standardisation, de gestion, évaluation**

En Australie, il y a du « **managed competition** » qui se caractérise par des processus de compétition entre les dispensateurs, un renforcement de la première ligne et la mise en place de contrats entre les tiers payeurs, les acheteurs et dispensateurs.

La division historique de la planification, du financement et de la dispensation entre trois niveaux a permis la venue de nombreux programmes et a produit des services inflexibles et fragmentés, une lourdeur administrative et des transferts de coûts. Un système de paiement à l'acte sans plafond pour les soins médicaux ambulatoires et les produits pharmaceutiques a permis la domination du privé avec peu d'incitatifs à l'intégration des soins et au contrôle des coûts.

On fait des essais de soins coordonnés similaires à ceux de la Nouvelle-Zélande et du R.U. On teste l'hypothèse que la coordination pour les personnes avec de multiples besoins où on établit des plans de soins et fusionne les enveloppes de financement des divers programmes, va améliorer la santé et le bien-être. Les essais suivent différents modèles pour tenir compte des contextes, mais tous incluent une responsabilité unique pour la gestion des fonds et des coordonnateurs de soins pour faire les plans de soins qui reflètent la composition appropriée de services. La fusion des enveloppes devrait permettre un financement plus flexible, un suivi de l'utilisation et le développement de la capitation. On espère aussi un partage des risques avec les dispensateurs et avoir des substitutions de services. Les projets furent développés avec d'importantes contraintes de temps et dans un contexte où l'intérêt politique était clair.

On a tenté d'avoir de façon formelle et informelle l'adhésion. Au début, un comité avec surtout des représentants des praticiens et des milieux académiques ont débattu de la valeur des modèles et tenu des réunions informelles avec des membres de la communauté et du secteur de la santé. Tous s'entendaient pour plus de coordination, mais il y a eu de fortes oppositions sur le managed care. (réduction de l'accès aux spécialistes, faire du rationnement au lieu de soigner, écrémage, doute sur la capacité du médecin de coordonner). Il y a donc eu implantation sans obtention d'une vision partagée des objectifs, de la philosophie, ou des bases et les gens croyaient peu à l'atteinte des objectifs.

Les consultations qui ont fait suite ont porté sur la planification des soins et ses bénéfices et sur les arrangements administratifs entre les dispensateurs, mais on a peu parlé d'éléments clés comme la fusion des enveloppes et la substitution. Cela a créé de la confusion et un manque de confiance.

On a établi une nouvelle organisation Care Plus pour gérer les fonds, agir comme acheteur et améliorer la coordination. Les participants ont été payés à capitation en utilisant les données historiques d'utilisation. Les risques de dépassement furent partagés entre le niveau national et régional de sorte que les omnipraticiens n'avaient pas d'imputabilité financière et pas d'incitatifs pour réduire les coûts pas plus que d'information sur les dépenses du pool. Les plans de soins ne contenaient pas toute l'information sur les services rendus et ne pourraient pas être utilisés pour l'achat de services. Il n'y a pas eu d'incitatifs pour participer.

Les stratégies utilisées pour réduire les coûts ont été basées sur la substitution (admissions non planifiées, médicaments, consultations de spécialistes, duplication des tests). On a aidé les omnipraticiens en leur donnant des lignes directrices cliniques et de gestion des coûts. On a fourni des profils de coûts pour chaque client, mais on ne sait pas si les omnipraticiens ont utilisé cette information. On a aussi donné des coûts unitaires pour ouvrir le pool à la compétition privée, mais cela a été abandonné en raison des difficultés à standardiser les définitions et les prix et l'objection du privé à diffuser ses listes de prix. L'évaluation a démontré le peu de changement dans les pratiques de référence.

Le coordonnateur de soins est central pour la continuité et améliorer la communication et la coopération. On souhaitait un processus dynamique et interactif qui implique une évaluation globale de la santé, une planification et des achats en lien avec les besoins identifiés, un suivi et une révision continue des services. La coordination dépend de la construction de liens avec les réseaux de la communauté et l'amélioration des processus de référence et de communication entre les niveaux primaires et secondaires. On a eu des problèmes dont certains opérationnels en raison du développement limité des réseaux ou du rejet par les omnipraticiens de certains aspects de la planification. Il y a eu des conflits autour de la confidentialité, ce qui a amené à faire des protocoles de transfert d'information qui enlevaient l'obligation des omnipraticiens de consulter les autres dispensateurs. Les omnipraticiens n'ont pas utilisé le système administratif, n'ont pas consulté les autres dispensateurs. Il n'y a pas eu d'amélioration des communications et les disputes territoriales sont demeurées.

L'essai a eu un succès limité. L'effet net c'est un système qui a les éléments clés d'un modèle intégré, mais aucune des qualités requises pour l'opérationnaliser. Le transfert de ressources est plus susceptible de se produire s'il est planifié avec attention, s'il y a des incitatifs financiers et un *gatekeeping* fort.

Donc, la fusion des enveloppes ne conduit pas à une meilleure coordination ou à la substitution des services. D'autres pays ont expérimenté les mêmes problèmes. Au R.U. malgré l'importance des ressources consenties et des changements structuraux, il y a peu de changement pour la qualité, l'efficacité, le choix, l'équité et la réactivité. Il en est de même en Nouvelle-Zélande. Ces résultats ont souvent été attribués à une pauvre implantation et la difficulté d'établir une balance entre les stratégies de compétition et de régulation.

- ❖ Gary TL & al. A randomised controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker team interventions in urban African-Americans with type 2 diabetes; Control Clin Trials (2004) 25(1) : 53-66. **Modèle communautaire, efficacité, qualité, évaluation**

Les buts de l'étude étaient de déterminer l'efficacité et le coût-efficacité des interventions de soins primaires communautaires. Le groupe soins médicaux et interventions intensives était pris en charge par une équipe « *Nurse Case Management* » (NCM) et travailleurs en santé communautaire. Cette étude avait pour but de vérifier l'hypothèse qu'une approche NCM en soins primaires plus équipe de travailleurs en santé communautaire est une stratégie efficace, pratique et économique pour traduire les connaissances actuelles sur le diabète de type 2 en soins de santé de grande qualité pour les citoyens Afro-américains.

- ❖ Geiger HJ. Community-oriented primary care : a path community development; Am J Public Health (2002) 92(11) : 1713-6. **Modèle communautaire, évaluation**

Bien que le développement communautaire et le changement social ne soient pas des buts explicites des modèles « *community oriented primary care* » (COPC), ils sont implicites. À partir des habiletés de la communauté elle-même, un processus autosuffisant de changement social en santé a été instauré. Un programme clé impliquait la fourniture d'opportunités d'éducation.

- ❖ Genet CA & al. Nurse practitioners in a teaching hospital; Nurse Pract. (1995) 20(9) : 47-52, 54. **Modèle de soins intégrés**

Des discussions ont lieu dans le but de développer dans les centres universitaires un modèle alternatif d'offre de soins dans lequel les soins infirmiers sont intégrés dans la dispensation des soins d'urgence.

- ❖ Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next ? A cross-generational view; Fam Med (2001) 33(4) : 259-67. **Modèle de soins primaires, disease manageemnt, managed care, implantation, continuité**

On expose les leçons des 30 dernières années de la médecine familiale :

1. On n'a pas réformé la formation, la pratique ou le système de soins;
2. Ce n'est qu'une option pour les soins primaires;
3. Le ratio de spécialistes aux États-Unis continue de croître;
4. Les États-Unis restent les seuls à avoir de multiples spécialités générales;
5. Les trois disciplines médicales des soins primaires restent distinctes et évoluent de façon parallèle et séparée.

On discute beaucoup du managed care en raison des contrôles de coûts. C'est plus une gestion du remboursement que des soins. Ces pratiques ont généré de la frustration tant chez les médecins que chez les patients en raison de la forte compétition. Près de 50 % des médecins de famille sont à capitation et 50 % sont des employés des organisations. Les maladies chroniques sont souvent multifactorielles, coexistent avec d'autres maladies et requièrent des soins qui dépassent le modèle biomédical. On note l'importance grandissante d'approches comme le disease management, les soins palliatifs et l'application du modèle biopsychosocial à travers le partage de décision avec des patients bien informés. On note une réduction de l'hospitalisation qui crée une pression sur la médecine familiale rendant ainsi plus difficile et moins efficient de maintenir une pratique hospitalière. Ainsi les soins hospitaliers sont de plus en plus rendus par les hospitalistes. Le marché des soins primaires devient plus compétitif avec la prolifération de professionnels de la santé impliqués dans les soins primaires. Il y a un grand changement dans les attentes des patients qui veulent plus de décision partagée. Le développement des technologies d'information va affecter les soins dans quatre champs :

1. Des systèmes de gestion des processus;
2. Des interfaces pour l'information clinique;
3. L'analyse de données;
4. La télémédecine.

Les recommandations pour la médecine familiale sont d'adhérer à un nouveau paradigme qui implique :

1. Utiliser la médecine basée sur les données probantes qui informe et guide la décision clinique tant pour les individus que pour les populations;
2. Adopter les soins populationnels qui impliquent une structure systématique pour identifier les patients à risque ou qui ont une maladie chronique, une implantation des lignes directrices, une évaluation des résultats de santé et de la performance clinique. Le concept de médecine basée sur les données probantes est controversé, mais on a de bons exemples de son efficacité, mais il faut être prudent pour ne pas éroder la continuité des soins personnels;
3. Gérer les maladies chroniques en élargissant les buts pour inclure la capacité fonctionnelle, les soins palliatifs, la prévention et la promotion de la santé.

Il faut revoir la pratique et :

1. Adhérer à la pratique de groupe où le nombre minimal est de quatre même en région rurale;

2. Planter les dossiers informatisés;
3. Varier les modes de prise de rendez-vous;
4. Rendre des soins sans rupture avec l'aide des nouvelles technologies;
5. Travailler en équipe multidisciplinaire où les autres professionnels sont impliqués dans les problèmes mineurs, l'éducation du patient, les programmes de promotion, de disease management et le suivi de la consommation des médicaments et de l'état de santé. Le rôle du médecin est de voir les urgences, prendre les nouveaux patients, faire le diagnostic, la gestion des cas complexes, offrir des soins biopsychosociaux centrés sur le patient, partager la prise de décisions avec le patient et coordonner les soins;
6. Avoir une meilleure collaboration avec la santé publique.

- ❖ Gibbon B & al. Can staff attitude to team working in stroke care be improved ? J Advac Nurs (2002) 40(1) : 105-11. **Implantation, modèle d'équipe**

Des habiletés pour le travail multidisciplinaire sont requises pour rendre les interventions permettant aux patients de se remettre d'un ACV. On manque d'évaluation critique du travail multidisciplinaire et il n'y a pas de consensus sur sa définition ni sur les modes d'implantation. On a identifié de nombreux problèmes au travail d'équipe comme la jalousie, l'ignorance, la perception de perte d'autonomie et une menace au statut professionnel. L'introduction d'approches de coordination (modèles de cheminement clinique, notes d'équipe) n'ont pas résulté en un plus grand travail d'équipe. En conclusion, les équipes prennent beaucoup de temps à développer une cohésion et des valeurs partagées.

- ❖ Gilbert M & al. Evolution of a role to enhance care coordination; Nurs Case Manag (1997) 2(1) : 19-22. **Outils de gestion de cas, modèle de soins coordonnés, collaboration, évaluation**

Les tendances récentes à la réduction des durées de séjour à l'hôpital impliquent de réévaluer les modèles de coordination des soins. Un hôpital aux États-Unis a piloté différents modèles avec différents types de professionnels. Le premier modèle a été de développer un rôle de coordonnateur. Le deuxième a été créer une fonction d'infirmière coordonnatrice, et on envisage de confier ce rôle à une infirmière de pratique avancée. On décrit le processus de développement, les enjeux et interventions et les leçons apprises durant chaque étape de la réorganisation du modèle de gestion de cas.

- ❖ Gill JM & al. Impact of provider continuity on quality of care for persons with diabetes mellitus; Ann Fam Med (2003) 1(3) : 162-70. **Continuité**

Plusieurs patients ne reçoivent pas les tests recommandés et une des raisons évoquées est le manque de continuité des soins. Toutefois cette étude n'a pas trouvé d'association entre la continuité et la complétion des tests de suivi du diabète.

- ❖ Gill JM. Can hospitalisations be avoided by having a regular source of care ? Fam Med (1997) 29(3) : 166-71. **Accès, managed care, globalité, satisfaction**

Une façon d'améliorer l'accès est d'offrir une source de soins régulière (RSOC). Plusieurs états ont initié des efforts dans le contexte du managed care, mais ces programmes n'ont pas réduit les taux d'admission. En fait les RSOC ne peuvent réduire les admissions que pour certaines conditions si on a de bons soins primaires. Les soins primaires sont définis comme des soins disponibles au point d'entrée et qui sont longitudinaux, globaux et coordonnés. Avoir une source régulière est essentielle, mais non suffisante. Elle peut réduire les durées de séjour, les visites aux urgences, améliorer les soins préventifs et la satisfaction des patients.

- ❖ Gill HS, Rovinsky M. Strategic implications of developing integrated levels of care; Manag Care Q (1998) 6(2) : 21-35. **Incitatifs, modèle de soins intégrés, implantation**

Les mécanismes de remboursement actuels donnent des incitatifs au développement, ou à avoir accès ou à utiliser des installations de soins post-aigus, mais pas nécessairement pour donner des soins intégrés. Plusieurs forces du marché obligent les systèmes à réexaminer comment les soins sont donnés le long du continuum et à créer des incitatifs à leur intégration. On décrit comment développer des niveaux de soins intégrés et les implications stratégiques qui en découlent.

- ❖ Gill HS, Walter DB. Sub-acute care : an overview for acute care hospitals and systems; Hosp Technol Ser (1994) 13(16) : 1-27. **Hiérarchisation**

Les soins subaigus permettent de gérer les patients à risque de consommer d'importantes ressources de manière plus efficace et efficiente. Ces soins représentent un niveau viable et nécessaire. Ils vont continuer d'être une importante modalité de soins indépendamment des changements dans les modes de paiement ou dans les mécanismes d'accréditation.

- ❖ Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom; Am J Public Health (2002) 92(11) : 1721-5. **Modèle communautaire, modèle de soins primaires, incitatifs**

De nouvelles politiques ont donné aux modèles « **community oriented primary care** » (COPC) une nouvelle résonance. Présentement, les trusts de soins primaires assument la responsabilité d'améliorer la santé des populations et des projets de services médicaux personnels façonnent les soins primaires selon les besoins locaux avec des contrats locaux. Les COPC ont fourni des plans de formation et des infrastructures qui peuvent aider ces nouvelles organisations à développer des habiletés en santé publique et à promouvoir une bonne entente entre tous les professionnels en soins primaires. Plusieurs facteurs laissent place à l'optimisme concernant les COPC au R.U.

Si les praticiens de soins primaires veulent dépasser une planification axée sur les services pour aller vers une planification basée sur les déterminants de la santé, ils devront développer des habiletés en santé publique. Les pénuries ont augmenté la pression pour une formation interdisciplinaire en santé publique.

- ❖ Gillanders WR & al. Assessing the denominator problem in community-oriented primary care; Fam Med (1991) 23(4) : 275-8. **Outils d'évaluation, modèle communautaire**

Déterminer les besoins en soins de santé est un point essentiel aux modèles « **community oriented primary care** » (COPC). Plusieurs médecins, manquant des ressources en recherche, peuvent étendre les données de leur clientèle à la communauté. L'étude a comparé un échantillon de personnes âgées vivant dans la communauté à un autre fréquentant un centre de santé. L'étude dans la communauté et le registre des patients étaient comparables sur des caractéristiques démographiques clés, mais des différences statistiquement significatives étaient observées sur l'état fonctionnel et un certain nombre de conditions médicales chroniques. Les patterns d'utilisation des soins de santé étaient similaires. Les patients du centre de santé étaient plus représentatifs que prévu de ceux vivant dans la communauté.

- ❖ Gillies RR & al. Conceptualizing and measuring integration : findings from the health systems integration study; Hosp Health Serv Adm (1993) 38(4) : 467-89. **Gestion**

Dans cet article on souhaite clarifier les différents types d'intégration et partager les résultats de l'étude de 12 systèmes intégrés aux États-Unis. Les membres administrateurs perçoivent leur système plus intégré que les gestionnaires responsables des opérations;

Quelques aspects de l'intégration fonctionnelle sont associés à l'intégration clinique.

- ❖ Give outcomes managers responsibility for continuum-of-care issues; Hosp Case Manag (1999) 7(4) : 61-4. **Managed care, outils de gestion de cas**

Pour alléger le fardeau des gestionnaires de cas déjà surchargés de travail, certains hôpitaux ont transféré la responsabilité des soins orientés sur le continuum à une nouvelle catégorie de personnel : les gestionnaires de résultats.

Certains experts disent que c'est trop que de demander aux gestionnaires de cas d'être capables de gérer efficacement les soins individuels lors d'un épisode en établissement de soins aigus et de maintenir une perspective plus large concernant la pré-admission et les soins après l'épisode aigu.

Dans un modèle, on assigne un gestionnaire de résultats à chaque patient d'une population spécifique identifiée comme étant à haut volume ou à haut risque. Ces gestionnaires sont des infirmières. Ainsi, les gestionnaires de cas s'occupent des besoins individuels des patients et de leur plan de congé alors que les gestionnaires de résultats s'occupent du continuum de service.

Dans un autre modèle, le gestionnaire de résultat est à la tête d'une équipe qui travaille selon une approche populationnelle en partenariat avec le médecin. Il analyse les données et les présente à l'équipe pour déterminer des améliorations possibles des processus.

- ❖ Glanville R. Spectrum of healthcare delivery from hospital to home in the United Kingdom; World Hosp Health Serv (1996) 32(1) : 25-8. **Accès**

On a déterminé où les services devraient être localisés sur le spectre allant de la maison à l'hôpital au R.U. et on a identifié des alternatives de dispensation. Ce qui sous-tend actuellement les changements ce sont les impératifs économiques, mais cela pourrait être une opportunité d'innover.

- ❖ Glasgow RE & al. Diabetes care practices in primary care : results from two samples and three measurement sets; Diabetes Educ (1999) 25(5) : 755-63. **Qualité**

Il y a une variation considérable sur la prise en charge du diabète en soins primaire et peu d'adhésion aux lignes directrices.

- ❖ Glasser M, & al. Meeting the needs of rural populations through interdisciplinary partnerships; Fam Community Health (2003) 26(3) : 230-245. **Collaboration, modèle communautaire, incitatifs, implantation, évaluation**

Cet article décrit l'organisation et les résultats d'une « **Rural Health Outreach Initiative** » conçue pour augmenter la collaboration entre les secteurs de l'éducation médicale et de la fourniture des soins de santé. Deux stratégies de partenariat interreliées ont été utilisées dans des communautés rurales pour traiter des besoins en santé et services sociaux des populations rurales. Les deux stratégies reposaient sur des collaborations interdisciplinaires. L'une impliquait la création de partenariats entre des étudiants en médecine de milieux ruraux et les projets qu'ils ont initiés utilisant le modèle de soins primaires communautaires. L'autre impliquait des partenariats entre des entités communautaires variées. Cet article résume la procédure et les résultats de ces collaborations innovatrices à deux niveaux : d'abord entre les institutions de soins et de services, ensuite entre les institutions académiques et les communautés locales.

- ❖ Glassock RJ. Optimising disease management in the next 25 years; Semin Nephrol (1997) 17(4) : 387-90. **Disease management, incitatifs, coûts**

Le disease management met l'emphase sur le continuum au lieu de l'épisode de soins. La prévention primaire et secondaire, l'évitement des complications, l'amélioration de la santé, la sélection des traitements basée sur les données probantes et la rationalisation auront un profond effet sur le financement et sur l'implication des néphrologues et les dispensateurs de soins au niveau intermédiaire. Les éléments du disease management sont :

1. Une mesure rigoureuse des résultats;
2. Une amélioration continue de la qualité;
3. Un modèle de la maladie ou de la condition;
4. L'optimisation de la qualité et des coûts;
5. La participation des cliniciens et des patients avec un suivi de l'observance;
6. Un plan de traitement en lien avec les enjeux et structures de coûts identifiés pour la maladie.

On met l'emphase sur les effets longitudinaux tant individuels que populationnels.

- ❖ Glen S. Emotional and motivational tendencies : the key to quality nursing care ? Nurs Ethics (1998) 5(1) : 36-42. **Qualité**

La question de comment améliorer la qualité est au cœur des débats des soins infirmiers contemporains. Ce qu'est la qualité n'est pas clair, car elle a de multiples définitions qui conduisent à un continuum allant de la compétence minimale à l'excellence. La qualité ne peut être évaluée uniquement en référence à des critères de performance, elle doit inclure les qualités personnelles. La clé de l'amélioration de la pratique pourrait être l'amélioration des aspects émotionnels et de motivation. Le développement professionnel implique le développement personnel.

- ❖ Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease – Part II : Integration; Health Care Manage Rev (2001) 26(1) : 70-84. **Modèle de soins coordonnées, outils de gestion de cas, de standardisation, gestion, implantation**

Le développement d'un niveau approprié d'intégration nécessite des cultures collectives plus fortes et une amélioration de la communication. L'ajustement mutuel est la forme la plus directe de coordination utilisant généralement la communication informelle. La supervision directe confie la responsabilité de la coordination à une personne ayant une autorité hiérarchique. La coordination peut aussi être atteinte par quatre formes de standardisation :

1. Standardisation du travail;
2. Standardisation des résultats;
3. Standardisation des compétences;
4. Standardisation des normes où la socialisation est utilisée pour établir des croyances et des valeurs communes pour avoir les mêmes attentes.

La plupart des organisations utilisent les six mécanismes. Les systèmes de soins ont favorisé la standardisation des compétences, mais ce mécanisme a échoué et doit être remplacé par l'ajustement mutuel et la standardisation des normes. Certains sont tentés par la supervision directe avec l'ajout d'une nouvelle fonction comme le gestionnaire de cas, mais cela vient avec des solutions sur « papier » (réorganisations, planification stratégique, liste de besoins, grandes études, gros rapports).

On a aussi une tendance à la standardisation du travail avec la médecine basée sur les données probantes. La façon la plus efficace de renforcer l'ajustement mutuel est de standardiser les normes où les contrôles externes sont remplacés par l'internalisation des attitudes.

Cependant, le système manque d'une culture forte. Il y a des problèmes de gestion qui doivent être résolus :

1. Dans la gestion des services le principal problème est la coordination, soit de savoir qui coordonne;
2. Dans la gestion du système il y a le problème de collaboration.

Ces deux problèmes en sont un de coopération ou d'attitude. Les activités cliniques ne peuvent être coordonnées par la gestion, des systèmes administratifs ou des discussions sur la qualité déconnectées de la dispensation, ou encore par des réorganisations constantes. Il y a trois modèles d'opérations cliniques :

1. Les activités très programmées qui demandent peu d'ajustement mutuel, on les appelle modèle de la chaîne;
2. Les activités pour les cas complexes où le travail d'équipe et l'ajustement est inévitable, on les appelle le modèle web;
3. Les activités intermédiaires où un médecin en charge consulte des spécialistes.

Il existe trois barrières entre les spécialistes et les généralistes :

1. La barrière des soins aigus qui fait que les soins sont donnés à l'hôpital et les interventions de santé dans la communauté;
2. La barrière médicale où on divise entre médecins et autres professionnels;
3. La barrière professionnelle qui sépare les professionnels des praticiens non certifiés ou alternatifs.

Il faut un nouveau style de gestion le style « artisanal » qui consiste plus : à inspirer que faire de l'habilitation, à convaincre que contrôler, à faciliter ce qui doit être plutôt que décider ce qui devrait être. Il faut encourager l'ajustement mutuel, construire une culture et identifier les besoins collectifs. Les professionnels doivent développer une plus grande appréciation du processus de gestion et les gestionnaires doivent refléter une plus grande compréhension des opérations cliniques.

- ❖ Godehaux CW & al. A continuum of care model; Nurs Manag (1997) 28(11) : 73-6. **Outils de partage d'information, de référence, continuité, satisfaction, modèle de soins intégrés, évaluation**

Un outil de documentation interdisciplinaire, qui donne un aperçu de toutes les activités de planification nécessaires à chaque patient et sa famille lors du congé, a été créé. Avec le temps, cet outil a évolué vers un modèle de continuum où maintenant toutes les disciplines maintiennent la continuité des soins.

Tous les formulaires ont été changés pour refléter la collaboration interdisciplinaire. Cette pratique doit être orientée sur les résultats. Le comité qualité a déterminé que l'infirmière serait le coordonnateur des plans de congé et un groupe a été formé pour réévaluer les politiques de congé.

Un protocole a été développé pour sélectionner des patients pour les services de nutrition. On a fait du balisage concurrentiel pour les données de réadmission. Le comité de congé a été transformé en comité de continuum. L'outil de suivi du continuum aide à maintenir la continuité et identifie les besoins des patients en tout temps. Il intègre les procédures, les rôles et responsabilités de l'équipe multidisciplinaire. L'observance aux procédures était plus de 60 % après 6 mois et de 80 % à 1 an. On a eu une réduction de la durée de séjour, des réadmissions et une augmentation de la satisfaction des patients.

- ❖ Godfrey MM & al. Microsystems in health care : Part 3. Planning patient-centred services; Jt Comm J Qual Saf (2003) 29(4) : 159-70. **Gestion, évaluation, efficience**

Le point de départ pour dessiner ou redessiner un micro système clinique est d'évaluer :

- La sous-population desservie;
- Les gens qui travaillent ensembles;
- Les processus utilisés pour rendre les services;
- Les profils qui caractérisent le fonctionnement du système.

Des méthodes et outils ont été développés pour évaluer ces éléments. Les services de planification visent à réduire la variation, à faciliter une prise de décisions informée, à promouvoir l'efficience en éliminant de façon continue les pertes et duplications, à créer des systèmes et processus qui supportent le personnel, à élaborer des services sécuritaires et efficaces qui se traduisent en résultats mesurables.

- ❖ Goel NL, Keefe RH. Medicaid managed care meets developmental disabilities proceed with caution; J Health Soc Policy (2003) 16(3) : 75-90. **Managed care, modèle professionnel, arbitrage coûts, outils de gestion de cas, gestion, évaluation, implantation**

Le managed care a un impact potentiel sur les gens avec des déficiences intellectuelles. On discute de la philosophie derrière le modèle des habiletés fonctionnelles qui n'est pas congruente avec celle du managed care. Il est possible d'élaborer des modèles qui pourraient être utilisés avec ces clientèles dans un contexte de managed care. Même s'il y a plusieurs définitions du modèle, il met l'emphasis sur le contrôle des coûts, la réduction de l'accès, les épisodes de soins.

Ici on le définit comme une série :

- De décisions où la santé et les aspects financiers sont interreliés;
- De liens ou contrats entre les assureurs, les consommateurs, les dispensateurs et les états pour réduire les coûts du payeur en rationnant l'accès et l'utilisation des services.

La déficience est une série de conditions qui produisent des problèmes fonctionnels susceptibles de se poursuivre indéfiniment. Le managed care s'est développé comme des entreprises à but lucratif. Il suppose l'utilisation de gestionnaires de cas pour gérer l'utilisation et ils agissent comme **gatekeepers**. Ce rôle signifie la recherche de dispensateurs qui offrent des heures étendues d'ouverture et qui se concentrent sur les traitements de court terme. On s'attend à ce qu'ils réfèrent les clients à des programmes communautaires sans paiement à l'acte qui aident au patient à retrouver son niveau fonctionnel antérieur. Le traitement est orienté sur un modèle médical des soins aigus et de crises et le traitement des maladies chroniques est peu remboursé.

Les projets pour les personnes avec déficiences n'ont pas démontré des gains d'efficacité ou des économies. On fait l'hypothèse qu'en raison des impératifs de profit, ce modèle est susceptible d'allouer moins de ressources. On souhaite donc pour ces clientèles une réorganisation des services qui devraient être flexibles et inclure de la coordination et un gestionnaire de cas. Il est difficile de prédire l'utilisation chez cette population hétérogène. Une solution est de confier les soins aigus au managed care et que l'état prenne en charge les autres besoins sur la base d'un paiement à l'acte.

On peut utiliser une approche « **cross** » populationnelle pour partager les risques financiers. On peut faire des contrats à capitation avec des organisations spécialisées. On peut regrouper les professionnels qui prennent en charge ces patients pour en faire des organisations spécialisées qui vont à la fois gérer et dispenser les services comme les HMO. Il faudrait un système d'accréditation qui évalue la qualité. Actuellement avec la croissance des maladies chroniques et le vieillissement on se retrouve avec une institutionnalisation non appropriée de ces patients.

- ❖ Goetz RR. Finding opportunities at the interface; New Dir Ment Health Serv (1999) (81) : 85-7. **Modèle de soins intégrés, de soins primaires, managed care, implantation, incitatifs**

Il existe des opportunités et des dilemmes pour l'intégration des soins primaires et de santé mentale. La communication est la clé. Il faut comprendre les interfaces. Il y a trois enjeux :

- Clinique;
- Administratif;
- Financier.

L'intégration, selon chacune de ces dimensions, a des conséquences du point de vue des patients, des dispensateurs, des organisations et des systèmes. Dans l'intégration, le modèle holistique des soins primaires rencontre le modèle bio-psychosocial de la santé mentale. L'utilisation de techniques de managed care conduit souvent à déranger les relations établies précédemment. Les règles de l'intégration sont fluides et doivent être rendues explicites. Une approche tactique est de mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité. Cette intégration est une opportunité de revenir à des valeurs de prévention et de soins populationnels.

- ❖ Goldberg RJ. Financial management challenges for general hospital psychiatry; Gene Hosp Psychiatry. (2001) 23(2) : 67-72. **Gestion**

Les programmes de psychiatrie font face à des défis importants pour le financement et leurs plans d'affaires. Les responsables en psychiatrie doivent entretenir des rapports constants avec les responsables cliniques afin d'identifier les problèmes et les opportunités. Les dirigeants sont responsables des stratégies pour développer des systèmes d'information adéquats. Il serait souhaitable que certains leaders émergent pour pouvoir répondre aux besoins exprimés et répondre aux injustices formulées.

- ❖ Goldstein D. Moving beyond generic integration models; *Healthc Financ Manage* (1995) 49(4) : 56-58, 60. **Implantation, gestion, modèle de soins intégrés**

L'adhésion rigide à des modèles génériques d'intégration a souvent conduit à l'échec. Une série de conditions facilitantes doivent être en place avant de pouvoir implanter correctement un système de soins intégré.

- ❖ Gordon M & al. Clinical judgement : an integrated model; *ANS Adv Nurs Sci* (1994) 16(4):55-70. **Outils de gestion**

La littérature sur le jugement clinique est analysée comme fondement d'une proposition pour un modèle intégrateur du raisonnement diagnostique et du raisonnement éthique.

- ❖ Gordon NP & al. Types of health care coverage and the likelihood of being serene for cancer; *Med Care* (1998) 36(5) : 636-45. **Continuité**

On regarde si le type de couverture affecte la réception des procédures recommandées pour le dépistage du cancer. De recevoir les soins principalement d'un seul médecin augmente la possibilité de recevoir les procédures de dépistage.

- ❖ Gouvêla WA, Shane R. The three dimension of managed care pharmacy practice; *Am J Manag Care* (1997) 3(2) : 231-9. **Modèle professionnel, de soins intégrés**

On offre un cadre pour la pharmacie en identifiant et discutant trois de ses dimensions :

1. La pratique le long du continuum;
2. L'élément central de la pratique;
3. L'évolution de la pharmacie.

Ce que les patients ont comme besoins et ce qu'ils attendent est très consistant. Dans le développement des systèmes intégrés, les pharmaciens doivent développer leurs savoirs et habiletés le long du continuum. Ils ont l'opportunité d'être impliqués directement dans les soins aux patients dans des domaines comme la prévention, les soins à domicile, les soins primaires et subaigus. Les systèmes actuels d'information, les modes de distribution des médicaments à l'hôpital, la pharmacie clinique et l'environnement fiscal compromettent ces opportunités.

- ❖ Gouvernement du Québec. Projet de loi n° 25, chapitre 21 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; Éditeur officiel du Québec, (2003).
- ❖ Granek-Catarivas M. The family physician, the patient and the hospital; *Isr Med Assoc J* (2001) 3(12) : 888-92. **Continuité, arbitrage**

Les médecins de famille coordonnent les soins de leurs patients et les suivent d'une manière longitudinale. Est-ce qu'ils ont un rôle à jouer quand leurs patients sont hospitalisés ? Une participation plus active offre une valeur ajoutée à la gestion des patients durant leur hospitalisation.

- ❖ Grant P, Love K. Blood from a turnip. Financial models in case management; Nurs Case Manag (1996) 1(2) : 90-5. **Outils de gestion de cas, de qualité, de gestion, implantation, évaluation, coûts**

Un système a sauvé des coûts en instaurant une gestion de cas globale. La clé du succès a été de paier les informations cliniques aux informations financières. Le partage de cette information avec les médecins et l'emploi d'experts cliniques comme gestionnaires de cas a dramatiquement changé les soins offerts aux patients sur le continuum. Après huit ans l'information requise est plus concise et analysée par une équipe et utilisée pour améliorer les soins. Au centre de ce processus c'est le gestionnaire de cas. On a utilisé le modèle du « **clinical practice improvement** » (CPI).

- ❖ Gray J & al. Workload implications of identifying patients with ischaemic heart disease in primary care : population-based study; J Public Health Med (2003) 25(3) : 223-7. **Outils d'identification des risques**

On décrit une intervention dont les buts sont de :

- Constituer des registres pour la prise en charge des affections cardiaques ischémiques (IHD) dans trois unités de soins de première ligne;
- Identifier la proportion des patients avec des troubles ischémiques déjà connus et estimer la charge de travail dans la production de ces registres.

Un programme de recherche centralisé peut identifier efficacement et à peu de frais les patients IHD. Comme l'identification des cas est une étape essentielle dans l'implantation d'une prévention secondaire efficace, d'autres équipes de soins de première ligne peuvent trouver cette méthode utile afin d'améliorer la prise en charge d'un patient IHD.

- ❖ Green PL. Improving clinical effectiveness in a integrated care delivery system; J Healthc Qual (1998) 20(6) : 4-8. **Implantation, outils de gestion de cas, qualité, efficience, collaboration**

On a établi un programme de gestion de cas qui est défini comme un processus interdisciplinaire de coordination centré sur le client et des services sur le continuum pour atteindre la qualité et l'efficience. Le programme inclut l'établissement d'un modèle de pratique de collaboration qui fut instrumental dans l'obtention d'améliorations significatives de la performance clinique et financière.

- ❖ Greenberg GA & al. From profession-based leadership to service line management in the Veterans Health Administration : Impact on mental health care; Med Care (2003) 41(9) : 1013-23. **Gestion, continuité, évaluation**

On regarde, pour faire suite à l'implantation d'une « **ligne de services** » la performance sur :

- La continuité;
- Les réadmissions;
- L'emphase sur les soins communautaires;
- Le maintien d'un niveau de financement approprié.

À court terme, on a eu des améliorations au niveau de la continuité et de la réduction des réadmissions.

- ❖ Greenberg GA, Rosenheck RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions; *Psychiatr Serv* (2003) 54(4) : 529-34. **Continuité, évaluation**

On examine l'association entre la continuité et les facteurs sous le contrôle des gestionnaires, de même qu'avec ceux qui sont hors de leur contrôle. Les meilleurs prédicteurs de continuité sont les dépenses *per capita* en ambulatoire et le degré d'emphase sur les soins ambulatoires mesuré par le pourcentage des dépenses de santé mentale affecté aux soins ambulatoires. Le facteur environnemental du capital social est associé à plus de continuité.

- ❖ Gribben R & al. Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand; *N Z Med J* (2002) 115(1151) : 163-6. **Qualité, outils d'évaluation**

Le but est de développer des indicateurs de qualité pour les soins primaires de Nouvelle-Zélande. On a proposé 28 indicateurs dans cinq catégories :

1. La cessation tabagique;
2. Les activités de prévention;
3. La qualité de la prescription;
4. La gestion des maladies chroniques;
5. La qualité des données.

- ❖ Grimes DE, Garcia MK. Advanced practice nursing and work site primary care : challenges for outcomes evaluation; *Adv Parct Nurs Q* (1997) 3(2) : 19-28. **Programmes**

Si la pratique des soins primaires est de servir les individus, les buts des programmes de soins primaires sont fréquemment ciblés vers les populations. La double évaluation des soins centrés sur les patients et les soins populationnels doit donc être considérée.

- ❖ Gruen R & al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings; *Cochrane Database Syst Rev* (2004) (1) : CD003798. **Accès, qualité**

Les auteurs soutiennent que l'accès aux soins, les résultats ainsi que la qualité des soins offerts par les spécialistes sont grandement améliorés lorsque ceux-ci les rendent dans le cadre d'une intervention à multiples facettes.

- ❖ Haddad KM. Voluntary purchasing pools : a market model for improving access, quality, and cost in health care; *American College of Physicians Ann Intern Med* (1996) 124(9) : 845-53. **Gestion**

Cette prise de position discute comment un système bien élaboré de pool d'achat volontaire peut aider à protéger l'intégrité des soins dans un marché où le managed care émerge.

- ❖ Hadley TR, Glodman H. Effect of recent health and social service policy reforms on Britain's mental health system; *BMJ* (1995) 311(7019) : 1556-8. **Gestion, arbitrage, continuité, efficience**

Au R.U. on a changé la façon de rendre les services communautaires aux patients atteints de troubles mentaux graves. On a créé les mêmes problèmes qu'aux États-Unis où les cliniciens se battent pour donner des services dans un environnement avec de multiples payeurs et des incitatifs pervers. Un système simple a été remplacé par des structures financières et organisationnelles compliquées qui rendent pratiquement impossible la coordination des soins alors que la continuité est cruciale pour ces patients. La création d'autorités locales de santé mentale qui seraient responsables des soins communautaires comme aux États-Unis, pourrait être une solution.

- ❖ Haggerty J & al. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitant; Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, mars (2004) 32 pages. **Accès, continuité**

Les patients qui entretiennent une bonne relation avec leur médecin bénéficient d'une meilleure coordination des soins entre leur médecin et les spécialistes et de conseils plus complets sur la prévention des maladies et le maintien d'une santé optimale. Plus d'une personne sur cinq à Montréal n'a pas de médecin de famille.

Les cliniques de première ligne et les médecins ont tendance à privilégier soit la continuité soit l'accessibilité, mais les patients ont besoin des deux. Les cliniques dont l'accessibilité et la continuité des soins sont acceptables ont en commun : elles offrent des consultations avec et sans rendez-vous en soirée, elles ont moins de dix médecins et elles ont des liens opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé. Leurs médecins ont des méthodes efficaces pour répondre aux besoins urgents de leurs patients qui peuvent être gérés par leur secrétaire et ils voient environ quatre patients par heure.

- ❖ Hakkinen U & al. Economic depression and the use of physician services in Finland; Health Econ (1996) 5(5) : 421-34. **Continuité, accès**

On rapporte les déterminants de l'utilisation des soins médicaux en Finlande et on veut évaluer comment cette utilisation a été affectée pendant la dépression économique et les changements dans le système de soins. Les changements les plus significatifs ont été une réduction des visites pour les patients avec des maladies chroniques. Les variables qui décrivent la continuité des soins semblent être plus importantes comme déterminant des visites aux médecins que les variables socioéconomiques et de disponibilité.

- ❖ Hall DM, Doran D. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality; J Nurs Care Qual (2004) 19(1) : 27-33. **Modèle professionnel, outils de gestion, de standardisation, qualité, programme, collaboration, évaluation**

Peu de recherche existe sur le lien entre les stratégies de recrutement et les modèles de dispensation des soins. Les infirmières croient que le modèle de l'infirmière praticienne est associé à une plus grande qualité. Les modèles de dispensation des soins aux patients sont aussi d'importants prédicteurs de la qualité. Trois variables décrivent le modèle :

1. Le nombre de soins dispensés quand un membre du personnel est affecté à un patient et est responsable d'organiser tous les soins;
2. Une équipe est affectée à un groupe de patients;
3. Une infirmière est de garde 24 heures pour des patients spécifiques.

La coordination a été théorisée comme l'utilisation d'approches individuelles ou par programme comme des algorithmes ou des trajectoires de soins. Avoir que des infirmières de pratique avancée a été associé à une perception positive de la qualité par les infirmières. Avoir plusieurs types d'infirmières a été associé négativement à l'utilisation d'approches individualisées et à la communication. Avoir des infirmières et du personnel non professionnel a été associé positivement à l'utilisation d'approches individualisées et à la communication. L'introduction de non professionnels implique des discussions au sujet de la clarification des rôles et responsabilités.

Le modèle des soins globaux (l'infirmière donne tous les soins) est perçu comme n'apportant pas de contribution à la qualité ou à l'utilisation d'approches individualisées. Les infirmières pensent que le modèle d'équipe est perçu plus efficace pour améliorer la qualité et la coordination. Le modèle de soins est donc un prédicteur de la qualité.

- ❖ Hall MA & al. Trust in physicians and medical institutions : What is it, can it be measured and does it matter ? Milbank (2001) 79(4):613-39. **Gestion**

Malgré l'importance des trusts, on n'a pas de compréhension commune de ce que c'est et on sait peu sur ce qu'ils apportent. On a révisé et synthétisé la littérature à ce sujet et on propose une définition formelle et un cadre conceptuel.

- ❖ Halsted CH. The relevance of clinical nutrition educational and role models to practice of medicine; Eur J Clin Nutr (1999) 53 Suppl 2 : S29-34. **Formation**

Actuellement les médecins ne sont pas formés pour faire le lien entre les régimes alimentaires et les problèmes de santé.

- ❖ Halsteinli V & al. Scale, Efficiency and Organisation in Norwegian Psychiatric outpatient Clinics for Children; J Ment Health policy Econ (2001) 4(2) : 79-90. **Outils de gestion, accès, évaluation**

En Norvège, on croit que des 5 % des enfants qui auraient besoin de services spécialisés en psychiatrie, seulement 2.1 % y ont accès. L'accès aux services peut être amélioré si on augmente la capacité, mais aussi en augmentant l'utilisation des ressources actuellement disponibles. On n'a pas encore considéré avoir recours aux incitatifs financiers pour augmenter la productivité. Il y a trois enjeux :

1. Une augmentation de 50 % de la productivité est-elle réaliste;
2. Peut-on faire des économies d'échelle ?;
3. Jusqu'où les différences de productivité peuvent être expliquées par les « *case-mix* » ou la composition des équipes?

On a développé un modèle avec des outputs (le nombre d'heures utilisées pour les interventions directes ou indirectes où ni le nombre d'interventions ou de patients ont été significatifs);

Des inputs (la formation universitaire ou non-universitaire et cela n'a pas été significatif).

On a tout de même pu estimer qu'un gain de productivité de 50 % était réaliste.

- ❖ Hannak KJ, Shamian J. Integrating a nursing professional practice model and nursing informatics in a collective bargaining environment; Nurs Clin North Am; (1992) 27(1) : 31-45. **Outils de partage d'information**

On décrit l'intégration d'un modèle professionnel de pratique de soins infirmiers et le support informatique pour un tel modèle, ayant pour but la fusion des soins professionnels.

- ❖ Harper PG & al. Implementing community-oriented primary care projects in an urban family practice residency program; Fam Med (2000) 32(10) : 683-90. **Implantation, modèle communautaire**

Des cliniques intéressées à mettre en place des modèles « **community oriented primary care** » (COPC) ont eu des difficultés avec l'implantation de la théorie. Cet article décrit ces projets et les huit leçons apprises :

1. Les cliniques devraient choisir un sujet ou problème passionnant dans leur milieu;
2. Il faut trouver un médecin champion et un non-médecin. Un médecin renommé et un membre du personnel non-médical augmentent le succès du projet;
3. Commencer avec les intervenants de la clinique;
4. Les partenariats débutent le processus d'extension à la communauté et augmentent l'impact du projet;
5. L'évaluation des projets devrait débuter avec des données cliniques;
6. S'attendre à ce que l'implantation soit longue;
7. Impliquer les résidents dans des tâches concrètes;
8. Ultimement, le projet doit être institutionnalisé dans la clinique pour survivre.

- ❖ Harrington J.T. Implementing guidelines for interdisciplinary care of low back pain : a critical role for pre-appointment management of speciality referrals; JT Comm J Qual Improv (2001) 27(12) : 651-63. **Outils de référence, de standardisation, de gestion, implantation, évaluation, coûts, accès, efficience**

Améliorer les soins nécessite une implantation plus efficace des lignes directrices et de redessiner les processus de dispensation. Le système de référence est un élément clé où les maux de dos sont un bon exemple de la nécessité d'amélioration. Un programme interdisciplinaire a été implanté selon les méthodes d'amélioration des processus. Les composantes sont les lignes directrices, des rôles définis, un système uniforme de codage des services, l'éducation des dispensateurs et des patients, une gestion des rendez-vous et références, une gestion et un suivi des processus. Ce programme a réduit les coûts de main-d'œuvre, de duplication et la facturation en spécialité.

Une référence sur rendez-vous améliore l'implantation des lignes directrices, l'accès aux services spécialisés et l'efficience pour des problèmes de santé complexes.

Les lignes directrices sont un effort d'améliorer les soins, mais on a peu d'évidence de leur réussite. Les maladies chroniques sont un grand défi, car les systèmes et les processus de soins n'ont pas traduit le savoir médical dans des soins à temps, fiables, efficaces et rassurants. Redessiner le système pour avoir des processus plus efficaces et mieux coordonnés est un prérequis pour améliorer les résultats, la satisfaction et réduire les coûts.

Dans ce projet, on a conçu l'amélioration dans une perspective de système plutôt qu'individuelle. Revoir la gestion des références a été une meilleure intervention pour appuyer l'implantation des lignes directrices parce que cela implique un changement fondamental des processus.

La gestion des références a été plus efficace que le *gatekeeping* ou la pré-approbation par l'assureur ce qui suggère qu'une implication des spécialistes dans la coordination des soins est nécessaire et que l'accent soit mis sur des références efficaces plutôt que sur le contrôle des coûts.

- ❖ Hartwig MS, Landis BJ. The Arkansas AHEC model of community-oriented primary care; *Holist Nurs Pract* (1999) 13(4) : 28-37. **Modèle communautaire, professionnel, accès, qualité, incitatifs**

Cet article explicite le modèle « *community oriented primary care* » (COPC) de l'Arkansas (AHEC) et le rôle de l'infirmière praticienne familiale dans sa réalisation. Les AHEC collaboraient avec les agences locales pour fournir des soins de santé complets, accessibles et de qualité à des populations spécifiques.

Le COPC combine les principes de l'épidémiologie et des sciences sociales avec les soins des patients. Combiner les principes de base de la santé publique avec ceux des soins primaires élargit le champ des soins individuels à la communauté. Le COPC implique une base théorique holistique qui voit la maladie et la santé comme l'interaction de déterminants environnementaux, spirituels, psychologiques et biophysiques. C'est une approche importante pour la prévention primaire et secondaire et elle a été ciblée pour gérer les enjeux de coûts, d'accès et de qualité de soins. Il y a une variété d'approches d'équipe pour dispenser les soins primaires :

- Pluridisciplinaire où la gestion médicale ignore les autres disciplines;
- Multidisciplinaire : une variété de disciplines contribue au traitement. Cette approche est pertinente pour les patients très malades et requière une référence en spécialité;
- Interdisciplinaire : les membres s'engagent dans la résolution de problème au-delà de leurs savoirs disciplinaires;
- Transdisciplinaire : un membre de l'équipe sert de praticien de soins primaires pour gérer le cas d'un patient.

Pour le COPC c'est l'approche multidisciplinaire qui est la plus adéquate. Dans ces modèles la population peut être prédéfinie géographiquement, selon des champs de pratique ou selon des problématiques. Les familles des patients font aussi partie de la population cible.

- ❖ Hasselback P & al. Le projet Taber des soins primaires intégrés : de la vision à la réalité. Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, août (2003). **Modèle de soins primaires, implantation, satisfaction**

Les systèmes de soins primaires intégrés deviennent rapidement le nouveau modèle de choix pour les praticiens. L'intégration ne doit pas se faire par l'imposition de solutions d'autorité. Les professionnels doivent être réunis en équipe et trouver de nouveaux moyens d'offrir les services de santé. Donner à l'amélioration des soins aux patients la première place favorisera une plus grande coopération des professionnels.

Le changement qui donne du pouvoir aux non-médecins a plus de chances de réussir quand les médecins ont voix au chapitre. La satisfaction des patients ne souffre pas quand les médecins et d'autres professionnels de la santé présentent le changement sous un jour positif. Les avantages d'une intégration réussie sont :

- Des travailleurs plus satisfaits;
- Un meilleur service aux patients;

- Une population en meilleure santé;
- Moins d'inefficacité dans l'utilisation du système de santé.

- ❖ Hawkinson ZC, Frates JE. Mandated managed care for blind and disabled Medicaid beneficiaries in a country-organised health system : implementation challenges and access issues; Am J Manag Care (2000) 6(7) : 829-36. **Implantation, managed care, accès, satisfaction**

L'accès et la satisfaction d'une clientèle aveugle sont estimés et les problèmes d'accès sont identifiés, résolus ou minimisés au maximum. Les facteurs associés au succès des programmes de managed care impliquent :

- L'éducation des dispensateurs et des patients;
- Une meilleure compréhension du managed care;
- L'introduction d'activités d'amélioration des services et de documentation des tendances.

- ❖ Hearnshaw HM. & al. Are audits wasting resources by measuring the wrong things ? A survey of methods used to select audit review criteria; Qual Saf Health Care (2003) 12(1) : 24-8. **Gestion, outils de qualité**

Cette étude examine jusqu'où une approche systématique est utilisée pour choisir les critères des audits. Les méthodes de sélection ne sont pas aussi systématiques que souhaité même s'il existe des protocoles d'audit fondés sur des données probantes qui peuvent témoigner de la qualité plutôt que des changements de pratique.

Un enjeu important est que les protocoles publiés ne donnent pas les détails sur comment les critères ont été sélectionnés et il devient impossible de juger de leur pertinence. L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est un outil valide pour évaluer la qualité des méthodes utilisées pour sélectionner les critères des audits.

L'identification de bonnes pratiques dans la sélection des critères permet de cibler les moins bonnes pratiques et de les améliorer pour les prochaines activités d'amélioration de la qualité. L'utilisation de ces protocoles avec des critères mieux choisis peut contribuer à la gouverne clinique.

- ❖ Hecht R & al. Improving the implementation of cost recovery for health : lessons from Zimbabwe; Health Policy (1993) 25(3) : 213-42. **Gestion**

Les gouvernements s'intéressent de plus en plus au recouvrement des coûts comme une façon d'améliorer l'équité et l'efficacité en encourageant le réinvestissement des revenus dans des soins primaires efficaces.

- ❖ Hendryx MS & al. Risk-adjusted outcome models for public mental health outpatient programs; Health Serv Res (1999) 34(1 Pt 1) : 171-95. **Outils d'identification des risques, qualité, modèle de soins intégrés**

On a développé et testé un modèle de gestion des risques. La présence d'un diagnostic sombre, l'abus de substance, l'âge et le statut fonctionnel et les mesures de qualité de vie de base sont des prédicteurs des résultats de santé mentale. Des modèles de gestion du risque fonctionnel et de la satisfaction du patient axés sur les résultats peuvent être développés pour des programmes publics de santé mentale en ambulatoire.

- ❖ Herbert R & al. The Union Health Centre : a working model of clinical care link to preventive occupational health services; Am J Ind Med (1997) 31(3) : 263-73. **Outils de gestion de cas**

L'objectif est de décrire un modèle de médecine du travail qui associe l'accessibilité des soins cliniques avec les efforts de prévention primaire et secondaire. Une clinique de médecine du travail a été mise en place intégrant les soins cliniques directs et la gestion des risques dans le milieu du travail avec les employeurs et les travailleurs. Les spécialistes en sécurité et en salubrité agissent comme des gestionnaires de cas. Ce projet pilote représente un nouveau modèle pour une véritable intégration clinique des soins et des efforts de prévention des maladies liées au travail dans les soins primaires.

- ❖ Herd P. Vertical axes on the long-term care continuum : a comparison of board and care and assisted living; J Aging Soc Policy (2001) 13(1) : 37-56. **Accès, qualité**

Comme le continuum des soins de longue durée prend de l'expansion, les nouvelles options de soins ne sont pas accompagnées par le financement public. On décrit l'accès, les ressources et profits et la qualité des soins dans deux types de résidences.

- ❖ Hibberg PA. The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork – missing link for seamless care ? J Clin Nurs (1998) 7(3) : 274-82. **Collaboration, accès, modèle de soins coordonnés, modèle communautaire, outils de partage d'information, implantation, évaluation**

Les facteurs permettant de donner des services sans rupture sont cités et on suggère que plus d'interactions de collaboration entre les groupes organisationnels sont requises. La philosophie de compétition dans le NHS a nuit aux soins sans rupture. Les caractéristiques des organisations collaboratrices sont décrites. Trois modèles d'interaction aux frontières des organisations lors des transferts sont décrits. Un quatrième modèle impliquant l'amélioration des équipes multidisciplinaires intersectorielles et un partage des professionnels, gestionnaires et de la responsabilité des patients et aidants est proposé.

Pour préserver la qualité des soins, il faut une bonne transition entre l'hôpital et les soins ambulatoires. Dit autrement, il faut des soins sans rupture qui sont définis comme ayant les composantes suivantes :

- Des frontières organisationnelles perméables;
- Des professionnels avec des rôles et responsabilités clairs et imputables;
- Des équipes multidisciplinaires;
- Du support pour le travail en dehors des frontières organisationnelles.

Pour éviter les ruptures aux frontières on pourrait développer un plan partagé des responsabilités pendant la période de transition. À ce jour ceci a été impossible en raison de la philosophie de compétition. Il est important qu'un environnement de réelle collaboration soit implanté. Une structure de collaboration retire la compétition de par une hiérarchie réduite qui laisse plus de place à l'autonomie et au contrôle individuel. La coordination du travail est une fonction importante que chacun doit considérer comme étant son rôle. Il faut s'éloigner d'un système hiérarchique en mettant l'accent sur l'amélioration des compétences, de l'expertise et du savoir pour tous et en encourageant l'interdépendance entre les groupes. Il y a des barrières au modèle d'équipe :

- Les structures actuelles de gestion;
- La résistance des médecins;
- Le manque de formation;

- La crainte de marginalisation de certaines professions.

Il y a trois modèles de transition :

1. Le patient doit lui-même transporter l'information écrite le concernant où des améliorations peuvent être apportées par les systèmes d'information;
2. Le coordonnateur où une personne de chaque milieu prend la responsabilité de la coordination ce qui est utile pour les cas complexes, mais qui a les désavantages de déresponsabiliser les autres intervenants vis-à-vis la coordination et le suivi, de ne pas les inciter à améliorer la communication, de ne pas favoriser l'échange d'expertise;
3. L'hôpital à la maison où l'hôpital fournit des ressources spécialisées pour les traitements complexes à domicile avec ou sans participation des services communautaires. Pour des soins sans rupture, il faudrait :
4. Une responsabilité partagée entre l'hôpital et la communauté;
5. La collaboration des spécialistes et des généralistes;
6. Une organisation et un financement flexible.

Les soins partagés peuvent être améliorés par la formation d'équipes avec des membres des deux secteurs. C'est ce qui amène à proposer un nouveau modèle d'équipe intersectorielle dont les caractéristiques sont :

1. Des équipes avec des membres des deux secteurs;
2. Chaque membre a les qualifications pour les soins de transition;
3. Chaque membre a un rôle clair et un poids égal de responsabilité;
4. Chaque membre partage les objectifs communs;
5. Le plan de transition est appliqué sur une période définie;
6. Chacun est responsable de la coordination.

- ❖ Hill SC, Wooldridge J. Plan characteristics and SSI enrollees' access to and quality of care in TennCare MCOs; Helath Sev Research (2002) 37(5) : 1197-1220. **Incitatifs, managed care, accès, qualité**

On veut savoir si les caractéristiques des organisations de managed care affectent l'accès et la qualité, la connaissance des dispensateurs sur la déficience physique et sur la coordination. L'accès et la coordination sont assez similaires. Lorsque les médecins sont payés à l'acte, ils seraient plus connaissant au niveau de la déficience et offriraient plus de visites préventives. Les différences sur l'accès et le temps d'attente en spécialité sont liées aux mécanismes de suivi de l'utilisation.

- ❖ Himmel W & al. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper ? J Gen Intern Med; (2000) 15(7) : 496-502. **Hiérarchisation, accès**

Une vaste majorité de la population allemande accepterait le médecin de famille comme point d'entrée dans le système et comme coordonnateur des autres services.

- ❖ Hofer TP & al. Validating quality indicators for hospital care; Jt Comm J Qual Improv (1997) 23(9) : 455-67. **Évaluation, qualité**

Les efforts pour développer des indicateurs sont généralement dirigés vers l'évaluation et ne sont pas construits pour aider les dispensateurs à identifier et corriger les problèmes de qualité dans leurs organisations. Avant d'utiliser un indicateur quatre questions doivent être posées :

1. Quand un cas est identifié, peut-on trouver une série de processus identifiables, que l'on peut prévenir et qui sont liés aux mauvais résultats ?
2. Peut-on créer des instruments de revue ?
3. Est-ce qu'il y a plus de processus à problème dans les cas identifiés que dans ceux non identifiés par l'indicateur ?
4. Est-ce utile uniquement pour un dispensateur ou aussi pour une mesure externe de la qualité entre les dispensateurs ?

L'utilisation d'indicateurs valides et utiles permettrait aux dispensateurs d'optimiser les impacts des sommes dépensées dans les efforts d'amélioration de la qualité.

- ❖ Hoffart N & al. Implantation of a professional practice model for nursing in a rural hospital; Health Care Manage Rev (1995) 20(3) : 43-54. **Implantation**

La plus grande attention portée aux hôpitaux ruraux et à la santé des citoyens de milieu rural met en lumière les besoins de soins infirmiers progressistes et de haute qualité. L'implantation des soins infirmiers a des succès variables et la culture de l'hôpital et les changements dans l'environnement de soins affectent le processus de changement.

- ❖ Hogan MP, Mlnarik CL. Actualising the vision of interdisciplinary team excellence; Nurs Case Manag (1997) 2(4) : 148-61. **Outils de gestion de cas, de standardisation, collaboration, implantation, évaluation, satisfaction, qualité**

On décrit un programme de gestion de cas basé sur la théorie des systèmes qui est le reflet d'une approche interdisciplinaire de collaboration pour les soins au patient le long du continuum. On a présenté le gestionnaire de cas à tous les membres de l'équipe. La population a été sélectionnée pour faire suite à une analyse de l'environnement pour trouver les conditions à hauts volumes et à hauts risques. Les profils de cheminement de ces patients ont été examinés pour identifier les barrières sur le continuum et on a identifié des conditions pouvant bénéficier de trajectoires de soins ou de développement de lignes directrices

Les médecins champions ont été un facteur clé de l'implantation, un support « **top down** » a été vital pour actualiser le programme. La formation du personnel a permis de développer un concept unifié de la gestion de cas. Des systèmes de communication ont été établis pour tenir le personnel informé de la progression. Un échéancier de six mois a été fixé. Des mesures spécifiques de l'atteinte des buts et de l'efficience ont été développées. La trajectoire inclut des éléments de formation du patient, de plans de congé, de promotion de la santé et un lien avec les ressources communautaires disponibles. On a eu une augmentation de la satisfaction des patients. On a mesuré la charge de travail. On a utilisé des outils d'évaluation des risques dans la population générale pour faciliter les pratiques préventives. On a développé des outils de suivi de l'observance. Une approche multidisciplinaire est essentielle pour obtenir l'adhésion et les pratiques collaboratrices qui permettent l'amélioration de la qualité. L'évaluation a été faite avec des indicateurs cliniques.

- ❖ Hoge MA, Flaherty JA. Reengineering clinical psychiatry in academic medical centres : processes and models of change; Psychiat Serv. (2001) 52(1) : 63-7. **Modèle de soins intégrés, incitatifs**

Les soins intégrés constituent une menace importante dans le futur des cliniques psychiatriques pour ce qui est du volet académique. Dans le but d'examiner les efforts consentis, les autorités ont identifié les processus de modifications, et sept modèles de changements ont été employés afin de reconfigurer la psychiatrie dans les centres médicaux universitaires. Les auteurs suggèrent trois approches afin d'établir une valeur unique aux services de formation clinique. La première approche est d'augmenter la productivité et l'efficacité clinique à travers une meilleure intégration des soins de la recherche et de la formation clinique. La seconde approche est de prendre le leadership dans la gestion des soins et la troisième approche serait pour l'avancement de l'intégration des soins primaires et de spécialités dans les centres médicaux.

- ❖ Holle ML & al. Integrating patient care delivery; J Nurs Adm (1995) 25(7-8) : 32-7. **Outils de qualité, de gestion de cas, continuité**

Les concepts de soins coordonnés, de gestion de cas et d'amélioration continue de la qualité (ACQ) ont été appliqués pour améliorer la continuité et la coordination chez une population ayant subi un remplacement de la hanche aux États-Unis.

- ❖ Holleman WL & al. Continuity of care, informed consent, and fiduciary responsibilities in for-profit managed care systems; Arch Fam Med (2000) 9(1) : 21-5. **Arbitrage, managed care, coûts, continuité**

Le remplacement du paiement à l'acte par le managed care offre des opportunités pour réduire les coûts, intégrer les soins et améliorer la communication. Pour réaliser ces bénéfices des problèmes doivent être surmontés :

- Les systèmes doivent se centrer sur la continuité;
- Trouver des moyens de préserver les droits des patients au consentement éclairé;
- Trouver des moyens de promouvoir la responsabilité des médecins comme fiduciaires des patients;
- Respecter leur jugement clinique.

- ❖ Horn SD. Limiting access to psychiatric services can increase total health care costs; J Clin Psychiatry (2003) 64 Suppl 17 : 23-8. **Outils de qualité, de gestion de cas, de standardisation, arbitrage, coûts, incitatifs**

Le « *Clinical practice improvement* » (CPI) est une stratégie qui pourrait amener des résultats supérieurs à moindre coût pour la trajectoire des patients. Elle permet d'obtenir des résultats non disponibles avec les essais cliniques (RCT). C'est une méthode qui permet d'analyser le contenu et le temps de chaque étape d'un processus de soins afin d'obtenir de meilleurs résultats au moindre coût. Cela consiste à recueillir de l'information détaillée sur le processus, contrôler pour les caractéristiques des patients et déterminer les traitements et les stratégies de gestion associées avec les résultats optimaux. Le CPI permet d'obtenir des protocoles plus simples qu'avec les outils traditionnels. Les RCT impliquent de collecter de l'information de façon prospective en limitant l'éligibilité des patients, excluant le plus souvent les co-morbidités et les cas sévères. Généralement moins de 15 % des patients avec une condition médicale sont éligibles. Avec le CPI tous les patients sont éligibles. Les RCT examinent une seule variable à la fois et les CPI toutes les variables. Les deux méthodes sont requises, les RCT pour déterminer si le traitement est sécuritaire et efficace et le CPI pour déterminer à qui le traitement est le plus bénéfique.

Les buts des HMO sont de donner des soins globaux à un groupe d'inscrits qui paient un prix fixe. L'emphase est tant sur le maintien de la santé que sur le traitement de la maladie. Les HMO anticipent de cette façon contrôler les coûts en instaurant des protocoles de soins moins coûteux. Les résultats des études démontrent que les stratégies de réduction des coûts des HMO sont associées avec de pauvres résultats cliniques et ont conduit à une augmentation des coûts totaux de santé. La capitation individuelle de n'importe laquelle des composantes n'est pas la meilleure approche pour contrôler les coûts ou assurer la qualité. Les stratégies de réduction de coûts ont réduit la référence aux psychiatres, la fréquence des visites et l'utilisation de la médication. Le fait que les traitements soient fréquemment inappropriés montre le besoin de protocoles pour le diagnostic et la gestion des cas. La gestion de cas doit utiliser des outils de contrôle de coût développés en considérant le système de soins comme un système dont les composantes sont inter reliées.

- ❖ Horn SD. Quality, clinical practice improvement, and the episode of care; Manag Care Q (2001) (3) : 10-24. **Outils de qualité, de gestion de cas, modèle de soins intégrés**

Pour améliorer les routines des pratiques cliniques, on doit mesurer les effets sur les patients traités dans les conditions normales et non dans des conditions contrôlées. Le CPI « **clinical practice improvement** » est une méthode d'étude pour développer des données et des protocoles qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats au moindre coût sur le continuum de soins. Cela demande une vision englobante de la gestion de cas.

- ❖ Horn SD. Overcoming obstacles to effective treatment : use of clinical improvement methodology; J Clin Psychiatry (1997) 58 : Suppl 1 : 15-9. **Outils de qualité, évaluation**

Le « **clinical practice improvement** » (CPI) produit une information qui a des avantages par rapport à celle fournie par la recherche évaluative ou les essais cliniques. Avec cette méthode on a examiné les effets des stratégies de contrôle des coûts des HMO sur les résultats et l'utilisation des soins.

- ❖ Horn SD. The clinical practice improvement (CPI) model and how it is used to examine the viability of pharmaceuticals and the utilisation of ambulatory healthcare services in HMOs. Results from the Managed Care Outcomes Project (MCOP); Pharmacoeconomics (1996) 10 Suppl 2 : 50-5. **Outils de qualité**

Le « **clinical practice improvement** » (CPI) est un laboratoire clinique dans les milieux de pratique pour identifier les meilleures pratiques. Des analyses statistiques sont utilisées pour voir quand et comment une étape particulière améliore les résultats cliniques. Cela peut servir pour élaborer des programmes de disease management.

- ❖ Hosler FW, Nadle PA. Physician-hospital partnerships : incentive alignment through shared governance within a performance improvement structure; Jt Comm J Qual Improv (2000) 26(2) : 59-73. **Implantation, incitatifs, collaboration, gestion**

Produire des soins accessibles, appropriés et imputables qui améliorent la santé de la population nécessite des relations de collaboration entre les organisations de médecins dans lesquelles les mesures de performance sur le continuum sont réalisées.

La gouverne et le partage de responsabilités pour l'amélioration de la performance à travers la structure organisationnelle sont des défis particulièrement complexes. Un système d'amélioration de la performance avec une prise de décisions participative avec les gestionnaires de processus est une transition culturelle majeure.

Le support des cadres supérieurs est crucial pour venir à bout des silos qui ne supportent pas la prise de décisions participative et partagée. Intégrer les systèmes d'information est aussi un défi.

La réingénierie demande aussi une implication significative des médecins. Simplement réduire les durées de séjour ou les coûts n'est pas un grand facteur de motivation pour les médecins. Le projet doit avoir un intérêt pour chaque médecin pour stimuler son intérêt et son adhésion. Le succès ne vient que de l'alignement des incitatifs organisationnels et pour les médecins, de même que de l'amélioration de résultats importants pour les médecins et l'organisation.

- ❖ Hudon E & al. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2004) Fam Pract 21(1) : 11-17. **Incitatifs, arbitrage, satisfaction, implantation, continuité, accès**

Avant, on a associé les problèmes d'implantation des pratiques préventives à l'hypothèse de problèmes dans l'éducation médicale continue et l'organisation des pratiques. Récemment on a identifié des barrières à l'adhésion aux lignes directrices :

- Manque de connaissance de leur existence;
- Manque de familiarité, de reconnaissance de leur valeur, de sentiment de contrôle, de possibilité de voir les résultats;
- L'inertie des pratiques antérieures et des barrières externes.

Les résultats de cette étude indiquent des barrières liées aux patients :

- Manque de motivation et d'observance pour les habitudes de vie;
- Ne pas avoir de médecin régulier où la continuité apparaît être un facteur facilitant;
- Les attentes des patients qui sont plus grandes vis-à-vis des tests que pour les entrevues ou les examens;
- Les caractéristiques où les médecins se sentent démunis pour les problèmes de pauvreté, chômage, alcoolisme ou violence.

Il y a des barrières liés au système :

- Le manque de temps et l'augmentation de la charge de travail;
- La raison de consultation où le plus souvent c'est l'urgence ou le sans rendez-vous qui est peu propice à la prévention;
- La rémunération et l'accès aux ressources particulièrement en pratique privée.

Les barrières liées aux lignes directrices :

- Non applicables dans la pratique quotidienne, soulèvent des enjeux éthiques selon l'âge;
- Des recommandations contradictoires entre experts.

Les barrières liées aux médecins :

- Le manque de formation;
- La pratique des spécialistes qui contredisent les interventions de soins primaires;

- On a marginalement évoqué des barrières personnelles.

Il est inquiétant que les médecins aient de la difficulté à rejoindre les clients les plus vulnérables, car ils les voient comme peu intéressés. La prévention n'est pas vue comme la première priorité et les stratégies doivent donc être simples, très pratiques et approuvées par les experts et les cliniciens. Il faut comprendre pourquoi les médecins sont réticents à être gestionnaires de leur pratique et leur difficulté avec les populations vulnérables. Il faut une formation sur les habiletés de communication axée sur une compréhension de la complexité du changement de comportement.

La continuité est importante pour renforcer les interventions préventives, car il y a plus d'opportunités d'interaction et le médecin peut choisir le meilleur moment. Les barrières liées à la formation et aux politiques (rémunération, continuité) jouent un rôle important. Les lignes directrices bien que perçues utiles devraient être plus réalistes et congruentes.

- ❖ Humphreys JS & al. Factors in accessibility of general practice in rural Australia; Med J Aust (1997) 166(11) : 577-80. **Accès, continuité**

On explore l'importance que les Australiens des milieux ruraux accordent à différents facteurs d'accessibilité dans leur décision de consulter un généraliste. L'accessibilité sociale ou l'acceptabilité sont des considérations plus importantes que la proximité géographique. Les personnes âgées attribuent plus d'importance à l'accessibilité et à la continuité. La proximité est plus favorisée chez les jeunes, les gens d'âge moyen et les hommes. Ceci signifie que les médecins des milieux ruraux acquièrent des habiletés cliniques et de communication qui répondent aux besoins des patients tout comme une compréhension de la culture rurale.

- ❖ Hurley RE. The purchaser-driven reformation in health care : alternative approaches to levering our cathedrals; Front Health Serv Manage (1993) 9(4) : 5-35. **Gestion, collaboration, évaluation**

Trois approches alternatives de restructuration sont examinées et évaluées en terme de comment chacune peut ou ne peut pas satisfaire les demandes des agents payeurs.

- ❖ Hurley RE, Bannick RR. Utilization managers in Medicare risk contract HMOs : from control to collaboration; QRB Qual Rev Bull (1993) 19(4) : 131-7. **Gestion**

Une étude des pratiques de la gestion de l'utilisation montre qu'il y a des variations significatives dans les défis des HMO. On tente de rediriger l'attention du contrôle vers l'amélioration. Les besoins médicaux et sociaux multiples des patients des HMO les ont forcés à développer des collaborations avec les médecins et les personnes de la gestion de l'utilisation.

- ❖ Hussein A, Carriere KC. A measure of continuity of care based on the multiplicative intensity model; Stat Med (2002) 21(3) : 457-65. **Satisfaction**

La continuité des soins est un concept fréquemment utilisé pour mesurer la satisfaction des patients.

- ❖ Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health : learning from the community-oriented primary care model; Int J Health Serv (2003) 33(1) : 85-98. **Modèle communautaire, modèle de soins primaires, implantation, accès, incitatifs, évaluation, outils d'identification des risques**

Les soins primaires communautaires, une approche innovatrice au développement des soins primaires depuis 50 ans, semblent être la même combinaison de santé publique et de perspectives de pratique générale présentement recherchée dans la formation des trusts des soins primaires au R.U.

Cet article révisé l'expérience de la mise sur pied des méthodes du modèle « *community oriented primary care* » (COPC), les résultats, l'applicabilité et les implications de la politique de soins primaires, en prenant l'exemple de la présente réforme britannique.

Le modèle COPC a été développé principalement dans des populations sous-desservies pour intégrer les objectifs de santé publique et les soins primaires à travers des approches interdisciplinaires, avec une participation active des populations cibles. Les méthodes COPC prennent du temps, peuvent créer des problèmes de frontières professionnelles et sont vulnérables aux changements socio-économiques. Elles peuvent aussi fournir des ensembles de soins complexes aux populations cibles.

Les réformes en soins primaires du R.U. peuvent être vues comme des expériences nationales, non planifiées et non contrôlées pour appliquer les méthodes COPC.

Le COPC est un modèle de développement des services de santé qui intègre la santé publique aux soins primaires pour offrir des services prioritaires à une population définie. Aux États-Unis, ce modèle a été utilisé en milieu défavorisé. Pour le praticien du COPC, il s'agit d'un investissement dans la communauté qui rétablit le contrat social entre la médecine et la société. C'est un modèle interdisciplinaire pour planifier, implanter et évaluer les soins primaires, la promotion de la santé et la prévention avec un modèle dynamique. Il faut :

1. Définir la communauté;
2. Identifier le problème de santé;
3. Implanter une intervention qui implique la communauté et utilise ses ressources si possible;
4. Évaluer l'impact de l'intervention.

Les principales contraintes sont financières et le manque de ressources. Aux États-Unis, ce fut la structure financière de la pratique.

De plus, il y a d'avoir les habiletés de gestion appropriées, de balancer entre les professionnels et le personnel de support et les enjeux de confidentialité. Lier les pratiques de COPC avec les autres est un problème récurrent de même que la pérennité des initiatives.

La participation des communautés n'est pas toujours active ou un facteur d'influence, car les activités sont conduites par les praticiens. Un praticien convaincu est le plus grand facteur de succès. Les bénéfices sont l'introduction des préoccupations de santé publique dans la médecine familiale et la promotion du travail en collaboration et de la prévention. Les praticiens acceptent de s'impliquer dans l'amélioration de la santé de toute la communauté et la communauté accepte d'améliorer l'accès et l'état de santé de sa population. Les orientations du COPC permettent l'application sélective des techniques d'identification et de réduction des risques. Au R.U. les praticiens n'ont pas manifesté d'enthousiasme face à cette approche et l'expérience britannique suggère de faibles gains.

- ❖ Iliffe S & al. Applying community-oriented primary care methods in British general practice : a case study; Br J Gen Pract (2002) 52(481) : 646-51. **Modèle communautaire, modèle de soins primaires, évaluation, incitatifs, implantation**

Les évaluations faites depuis 1975 et incorporés en 1990 dans le contrat de médecine générale n'ont pas provoqué d'enthousiasme pour les équipes de soins primaires ou n'ont pas eu d'impact significatif sur la santé des gens âgés. Des méthodes alternatives sont recherchées.

Le but de l'étude est de tester la faisabilité d'appliquer une méthodologie dérivée du modèle « **community oriented primary care** » (COPC) sur un sous-groupe de personnes âgées démunies dans une région relativement démunie. Une approche modifiée de COPC peut être utilisée chez les omnipraticiens du R.U. et on peut promouvoir des changements qui sont bien perçus par les planificateurs.

Toutefois, cette méthodologie peut avoir un impact plus grand au niveau des soins primaires qu'au niveau de la pratique générale.

Les COPC semblent être des modèles attirants pour promouvoir des changements dans la pratique médicale au R.U. en raison de l'inscription des clientèles, d'une informatisation poussée, de réseaux académiques bien développés et de l'accès relativement facile à l'expertise de santé publique. Les COPC conviennent aussi au climat politique dans lequel la participation du public est un enjeu prioritaire pour les « **primary care groups** » (PCG).

Le projet démontre que des praticiens généraux sélectionnés peuvent développer et implanter des services novateurs, localement pertinents pour les aînés, s'ils sont supportés de manière non directive par les milieux académiques et les autorités de santé publique. La préoccupation que des praticiens non formés en santé publique pourraient négliger les groupes minoritaires, ne s'est pas manifestée. Le peu d'implication de la population dans le processus de diagnostic, de priorisation et d'identification des pratiques exemplaires a été désappointant. Les principales barrières pour le maintien du changement ont été le manque de temps, des problèmes non prévus, une coordination inefficace, des crises et des demandes conflictuelles, le manque d'habiletés et de formation. Les facteurs facilitant ou inhibant ont varié beaucoup entre les groupes. Les COPC peuvent être un mécanisme utile en soins primaires pour tester des solutions nouvelles et applicables localement pour l'atteinte des buts déterminés dans les plans centraux.

- ❖ Innovative model uses a new brand of specialist to target the high-risk chronically ill; Dis Manag Advis (2002) 8(6) : 89-93. **Disease management**

Certains patients ne peuvent simplement pas recevoir leurs soins dans une visite typique de 15 minutes. C'est pour cette raison qu'on a développé un nouveau modèle impliquant un nouveau spécialiste pour s'occuper du nombre croissant de patients avec de multiples diagnostics.

- ❖ Isenberg SF & al. Incentivized digital; Outcomes Collection (2001) 16(6) : 202-11. **Outils de partage d'information**

On peut implanter avec succès des technologies interactives.

- ❖ Jackson MF. Discharge planning : issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature; J Adv Nurs (1994) 19(3) : 492-502. **Arbitrage, qualité, coûts, continuité**

Les familles deviennent rapidement des dispensateurs non payés de soins complexes. En utilisant le modèle de système de McKeehan & Coulton, on fait une revue critique de l'évolution du processus de congé. On explore trois hypothèses :

1. La planification des congés est coûteuse et efficace;
2. Elle améliore la qualité de vie des patients et leurs familles;
3. Elle assure la continuité.

Le coût des ressources additionnelles dans la communauté et l'hôpital est rarement considéré dans les études. Il y a peu d'évidences que la planification du congé affecte directement l'état de santé du patient. Les patients et les familles perçoivent rarement le même niveau de bénéfices. Cette critique conclue avec une exploration des enjeux éthiques et des défis.

- ❖ Jacob R. et associés Transformation de l'organisation, la gestion stratégique du changement; Gestion, collection Racines du savoir (2002) 435 pages.
- ❖ Jacobson LD & al. Challenges in evaluating primary health care for teenagers. Research Sub-Committee of the Adolescent Working Party of the Royal College of General Practitioners, London UK; J Eval Pract (1998) 4(3) : 183-9. **Évaluation**

La majorité des soins aux adolescents sont donnés par des généralistes et le défi est d'identifier et d'implanter des outils d'évaluation.

- ❖ Jacons S. Addressing the problems associated with general practitioners' workload and residential homes finding from a qualitative study; Br J Gen Pract (2003) 53 (487) : 113-9. **Arbitrage, globalité, satisfaction, continuité, gestion**

On investigate les perceptions des gestionnaires de soins de longue durée et des omnipraticiens. La plupart des établissements endossent les principes de la continuité et du choix du patient. Puisque ces établissements doivent faire affaires avec un grand nombre de médecins, avec les inhérentes difficultés de coordination et de duplication des efforts, on a tout de même des limitations aux choix des résidents. Les contrats avec les médecins peuvent permettre des opportunités pour améliorer les soins, mais ne garantissent pas la disponibilité de nouveaux services et cela a des implications sur les choix des patients. Si on veut reconnaître l'accroissement de la charge de travail des médecins dans ces milieux, il faudrait une rémunération additionnelle. Il faudrait rapidement identifier les modèles où la contribution des médecins serait la plus bénéfique tant aux patients qu'aux médecins eux-mêmes.

- ❖ Jarvis A, Grant S. Wingecarribee Health Service model for transitional care; Aust Health Rev (2002) 25(2) : 66-70. **Modèle communautaire, gestion**

En Australie, on a développé un programme de soins ambulatoires différent des modèles généralement acceptés. Le programme a une approche de services globaux avec l'intégration de l'hôpital, des intervenants de santé et du communautaire en partenariat avec les autres détenteurs d'enjeux comme les omnipraticiens et les organismes communautaires. Il se distingue du modèle médical et prône l'adhésion des services selon une approche axée sur la santé. On vise à offrir les soins les plus appropriés, dans le lieu le plus approprié avec le praticien le plus approprié.

- ❖ Jiang HJ & al. Adapting the HCUP QIS for hospital use : the experience in New York State; JT Comm Qual Improv (2001) 27(4) : 200-15. **Outils de qualité**

Lorsque utilisé adéquatement, les mesures de la qualité tirées des données administratives sur l'utilisation et l'accès donnent une information valable pour les hôpitaux et leur donne une perspective plus large qui dépasse leurs institutions et conduit au développement d'initiatives d'amélioration de la qualité dans la communauté. Toutefois, en raison des limites des bases de données administratives et du manque de standardisation dans l'ajustement des risques il est préférable d'utiliser ces rapports à l'interne plutôt que pour informer le public.

- ❖ Johnson K, Schubring L. The evolution of a hospital-based decentralised management model; Nurs Econ (1999) 17(1) : 29-35. **Outils de gestion, de gestion de cas, de standardisation, implantation**

Cette étude de cas décrit un programme de gestion de cas hautement intégré et la redéfinition du modèle de pratiques cliniques autour du continuum. Le rôle central du leadership du coordonnateur du cas clinique qui fait le lien entre le gestionnaire de cas et le reste du personnel infirmier est un facteur important du succès du modèle. Les autres facteurs sont :

- Le développement de cheminements cliniques basés sur des objectifs plutôt que sur une durée;
- L'implication plus tôt des soins à domicile et de se recentrer sur l'éducation du patient.

- ❖ Johsi MS, Bernard DB. Clinical performance improvement series : Classic CQI integrated with comprehensive disease management as a model for performance improvement; Jt Comm J Qual Improv (1999) 25(8) : 383-95. **Disease management, incitatifs, outils de qualité, de gestion de cas, de gestion, de standardisation, évaluation, satisfaction, coûts, implantation**

Le health et disease management sont apparus comme des moyens efficaces pour dispenser, intégrer et améliorer les soins à travers une approche populationnelle. Un système de Pennsylvanie a utilisé les principes clés et les composantes de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) et du disease management pour former un modèle d'amélioration qui se concentre sur les meilleures pratiques, change les processus pour déployer et dispenser les meilleures pratiques et mesurer les résultats. L'expérience indique une amélioration significative des résultats et de la satisfaction des médecins et des patients, de même qu'une réduction des coûts et une amélioration des processus et résultats cliniques pour de nombreuses maladies.

L'établissement du rôle de l'infirmière comme gestionnaire de cas a été central au déploiement du programme. Le rôle du leadership est de lever les barrières et faciliter l'implantation des éléments clés de la stratégie comme le disease management. Des efforts substantiels et des ressources doivent être déployés pour convaincre les médecins et garder leur adhésion. Le défi est d'offrir un leadership de support, de récompenser ceux qui performent les bonnes pratiques, et stimuler l'utilisation des données pour le feed-back et l'amélioration. On a traditionnellement investi des ressources considérables pour développer les bonnes pratiques, mais comparativement peu d'effort, de temps et des ressources ont été dévolus à leur implantation et utilisation. On a retenu huit leçons :

1. Ne pas réinventer la roue : utiliser des données publiées;
2. Débuter avec les pathologies qui bénéficient de ces programmes;
3. Commencer par un projet pilote;
4. Chercher des données peut être une barrière, car les données probantes ne sont pas le seul élément de la prise de décisions;
5. Mettre des efforts dans l'adhésion;
6. « **L'academic detailing** » est une stratégie qui fonctionne;
7. Les champions sont nécessaires;
8. Le changement est itératif.

Le health et le disease management peuvent être définis comme une amélioration des processus cliniques visant à ce que les meilleures pratiques de la science médicale soient incorporées avec un minimum de variations. Ils s'adressent à tout le spectre d'une maladie allant de la prévention à la réadaptation, incluant tous les dispensateurs et tous les sites. Les conditions les mieux adaptées sont les maladies avec de hauts volumes et des coûts élevés, qui sont chroniques et complexes à gérer.

C'est un processus d'amélioration continue où les standards sont définis, les protocoles développés et implantés. Les lignes directrices ne doivent pas être rigides, car l'approche est populationnelle centrée sur le patient sur la base de l'amélioration continue. C'est plus un processus qu'un programme. Connaître les attentes et les besoins des clients est essentiel pour définir le programme. Il requiert un haut degré de coopération mieux obtenu par une approche d'équipe. Les données sont cruciales et elles sont mieux comprises et utilisées avec un système de mesure de la performance étendu et coordonné. L'utilisation d'incitatifs liés aux buts de l'organisation minimise les conflits de priorités. L'alignement des incitatifs nécessite de répartir l'imputabilité entre la planification et l'opérationnel. Ce modèle a comme composantes :

1. Éduquer le patient la famille;
2. Éduquer les professionnels;
3. L'évaluation et la stratification du risque;
4. Offrir des activités de santé et de prévention;
5. Utiliser des protocoles, lignes directrices ou algorithmes;
6. Faire de la gestion de cas;
7. Implanter des systèmes d'information et d'aide à la décision;
8. Suivre les résultats avec des profils de pratique et des feed-back.

- ❖ Jones M & al. Conceptual models for implementing bio-psychosocial theory in clinical practice; *Man Ther* (2002) 7(1) : 2-9. **Modèle de soins intégrés, évaluation**

Quatre modèles sont analysés. Ils mettent l'emphasis sur l'importance de comprendre et de gérer l'aspect psychosocial et biomédical de la problématique des patients.

- ❖ Jones WJ. Clinical integration in a population-based planning framework; *Adv Pract Nurs Q* (1998) 4(1) : 40-50. **Implantation, outils de gestion, modèle populationnel, programme, collaboration**

Une planification populationnelle fournit un contexte et une portée dans le but de l'intégration clinique. C'est aussi un processus de transformation pour les organisations et les programmes consacrés au système de soins centré sur l'hôpital, mais aussi une source de communication pouvant supporter la collaboration avec les acheteurs, les payeurs, les fournisseurs et les groupes communautaires. Au niveau des soins cliniques, la planification basée sur la population reconnaît la différence dans la façon dont la population perçoit la santé et emploie les services de santé en tant qu'important corollaire pour comprendre certaines affections spécifiques et les besoins en service clinique.

- ❖ Jordan J & al. Assessing local health needs in primary care : understanding and experience in three English districts; *Qual Health Care* (1998) 7(2) : 83-9. **Implantation, collaboration, outils d'évaluation**

Comprendre les besoins des patients est un des principes les plus important pour l'amélioration des soins. Au R.U., évaluer les besoins d'une population locale a été promu comme une composante clé pour cibler les services à rendre et utiliser de façon pertinente les ressources. Il existe plusieurs définitions de l'évaluation des besoins et en voici une : c'est un processus systématique, orienté sur la population, large et proactif pour identifier les besoins de la population et les interventions qui ont le potentiel de maintenir, améliorer la santé ou prévenir la maladie.

Évaluer les besoins demeure peu compris. Non seulement, les pratiques ont des idées variées sur ce que c'est, mais aussi on a des doutes quant à sa valeur, pertinence ou faisabilité. La collaboration est un moyen d'encourager l'évaluation des besoins. Les praticiens disent manquer de ressources, mais en l'absence d'une compréhension claire, il est possible que des ressources additionnelles soit dérivées vers le travail administratif ou clinique. Même si la collaboration avec la santé publique a été citée comme ayant de l'intérêt, il serait naïf de penser qu'une telle collaboration est possible ou appropriée sur une base nationale.

En conséquence, la pratique générale doit commencer avec les ressources disponibles localement, comme les visiteurs de santé et les infirmières de pratique communautaire. Toutefois, le problème du manque de temps et de ressources demeure.

De plus, grands efforts doivent être faits pour intégrer le support à l'évaluation des besoins avec celui déjà disponible pour les audits et la formation continue. Une approche d'équipe qui partage le travail et les ressources est plus prometteuse.

En somme, il y a un besoin d'identifier des objectifs clairs, d'impliquer les détenteurs d'enjeux et d'une entente sur les critères de priorisation des besoins.

- ❖ Jordan K & al. Previous consultation and self reported health status as predictors of future demand for primary care; J Epidemiol Community Health (2003) 57(2) : 109-13. **Outils d'évaluation**

L'objectif est de voir si les consultations en soins primaires et l'auto-évaluation de l'état de santé sont des prédicteurs d'une future consultation en soins primaires. Des codes de morbidité en pratique générale donnent la meilleure base pour prédire la demande. Les sondages sur l'état de santé ajoutent à cette information, mais à eux seuls, ils sont de faibles prédicteurs.

- ❖ Kaegi L. AMA clinical quality improvement forum ties it all together : from guidelines to measurement to analysis and back to guidelines; Jt Comm J Qual Improv. (1999) 25(2) : 95-106. **Outils de standardisation, de gestion de cas, coûts, qualité, évaluation**

Le Forum de l'Association médicale américaine (AMA) cible l'intégration de toutes les composantes de ce que l'AMA a identifié comme les guides de pratiques cliniques sur la qualité du continuum clinique, la mesure de la performance et les processus d'analyse des résultats. L'inexplicable variation clinique demeure le frein majeur pour la diminution des coûts, l'amélioration de la qualité et l'établissement de responsabilités, mais plusieurs moyens allant des lignes directrices à la gestion de cas pourraient aider. Évaluer l'efficacité de l'implantation de services de prévention clinique demeure toutefois un défi difficile. Si les résultats peuvent être associés à des processus de soins spécifiques, les guides de pratiques cliniques peuvent être raffinés. Les résultats peuvent découler de facteurs non reliés aux comportements et au contrôle des médecins tels l'observance, la comorbidité et les autres facteurs de risques, mais la considération de ces variables est essentielle à l'interprétation adéquate des résultats.

- ❖ Kaluzny AD. Community cancer programs as strategic alliances : challenges and guidelines for action; CMAJ (1991) 144(11) : 1427-32. **Implantation, accès, modèle d'équipe, collaboration, gestion, outils de qualité, de standardisation, incitatifs, modèle communautaire, évaluation**

On évalue l'utilité des alliances stratégiques dans les communautés qui ont un accès limité aux centres majeurs de traitement du cancer. Les alliances sont un modèle organisationnel qui tient compte du besoin grandissant d'interdépendance entre les organisations et les dispensateurs tout en permettant une bonne dose d'indépendance et d'autonomie. Ces arrangements posent un défi aux approches traditionnelles de gestion et demandent une attention spéciale à l'interaction entre les participants. L'objectif est d'avoir un réseau qui lie les experts avec les non experts pour diffuser les règles de l'art. Il y a cinq défis de gestion :

1. Avoir des échanges renforcés;
2. Développer des protocoles;
3. Organiser les traitements;
4. Avoir des équipes multidisciplinaires;
5. Avoir de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) et de l'évaluation.

On a produit des lignes directrices pour réaffirmer le rôle des oncologues, des infirmières et des médecins de soins primaires comme partenaires, pour :

1. Définir la structure et la culture requise pour l'adhésion plutôt que la simple observance;
2. Redéfinir le rôle de la gestion;
3. Établir des systèmes de suivi des données;
4. Modifier le système de récompenses et établir des échéanciers réalistes pour l'atteinte des résultats.

La philosophie centrale des alliances est l'adhésion plutôt que le contrôle. La notion de valeur ajoutée est le critère avec lequel l'adhésion est mesurée. Les alliances peuvent aider les participants de différentes façons :

- Assurer des références au niveau de soins approprié;
- Assurer la diffusion des technologies de pointe aux communautés locales;
- Réduire les duplications;
- Avoir des opportunités de recherche conjointe;
- Assurer que les milieux tertiaires connaissent la réalité des communautés locales, car ce qui peut sembler de la routine au niveau tertiaire peut représenter d'importants problèmes logistiques au niveau local.

- ❖ Kapur N & al. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates primary care-a cohort study; Psychol Med (2004) 34(4) : 719-28. **Accès, évaluation**

Les raisons pour lesquelles les patients consultent leurs médecins demeurent inconnues, et ce, malgré de nombreuses recherches réalisées. Le but de cette étude était d'identifier, sur une période de cinq ans, les facteurs qui ne sont pas considérés et qui motivent les consultations de premiers soins.

Les attitudes négatives face à la maladie, la présence de dysfonctionnement physique ou psychiatrique, l'anxiété, la détresse psychologique, les symptômes physiques rapportés et les facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe ont été indépendamment associés à la consultation. Toutes ces variables mises ensembles montrent une différence de dix consultations par année entre les groupes. Le comportement de consultation pour les soins de première ligne est complexe.

- ❖ Kardol M, Masselink H. Caring for the elderly without residential care homes and nursing homes; World Hosp Health Serv (2000) 36(1) : 9-13. **Hiérarchisation**

En Hollande, les organisations qui donnent des soins de longue durée sont dans un environnement turbulent. Elles auront à répondre à l'intégration des soins et des fonctions des soins infirmiers. Une étude pilote propose un premier échelon qui consiste en des soins à domicile, un second dans les établissements de soins et un troisième dans les centres gériatriques.

- ❖ Katon W & al. Improving primary care treatment of depression among patient with diabetes mellitus : the design of the pathways study; Gen Hosp Psychiatry (2003) 25(3) : 158-68. **Collaboration, outil de gestion de cas, de référence**

C'est une étude de cheminement développée par une équipe multidisciplinaire pour tester l'efficience des soins de collaboration par rapport aux soins usuels aux diabétiques.

Les soins de collaboration sont une intervention multimodale qui inclut un questionnaire de cas en soins primaires. Il travaille avec le patient et le médecin et il aide à développer une définition commune de la problématique, il procure au patient du support et de l'éducation en développant une vision partagée des problèmes spécifiques, il cible des buts et un plan d'action spécifique, il offre du support et de la résolution de problème pour optimiser l'auto-soins, il fait un suivi de l'observance et des résultats et il facilite la prise de rendez-vous avec l'omnipraticien ou le spécialiste pour les patients avec des effets secondaires.

Le modèle est un système de soins qui supporte la dispensation en soins primaires de soins centrés sur le patient. Le **step care model** est plus complexe que des protocoles et il cible les ressources rares pour les patients qui ont des problèmes persistants.

- ❖ Katon WJ & al. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients; Arch Gen Psychiatry (2003) 60(9) : 897-903. **Evaluation, coûts**

Il s'agit de voir si les coûts médicaux sont plus élevés chez les personnes âgées présentant des signes de dépressions selon le DSM-IV. L'étude conclue qu'il existe une association positive entre la présence de signes de dépression et les coûts élevés en soins chez les personnes âgées et cela même après ajustement pour les coûts relatifs aux affections chroniques.

- ❖ Katon W & al. Rethinking practitioner roles in chronic illness : the specialist, primary care physician, and the practice nurse Gen Hosp Psychiatry; (2001) 23(3) : 138-44. **Managed care, disease management, modèle de soins coordonnés, coûts, qualité, accès, continuité, outils de gestion de cas, de standardisation, incitatifs, implantation**

Les réformes aux États-Unis prônent la réduction des coûts. Des mécanismes comme la capitation, le **gatekeeping**, les pré-autorisations et les profils de pratique ont fait que les médecins généralistes offrent une vaste gamme de services et réduisent l'utilisation des spécialistes. Plusieurs des problèmes liés à la qualité des soins ne sont pas ciblés par le managed care. Les patients avec des maladies chroniques reçoivent souvent de rares visites brèves qui laissent le généraliste ou le spécialiste avec peu de temps pour comprendre l'adhésion au traitement ou à l'auto-soin et suivre le patient. Cela résulte en l'absence de reconnaissance des déficits fonctionnels et le manque d'appréciation des besoins de services de réadaptation, de support ou d'éducation.

Au lieu de définir le problème en terme d'accès aux services spécialisés, il serait plus productif de se demander : Quels sont les rôles optimaux et les relations de travail entre les omnipraticiens, les spécialistes et les autres professionnels pour améliorer les résultats ?

Les recherches récentes suggèrent que l'amélioration des résultats peut se faire par le réaligement des rôles pour que le fonctionnement en soit un d'équipe. Les rôles optimaux pour améliorer les résultats et l'observance sont :

1. L'omnipraticien fait le diagnostic initial, initie le traitement des cas moins complexes et assure la continuité des soins;
2. Les gestionnaires de cas font l'éducation, le suivi, le counseling et le support pour le changement de comportement et le suivi actif pour améliorer l'observance;
3. Les spécialistes offrent des consultations aux médecins de soins primaires dans la gestion des cas complexes et font la supervision des gestionnaires de cas, des soins de collaboration ou partagés dans les cliniques de soins primaires pour les patients qui ne répondent pas au traitement et ils font la prise en charge continue des cas sévères.

Les approches de trajectoires de soins et de « **step care** » peuvent jouer un rôle important.

Il y a quatre niveaux dans le « **step care** » :

1. Dépistage et services diagnostiques, préventifs, suivi des résultats et éducation des patients;
2. Traitement actif en soins primaires;
3. Consultations de spécialistes en soins primaires;
4. Référence aux spécialistes.

Des incitatifs des assureurs pour la qualité aideraient.

Il y a une tendance à référer la prise en charge des maladies chroniques à l'industrie spécialisée du disease management. Cela apporte le même risque que la gestion centralisée des soins primaires soit :

- Des coûts élevés;
- Un manque de communication entre les spécialistes et personne pour gérer les multiples besoins du patient.

En raison du haut taux de comorbidité dans la population, ce modèle de référence est peu efficient.

- ❖ Katon W & al. Population-based care of depression : effective disease management strategies to decrease prevalence; Gen Hosp Psychiatry (1997) 19(3):169-78. ***Disease management, coûts, modèle populationnel, outils d'identification des risques, de partage d'information, implantation, évaluation***

Les stratégies pour gérer les coûts pour une population définie peuvent bénéficier aux patients avec des problèmes de santé mentale en changeant les pensées et les pratiques vers des stratégies populationnelles. Ces stratégies offrent une façon novatrice d'envisager les soins pour les patients avec une condition spécifique. Le concept de soins populationnels est intrinsèque à la santé publique et peut être assimilé au courant de la psychiatrie communautaire. Le but est d'améliorer les résultats à travers une restructuration des services. Une stratégie organisationnelle claire est requise. La première étape est d'identifier la population et une carte épidémiologique est définie. Les interventions incluent des mesures de dépistage et de détection de cas. Les autres composantes incluent l'éducation des patients et des professionnels et des systèmes d'information.

Les modèles de disease management sont souvent utilisés pour tester des médicaments qui ont été démontrés efficaces dans les essais cliniques, mais associés à une pauvre observance en soins primaires.

- ❖ Kavanagh DJ & al. Achieving effective supervision; Drug Alcohol (2002) 21(3) : 247-52. **Incitatifs, satisfaction, modèle de soins coordonnés, outils de gestion**

La supervision peut avoir des bénéfices tant pour le maintien et l'amélioration des habiletés cliniques que de la satisfaction au travail. Si travailler dans des alliances basées sur la confiance et le respect est la base essentielle de la relation de supervision, la démonstration de nouvelles procédures et habiletés de pratiques avec un feed-back détaillé apparaît critique pour un impact du superviseur sur les pratiques. Pour assurer une supervision efficace, on a besoin non seulement d'un minimum de personnel et de ressources, mais aussi d'une compatibilité des valeurs et des procédures de gestion du personnel, de l'accès à la consultation et à la formation supervisée et avoir des incitatifs suffisants.

- ❖ Kazdin AE. A model for developing effective treatments : progression and interplay of theory, research, and practice; J Clin Psychol (1997) 26(2) : 114-29. **Recherche**

Le point central de cet article est que les avancées en recherche en psychothérapie pour les enfants et les adolescents sont limitées.

- ❖ Kearley KE & al. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice; Br J Gen Pract (2001) 51(470) : 712-8. **Continuité**

La continuité crée une opportunité pour une relation personnelle entre le médecin et le patient. La continuité est menacée par les tendances organisationnelles en soins primaires au R.U. Les patients et les médecins valorisent la relation personnelle pour les problèmes sérieux ou psychologiques. Avoir un médecin de famille est associé à la perception de l'importance de la relation et avec les facteurs qui créent des opportunités pour que la relation évolue.

- ❖ Keller LO & al. Population-based public health nursing interventions : a model from practice; Public Health Nurs (1998) 15(3) : 207-15. **Modèle communautaires, évaluation**

Les buts des modèles d'intervention des infirmières de santé publique sont :

1. Définir une pratique populationnelle;
2. Porter plus d'attention aux interventions communautaires et systémiques et communiquer aux autres l'étendue des interventions nursing.

Les interventions sont définies comme les actions prises au nom des individus, familles, communautés et systèmes. Les interventions individuelles communautaires sont des interventions face à face qui créent un changement dans l'état de santé, dans le savoir ou les habiletés des individus. Les interventions communautaires populationnelles créent des changements dans les normes, les attitudes, les comportements, les pratiques et les prises de conscience de la communauté et sont dirigées vers des groupes ou vers toute la communauté. Les interventions systémiques populationnelles créent des changements dans les organisations, les lois, les politiques et les structures.

- ❖ Kelly AM & al. Implementing transitions for youth with complex chronic conditions using the medical home model; Paediatrics (2002) 110(6 Pt 2) : 1322-7. **Outils de coordination, modèle de soins coordonnés**

Le concept de « **medical home** » en pédiatrie est étudié. On décrit des méthodes efficaces de communication incluant des résumés écrits et concis de l'histoire de santé. Les composantes spécifiques du plan de transition sont détaillées et ce plan individualisé doit inclure des buts pour l'adolescent.

- ❖ Kerr MP. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective; J Advanced Nurs (2002) 37(2) : 125-34. **Outils de coordination**

Le changement de quart de travail a un rôle pivot dans la continuité des soins, ce qui nécessite une meilleure compréhension des pratiques. L'efficacité des pratiques est caractérisée par la flexibilité dans la gestion des tensions et des demandes en compétition. Le changement de quart de travail est complexe et basé sur plusieurs principes sociotechniques et la valeur de la communication d'infirmière à infirmière doit être reconnue. Cela demande du savoir et de l'expertise qui devraient être reconnus comme du professionnalisme.

- ❖ Keyte B, Gershon H. Developing a successful product line strategy; Health Care Strateg Manage (1998) 16(9) : 1, 20-3. **Gestion**

Intégrer les activités cliniques et administratives dans une perspective de système, de même que les dispensateurs et leurs partenaires va améliorer leur positionnement compétitif par une dispensation de soins plus efficaces.

- ❖ Kiefe CI & al. Compliance with post-hospitalisation follow-up visits : rationing by inconvenience ? Ethn Dis (1999) 9(3) : 387-95. **Incitatifs, outils de coordination**

Le fait de garder un rendez-vous de suivi après un congé est un lien entre les soins hospitaliers et ambulatoires mal compris. Les taux de réadmission ne sont pas significativement liés au taux d'observance aux rendez-vous. Des caractéristiques modifiables du système, de même que des caractéristiques des patients sont associées à l'observance aux rendez-vous de suivi. Ne pas donner au patient un rendez-vous par écrit au moment du congé constitue une forme implicite de rationnement.

- ❖ Kinsman SL & al. Beyond multidisciplinary care : a new conceptual model for spina bifida services; Eur J Pediatr Surg (2000) Suppl 1 : 35-8. **Modèle de soins intégrés, globalité, outils de standardisation**

Malgré un consensus des experts depuis de nombreuses années sur le fait que la multidisciplinarité est le standard, ce modèle ne semble pas aller assez loin pour accomplir les buts d'améliorer la santé et le statut des patients avec un spina bifida.

Toutefois, le problème d'ajouter de nouveaux services est l'augmentation de la complexité et le potentiel de fragmentation. On a tenté avec MEDLINE de trouver de l'information sur l'intégration des services, mais il y en a peu sur l'intégration des services médicaux et de réadaptation.

On propose un nouveau modèle construit sur celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui intègre les deux perspectives. Ce modèle met l'accent sur l'importance de guides préétablis, sur les plans de transition et sur la dimension d'intégration sur toute la durée de la vie. Il a trois dimensions conceptuelles : globalité, coordination, suivi longitudinal.

- ❖ Kirwin PM. Intergenerational continuity and reciprocity through the use of community-based services : theory and practice; Home Health Care Serv Q (1991) 12(2) : 17-33. **Équité**

L'erreur dans la pensée sur l'iniquité intergénérationnelle c'est de croire qu'une génération, qui autrement aurait eu à supporter ses parents, serait en faveur de réduire les bénéfices sociaux. Si les décideurs et les chercheurs ne tiennent compte que des échanges économiques, ils ne seront jamais capables de prédire l'utilisation appropriée des programmes sociaux. L'État devrait supporter les aidants informels. La réelle équité est dans les échanges sociaux normatifs.

- ❖ Koike AK & al. Improving the care for depression in-patients with co-morbid medical illness; Am J Psychiatry (2002) 159(10) : 1738-45. **Outils de qualité, de gestion de cas, arbitrage, qualité**

On a comparé les traitements et les résultats des patients avec dépression ayant ou non des co-morbidités et évalué les impacts des programmes d'amélioration de la qualité. Les patients avec co-morbidités ont les mêmes taux de traitements, mais de moins bons résultats cliniques. Malgré le fait que les patients avec des co-morbidités médicales ont plus d'opportunités de consulter leur praticien en soins primaires, ils ne sont pas davantage traités. Cela soulève la nécessité d'une plus grande reconnaissance du besoin de traiter peut-être par des programmes de gestion de cas. L'incertitude sur les conséquences des traitements et l'impact des programmes qualité est attribuable à de nombreux facteurs incluant le fait que les études d'efficacité excluent les patients avec des co-morbidités. Pour ces patients les programmes d'amélioration de la qualité peuvent améliorer les taux de traitement et les résultats en soins primaires.

- ❖ Koperski M. The state of primary care in the United States of America and lessons for primary care groups in the United Kingdom; Br J Gen Practice (2000) 50(453) : 319-22. **Arbitrage, globalité, satisfaction, équité, managed care, modèle communautaire**

Aux États-Unis, le système est fragmenté et inéquitable. Les travailleurs de la santé trouvent souvent difficile de séparer leur rôle d'affaires de leur rôle vocationnel. Les soins tendent à être centrés sur l'aigu plutôt que le chronique, sur l'épisode de soins plutôt que d'être centrés sur la personne, sur des approches de court terme plutôt que de long terme, sur les solutions scientifiques techniques plutôt que sur un discours sur l'art de soigner, sur la santé individuelle plutôt que populationnelle. Les médecins sont formés dans le paradigme hospitalier ce qui est différent du R.U. qui se repose sur les omnipraticiens et une équipe de première ligne avec une approche de long terme. Les généralistes du R.U. peuvent toutefois apprendre des États-Unis notamment au niveau de la gestion de l'utilisation, car un budget unifié et limité dans un système national sous-financé peut miner la pratique générale. Aux États-Unis et au R.U. les soins primaires sont un outil majeur de contrôle de coûts qui offre une opportunité d'une meilleure intégration avec les services sociaux et la santé publique, mais cela nuit au rôle de l'omnipraticien en tant que représentant du patient en faisant de lui celui qui fait du rationnement. On a l'équivalent aux États-Unis avec le managed care qui entraîne l'insatisfaction du public et la désillusion des professionnels.

- ❖ Koperski M, Rodnick JE. Recent developments in primary care in the United Kingdom : from competition to community-oriented primary care; J Fam Pract (1999) 48(2) : 140-5. **Arbitrage, qualité, coûts, équité, modèle communautaire, gestion**

Le « **fundholding** » a amené une plus grande inégalité entre les pratiques et a réduit la capacité de planification stratégique du NHS. Des modèles alternatifs ont été développés qui montrent l'influence grandissante des soins primaires, encouragent les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) et facilitent la planification stratégique. Une proposition récente se détourne du modèle compétitif et encourage l'engagement des omnipraticiens. Elle offre l'opportunité de créer un NHS mené par un agenda de soins primaires, incluant de meilleures relations avec la communauté, et l'accent sur la santé publique et les services sociaux.

Plusieurs demeurent opposés au « **fundholding** » en disant que cela contredit les principes de base d'équité du NHS. On a donc développé le « **commissioning** » où en théorie les médecins « commanditent » les hôpitaux et autres dispensateurs pour les soins de leurs patients. La commandite est un concept large qui implique :

- Évaluer les besoins de santé d'une population définie;
- Planifier des améliorations;
- Déterminer les services requis;
- Faire des contrats et acheter les services des dispensateurs;
- Faire le suivi et évaluer.

En ce sens, c'est similaire au COPC. On fonctionne dans la commandite sur la base de la coopération, mais des pénalités financières peuvent être imposées en l'absence de progrès. Il y a des préoccupations résultant du fait que les omnipraticiens ne contrôlent pas le budget et ne font que donner des avis aux autorités de santé. Ainsi, comme dans le « **fundholding** », ils ne sont pas formellement imputables vis-à-vis leurs patients, ils sont aussi réticents à prendre plus de responsabilités pour rationner les services dans un système sous-financé comme le NHS.

La proposition Blair offre la possibilité de développer la commandite et le concept du COPC à travers la coopération entre le système de soins, la santé publique et les services sociaux. La capacité des COPC de réduire la morbidité et la mortalité a été démontrée il y a 25 ans. Cependant, le développement des COPC aux États-Unis a été lent en raison de la fragmentation du système et du manque de consensus sur comment définir une communauté et évaluer ses besoins.

- ❖ Kosidlak JG. The development and implementation of a population based intervention model for public health nursing practice; Public Health Nurs (1999) 16(5) : 311-20. **Modèle populationnel, évaluation**

Le modèle d'intervention pour la pratique infirmière de santé publique a six composantes :

1. Sensibiliser le public;
2. Éduquer le public;
3. Faire du dépistage;
4. Éduquer les dispensateurs;
5. Former des coalitions;
6. Cibler les populations vulnérables.

Les résultats indiquent une extension du programme d'immunisation, une prise de conscience de l'importance du dépistage du cancer du sein et du col.

- ❖ Kotagal UR & al. Relationship between early primary care and emergency department use in early infancy by the Medicaid population; Arch Pediatr Adolesc Med (2002) 156(7) : 710-6. **Continuité, évaluation**

Le but est d'examiner la relation entre l'utilisation et le type de visites en soins primaires et les visites à l'urgence. Contrairement à ce qui était attendu, l'établissement d'un lien avec les soins primaires ne se traduit pas en une réduction de l'utilisation de l'urgence.

- ❖ Kukulka G & al. Community-oriented primary care. Implementation of a national rural demonstration; Arch Fam Med (1994) 3(6) : 495-501. **Implantation, arbitrage, évaluation, modèle communautaire**

Un objectif majeur des modèles « *community oriented primary care* » (COPC) est de cibler la pratique clinique sur les problèmes de santé de la communauté. Ce programme devait explorer la faisabilité de la mise en place de COPC dans 13 pratiques rurales. Une évaluation du programme a trouvé que les communautés locales ont joué un rôle critique dans la définition et la mise en place des interventions des COPC. Dans la plupart des sites, les pratiques cliniques étaient limitées dans leur aptitude à incorporer les activités des COPC. Il semble qu'une coordination par un personnel non médical dévoué et plus de deux années d'efforts soient nécessaires pour mettre en place des concepts de COPC dans les pratiques rurales dans des régions sous-desservies.

Dans les soins primaires, la pratique du COPC implique la définition de la communauté d'intérêt, l'identification et la priorisation de ses problèmes de santé, l'implantation des modifications de pratiques pour y répondre et l'évaluation des résultats. Ce projet a mis en lumière de façon plus évidente que les études antérieures sur les COPC les barrières à l'implantation. Les demandes conflictuelles sur le temps disponible des praticiens ruraux affectent les bonnes intentions de départ même si les fonds pour les activités de COPC sont disponibles et les soins aigus auront toujours la préséance.

De plus, le taux de roulement des praticiens crée un obstacle majeur à l'institutionnalisation du modèle dans les pratiques cliniques. En raison du temps requis pour l'implantation, les communautés font face au dilemme de déterminer combien d'énergie il faut consacrer à l'implantation par rapport aux interventions. Les communautés qui supportent les pratiques locales peuvent atteindre la majorité des objectifs des COPC même si cela se traduit par une altération du modèle théorique.

- ❖ Kurtin SE. Clinical tools for success in managing care; Semin Nurse Manag (1995) 3(2) : 100-6. **Outils de communication, de gestion de cas, de standardisation, de gestion**

Pour gérer les soins efficacement, il faut une coalition de services sensibles aux besoins individuels, à la promotion de l'utilisation efficace des ressources, au support des pratiques médicales et à la coordination des services sur le continuum. Il existe de nombreux outils cliniques :

- Communication;
- Amélioration continue de la qualité (ACQ);
- Gestion de cas;
- Empowerment;
- Pratique basée sur des standards cliniques;

- Mesures de la satisfaction des patients, des familles, des dispensateurs.

- ❖ Kwok HK, Stevens N. Dynamic patient databases : The foundation of an integrated approach to outcome measures for the healthcare professionals; Medinfo (1995) 8 Pt 1 : 483. **Outils d'évaluation**

Les besoins d'outils pour évaluer l'efficacité des soins au patient sont largement reconnus, mais une telle entreprise est sévèrement limitée à cause du manque de moyens automatisés pour collecter les données et les analyser sur une base régulière et continue. Les auteurs ont développé et implanté un système hospitalier d'information automatisé et intégré. Derrière la conception de ce système, un concept fondamental est que le patient soit le centre de l'activité pour la collecte de données.

- ❖ Laditka JN & al. Hospital utilisation for ambulatory care sensitive conditions : health outcome disparities associated with race and ethnicity; Soc Sci Med (2003) 57(8) : 1429-41. **Évaluation**

On a analysé les associations entre l'ethnicité et les hospitalisations en soins ambulatoires pour les personnes adultes actives et les individus de 65 ans et plus. Les données montrent que chez les Afro-américains et les hispaniques les taux sont significativement plus élevés que chez blancs non hispaniques. Ces résultats s'appliquent autant aux femmes qu'aux hommes et pour les deux groupes d'âges.

- ❖ Laffrey SC, Kulbok PA. An integrative model for holistic community health nursing; J Holist Nurs (1999) 17(1) : 88-103. **Modèle professionnel, modèle communautaire, modèle de soins primaires**

Les infirmières partent des soins aigus pour aller vers la communauté ce qui crée de la confusion auprès des professionnels et des patients. On présente un modèle intégré de soins communautaires qui étend la vision holistique des infirmières du milieu communautaire, le but étant d'aider les infirmières à décrire leur champ d'expertise spécifique et d'établir des bases de collaboration et de partenariats.

- ❖ Lairson DR & al. Managed care and community-oriented care : conflict or complement ? J Health Care Poor Underserved (1997) 8(1) : 36-55. **Modèle communautaire, managed care, incitatifs**

Cet article explore le conflit potentiel entre les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) et ceux du managed care en donnant un bref historique et une comparaison des caractéristiques principales des modèles COPC et HMO. Un cadre conceptuel est utilisé pour décrire un modèle de système de fourniture de service qui intègre les deux systèmes et pour discuter de sujets reliés à l'opérationnalisation de l'intégration proposée.

- ❖ Lamarche P & al. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de première ligne au Canada. Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, novembre (2003), 36 pages. **Modèle de soins primaires**

Ce document fait état des avantages et des lacunes propres à divers modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Les constats sont à l'effet :

- Aucun modèle d'organisation des services de première ligne ne réussit à lui seul, à produire tous les effets d'efficacité, de qualité, d'accessibilité, de continuité, de productivité et de réactivité visés;
- La recherche fait ressortir deux modèles supérieurs soit le modèle communautaire intégré et le modèle professionnel de coordination;

- Si tous les effets sont poursuivis simultanément, c'est la combinaison des modèles communautaire intégré et professionnel de contact qu'il faut privilégier, à condition de combler une lacune particulière liée à l'accessibilité.

Pour permettre l'intégration des modèles jugés supérieurs, il importe d'engager des mesures particulières soit :

1. Prévoir un financement à capitation pour les services de première ligne;
2. Inclure l'ensemble des services offerts dans ce financement;
3. Permettre et même favoriser des modes alternatifs au paiement uniquement à l'acte pour les médecins;
4. Miser sur le travail multidisciplinaire et prévoir un bon financement de projets de formation et d'expériences de pratique interdisciplinaire;
5. Financer des systèmes intégrés d'information et mettre au point des technologies diagnostiques et thérapeutiques pertinentes.

❖ Lamb GS. Outcomes across the care continuum; Med Care (1997) 35(11 Suppl): NS106-14. ***Programme, qualité, accès, coûts, évaluation***

Cet article se concentre sur les enjeux auxquels font face les scientifiques et les cliniciens pour définir des résultats sur le continuum. Les recherches et les exemples pratiques de dispensation le long du continuum et les résultats pertinents sont revus. Un continuum peut être défini comme un tout continu, une quantité, des séries, une chose dont les parties ne peuvent être discernées ou séparées. Les organisations de santé le décrivent comme une série de services interreliés allant des soins primaires aux tertiaires, de la communauté aux soins ambulatoires aux soins institutionnels de façon bidirectionnelle. Les termes sans rupture, intégrés et coordonnés sont souvent associés à la définition du continuum pour mettre l'emphasis sur la connectivité entre les parties.

Le but principal lors de la mesure des résultats est de capturer la performance de tout le continuum sur la qualité, l'accès et les coûts. Une approche est d'étudier les résultats au niveau critique des points de transition dans le continuum en portant attention à l'intégration et à la coordination entre les programmes. Les enjeux méthodologiques sont :

- Avoir des mesures d'ajustement des risques et de la sévérité;
- Avoir accès à des données sur tous les sites;
- Déterminer et allouer la contribution de chaque composante;
- Trouver la mesure la plus efficace de l'intégration.

❖ Larsen DL & al. Longitudinal assessment of a diabetes care management system in an integrated health network; J Manag Care Pharm (2003) 9(6): 552-8. ***Disease management, modèle populationnel, outils de gestion, de qualité, de gestion de cas, évaluation***

On a estimé, de façon longitudinale, les résultats d'un programme de disease management pour le diabète dans un système intégré. Ce programme a été développé selon une approche populationnelle. Il comprend des programmes d'éducation des dispensateurs :

- Des feed-back de performance pour les médecins;

- Des incitatifs à une performance clinique de qualité pour les médecins, des programmes d'éducation des patients;
- Des incitatifs;
- Des systèmes de rappel;
- Des systèmes de suivi des changements de comportement des médecins et de l'observance des patients.

Une approche multidisciplinaire dans la gestion du diabète a conduit à améliorer la performance des mesures cliniques reliées au diabète qui réduisent le risque de complications. Tous les intervenants ont été impliqués dans les activités d'amélioration.

- ❖ Larson SL, Fleishman JA. Rural-urban differences in usual source of care and ambulatory service use : analyses of national data using Urban Influence Codes; Med Care (2003) 41(7 Suppl) : III65-74. **Accès**

On examine la relation entre le lieu de résidence et l'utilisation des services ambulatoires. Les gens des milieux ruraux sont plus susceptibles d'avoir une source de soins usuelle et même ceux des régions adjacentes aux grands centres ont aussi plus tendance à avoir une source usuelle. Toutefois, les gens des régions rurales ont moins de visites annuelles que ceux des grands centres.

- ❖ Larson-Dahn ML. Tel-e Nursing practice : setting standards for practice across the continuum of care; J Nurs Adm (2002) 32(10) : 524-30. **Outils de standardisation, implantation**

Un programme d'amélioration de la qualité et de la performance a donné des directives pour standardiser les pratiques téléphoniques dans l'organisation, mais cela a soulevé de nombreux défis.

- ❖ Lawlor T. Public sector risk management : a specific model; Adm Policy Ment health (2002) 29(6) : 443-60. **Qualité**

La gestion des risques pratiquée par les autorités régionales en santé mentale est généralement de nature réactive et limitée dans sa perspective. On propose un modèle qui s'apparente aux modèles d'amélioration continue de la qualité (ACQ).

- ❖ Lawthers AG & al. Rethinking quality in the context of persons with disability; Int J Qual Health Care (2003) 15(4) : 287-89. **Qualité, globalité, efficience, satisfaction, continuité, accès, arbitrage, disease management, gestion, outils de standardisation, de gestion de cas, modèle de soins intégrés, implantation, évaluation**

C'est une revue de la littérature sur la qualité des soins aux personnes avec des déficiences et qui met en lumière la nécessité d'un cadre unique pour conceptualiser les enjeux de qualité et de sécurité. Les mots clés utilisés dans MEDLINE pour des données de recherche et les articles de revue les contenant, sont :

- Qualité de soins;
- Sécurité des patients;
- Accès;
- Expérience du patient;
- Coordination des soins.

Il y a de nombreux enjeux. Les barrières physiques, le transport, les difficultés de communication, les attitudes des patients et dispensateurs sont des barrières à recevoir des soins appropriés centrés sur le patient.

Les dispensateurs doivent adopter une approche multidisciplinaire de la qualité. Les acheteurs et les organismes de financement doivent offrir de la flexibilité pour faciliter une approche de soins primaires fondée sur la globalité, et les chercheurs doivent adopter une perspective large de la qualité.

Il faut offrir de la flexibilité pour faciliter une approche de soins primaires qui relève le défi de répondre aux besoins individuels d'une clientèle hétérogène. La gestion de cas est utile pour une personne à risque de soins fragmentés et le disease management organise des services autour d'une condition unique. La qualité est un concept multidimensionnel. La qualité clinique implique de faire la bonne chose, de la bonne façon et d'obtenir le bon résultat. Cette dimension est fortement ancrée dans le modèle médical et implique des discussions autour de l'efficacité, de la pertinence, de la sur ou de la sous et de la mauvaise utilisation. La sécurité est maximisée quand la qualité technique est élevée et que le patient est informé et comprend les soins. La définition inclut aussi la notion de préférence du patient qui relève de la dimension de la satisfaction et du bien-être.

Ainsi, on discute de la communication, de l'information, du respect des préférences, de la décision partagée, de la satisfaction, de la continuité et de la coordination. La qualité inclut des dimensions psychosociales. On peut inclure l'accès comme une dimension de la qualité dont les barrières sont financières et organisationnelles. La coordination permet l'interaction entre les dispensateurs et réduit la fragmentation. Les composantes essentielles de la coordination sont :

- Identifier les besoins et les risques;
- Répondre aux besoins par l'intégration des soins fragmentés;
- Éduquer le patient à l'auto-soins;
- Faire un suivi des problèmes potentiels.

Une bonne qualité et des résultats positifs pour le patient résultent de l'interaction d'un accès approprié, d'une dispensation de services pertinents et de la coordination de ces services en réponse aux besoins individuels. Un système de financement fragmenté encourage la fragmentation des soins et généralement ne paie pas pour la coordination. On a identifié cinq enjeux :

1. Sous utilisation des services préventifs qui résulte de barrières d'accès ou de communication, de ne pas savoir leur importance, du manque de temps en raison de l'attention portée aux problèmes aigus, de l'absence de coordination où chacun pense qu'un autre va rendre les services et de la pauvre observance;
2. Sous traitement des co-morbidités;
3. Le manque de connaissances des cliniciens qui n'ont pas d'informations sur les nouveaux traitements ou les interactions entre les maladies;
4. Les barrières à la communication qui conduisent à une mauvaise compréhension des recommandations;
5. Les enjeux de sécurité surtout dans les cas complexes où le risque d'erreur est élevé.

Les patients avec des relations à long terme avec un praticien ont moins d'hospitalisations et ceux qui ont un bon support social ont un effet protecteur sur la morbidité et la mortalité.

La gestion de cas s'occupe des personnes à risque de soins fragmentés sans égard à leur pathologie. Un gestionnaire de cas a typiquement un petit groupe de patients et organise les soins en fonction de leurs besoins. Les programmes non fructueux le sont parce qu'il manque une ou plusieurs des composantes essentielles de la coordination, parce qu'ils n'ont pas bien évalué les problèmes des patients ou manqué de construire des relations avec les médecins.

Le disease management met l'accent sur une condition et dépend largement des lignes directrices, protocoles et de la standardisation. Ils placent moins d'emphasis sur la réduction de la fragmentation et ils sont moins souhaitables pour la coordination.

- ❖ Leander WJ. Patient focused care team design. Critical aspects of a cost-effective design strategy; Rev Patient Focus Care Assoc (1993) Summer : 10-5. ***Implantation, arbitrage, modèle centré sur le patient***

Pour créer une équipe de soins « centrés sur le patient » qui est adéquate il faut quantifier les coûts et les bénéfices de la continuité, de la compétence et de la compartimentalisation. Sans information sur ces arbitrages l'organisation sera forcée de vivre avec un modèle élaboré par quelqu'un d'autre.

- ❖ Leatt P & al. Integrated delivery systems : has their come in Canada ? CMAJ (1996) 154(6) : 803-9. ***Modèle populationnel, gestion, incitatifs, qualité***

Les autorités régionales ont toujours maintenu les divisions fonctionnelles traditionnelles entre les soins aigus, la longue durée, la santé mentale et les services communautaires, ce qui conduit à une fragmentation de la décision. Des alliances stratégiques pourraient briser ces divisions. Les bénéfices des alliances sont :

- Les économies d'échelle;
- Un meilleur contrôle de coûts;
- Plus de possibilité pour acquérir les ressources humaines et financières rares;
- Un plus grand pouvoir à influencer le système.
- On propose un nouveau modèle canadien de services intégrés.

Selon Shortell, un système intégré est un réseau d'organisations qui dispensent ou prennent des arrangements pour dispenser un continuum de services à une population définie et qui acceptent une responsabilité pour les résultats et l'état de santé de sa population. Ce serait un réseau qui offre un continuum de services coordonnés à une population définie et qui serait imputable cliniquement et financièrement. Ces réseaux pourraient desservir entre 100 000 et 2 000 000 de personnes avec un financement à capitation. Il y aurait des incitatifs financiers explicites pour réduire les coûts. La qualité des services et le choix du généraliste de soins primaires seraient maintenus. Le réseau pourrait former des alliances stratégiques avec les organismes communautaires, les hôpitaux et le secteur privé. Pour les médecins, l'affiliation avec un réseau qui a un fort leadership clinique pourrait leur être bénéfique au niveau de la stabilité du revenu et de l'autonomie. Les réseaux pourraient faire un pool financier de risque qui permettrait en fin d'année d'éponger le déficit ou donner des bonus.

- ❖ Ledlow GR & al. Primary care access improvement : an empowerment-interaction model; Mil Med (2000) 16(5) : 390-5. ***Implantation, managed care, accès, qualité, coûts, hiérarchisation, outils de gestion, de communication, évaluation***

Améliorer l'accès à des soins primaires communautaires est difficile et une dynamique doit être installée. Une approche systématique basée sur la mesure, l'empowerment et l'interaction a été développée pour améliorer la prise de rendez-vous. Le modèle table sur l'échange d'information et la résolution de problème entre des équipes interdépendantes dans un système de managed care de gestion centralisée. Mesurer les rendez-vous demandés, mais non disponibles est une approche centrée sur le client crédible pour faire du balisage concurrentiel en fonction de buts déterminés. Le modèle a significativement amélioré la disponibilité de rendez-vous de routine.

Souvent les HMO ont des propositions non congruentes comme offrir des soins de qualité, sans problèmes d'accès qui dépassent les attentes, ou développer des systèmes de réduction des coûts en augmentant les services et donner un accès facile tout en faisant la gestion de la demande. Les approches punitives usuelles « **top down** » pour augmenter la disponibilité créent une atmosphère de méfiance et de conflits destructeurs entre les dispensateurs et l'administration. La situation de compétition actuelle aux États-Unis demande une approche d'équipe. Pour changer d'approche, il faut que le leadership change d'attitude. Les facteurs de succès sont :

1. Un leader transformationnel comme agent de changement;
2. Des changements structuraux;
3. Un esprit d'entrepreneurship;
4. Des stratégies de gestion participatives et imputables;
5. Le changement de la culture organisationnelle.

Les facteurs clés du changement sont :

- Ce à quoi les leaders portent attention, mesurent et contrôlent;
- La réaction des leaders aux crises ou événements critiques;
- Le rôle des leaders dans la formation, le coaching et le design;
- Les critères d'allocation des récompenses et promotions;
- Les critères de recrutement, de sélection et de congédiement;
- L'effort des employés;
- La clarté des rôles;
- L'organisation du travail;
- Les équipes et la coopération;
- Les ressources et le support;
- La coordination externe.

La communication est le meilleur outil du leader. La communication est critique en raison du fait qu'il y a plusieurs sections interdépendantes dans les organisations et beaucoup d'ambiguïté et d'incertitude entre les sections. Les buts doivent être clairs, mesurables et atteignables dans un temps raisonnable. Le continuum de la communication est :

- Le face à face;
- Le téléphone;
- Les documents personnels;
- Les mémos non personnels;
- Les documents numériques.

Plus riche est le mode plus l'ambiguïté sera réduite. Changer la culture organisationnelle pour la rendre plus sensible aux changements dans les besoins des patients est une considération importante. Le modèle d'interaction-empowerment a significativement amélioré la disponibilité des rendez-vous de routine et de santé.

- ❖ Leduc N & al. Compliance of frail elderly with health services prescribed at discharge from acute-care geriatric ward; *Med Care* (1998) 36(6) : 904-14. **Modèle de soins intégrés, modèle de soins coordonnés, outils de référence**

On a développé et testé un modèle d'observance pour les aînés fragiles. Les écarts entre les soins primaires et les CLSC dans les services rendus après un congé à la suite d'une évaluation gériatrique globale et des traitements, ont été mesurés. L'intention de suivre les prescriptions au congé n'est pas un déterminant important de l'observance. Parmi les facteurs organisationnels, que le personnel de l'unité de gériatrie prenne le rendez-vous de suivi avec la clinique gériatrique et le médecin de famille et communique avec le CLSC avant le congé est un facteur qui augmente l'observance globale.

De plus, les personnes qui perçoivent avoir accès au transport et à une personne d'accompagnement sont plus susceptibles d'être observantes.

- ❖ Leighton C. Overview : health financing reforms in Africa; *Health Policy Plan* (1995) 10(3) : 213-22. **Gestion**

Généralement les stratégies des réformes africaines sont :

- Un recouvrement des coûts à travers des tickets modérateurs pour améliorer l'accès et la qualité et jusqu'à un certain point l'équité;
- Réallouer les ressources pour améliorer l'accès et l'efficacité;
- Évaluer la qualité et l'efficacité des ressources privées pour faire un meilleur usage du privé et augmenter l'accès. Les stratégies de recouvrement des coûts ont eu des effets mixtes.

- ❖ Lemieux-Charles L & al. Building interorganizational knowledge for evidence-based health system change; *Health Care Manag* (2002) 27(3) : 48-59. **Gestion**

On présente les résultats d'une étude sur la diffusion d'une innovation complexe fondée sur des données probantes par une fondation ontarienne.

- ❖ Lifton JG. Assessing options for developing the continuum of care; *Healthc Financ Manage* (1996) 50(10) : 38-40. **Gestion**

Les gestionnaires des finances ont un rôle important dans le développement de services le long du continuum. Ils peuvent guider et faciliter la création de modèles de dispensation des soins à la fois efficaces et viables dans les arrangements d'affaire.

- ❖ Lin YJ, Wan TT. Effect of organisational and environmental factors on service differentiation strategy of integrated healthcare networks; *Health Serv Manage Res* (2001) 14(1) : 18-26. **Gestion**

Les missions et les buts sont passés de l'emphase sur les traitements individuels et indépendants aux notions de continuum, de santé des populations et à la provision de soins efficaces.

- ❖ Lipman TH, Deatrick JA. Enhancing specialist preparation for the next century; J Nurs Educ (1994) 33(2) : 53-58. **Modèle de soins coordonnés**

Un modèle conceptuel de soins pédiatriques transitionnels centrés sur la famille (FFPTC) a été utilisé pour interpréter un sondage et des recommandations pour le curriculum sont faites.

- ❖ Litchfield M. Developing a new model of integrated care Nurs; N Z (1998) 4(9) : 23-5 **Modèle professionnel, évaluation**

On propose un modèle de soins infirmiers où une « **family nurse practitioner** » jouerait un rôle clé dans l'intégration des soins pour les familles à travers les frontières traditionnelles du système de soins.

- ❖ Llewellyn-Jones RH & al. How to help depressed older people living in residential care : a multifaceted shared-care intervention for late-life depression; Int Psychogeriatr (2001) 13(4) : 477-92. **Modèle populationnel**

Le but est de décrire une intervention populationnelle de soins partagés comme un nouveau modèle de pratique gériatrique pour les patients institutionnalisés souffrant de dépression en fin de vie. L'intervention inclut :

- Une collaboration multidisciplinaire avec les praticiens de soins primaires;
- La formation de ces praticiens;
- L'éducation des résidents.

L'intervention a été largement acceptée par les résidents et les soignants. Il est possible de l'implanter et de la maintenir quand les services psychogériatriques locaux sont rares, que le ratio personnel résident est faible et que les besoins des résidents sont substantiels.

- ❖ Lloyd J & al. Integration between GPs and hospitals : lessons from a division-hospital program; Aust Health Rev (2000) 23(4) : 134-41. **Collaboration, évaluation**

On veut évaluer l'initiative actuelle d'intégration des omnipraticiens dans les hôpitaux. Les projets ont beaucoup progressés vers l'atteinte de leurs objectifs et ils mettent en lumière d'importants aspects pour une collaboration fructueuse. On a pu identifier des bénéfices de cette collaboration pour les patients, les omnipraticiens et pour les organisations. Les barrières à l'intégration sont la différence de culture, le manque de cohérence interne et l'attitude de l'État. Le développement d'indicateurs pratiques pour l'intégration va supporter le processus et faciliter le partage des savoirs.

- ❖ Lock J, Walsh M. Development and implementation of depression care along the health care continuum; J Nurs Care Qual (1999) 13(3) : 13-22. **Implantation, outils de qualité, de gestion de cas, de partage d'information, arbitrage, coûts, modèle de soins intégrés**

Cet article révisé le développement et l'implantation du traitement de la dépression entre les multiples sites sur le continuum. L'équipe de gestion de cas a utilisé les principes de l'amélioration de la performance « **clinical practice improvement** » (CPI). Il y a quatre éléments importants pour l'amélioration de la qualité :

1. Motiver les médecins à participer au changement;
2. Construire une infrastructure organisationnelle qui fait la promotion du leadership médical;

3. S'assurer que des données cliniques fiables sont disponibles;
4. Mesurer les impacts des processus d'amélioration de la performance.

Les défis sont :

- La distance géographique et les besoins des médecins qui varient en fonction des communautés, de leurs valeurs psychosociales et de leurs styles de vie préférés;
- Les soins doivent être uniques à chaque communauté même s'ils reposent sur des données scientifiques;
- Les enjeux de gouvernance à savoir si l'amélioration de la performance est reconnue par l'organisation;
- Le codage adéquat pour identifier la population;
- La philosophie de soins et la croyance que l'évaluation est l'affaire de tous;
- Les enjeux opérationnels où les grandes organisations dispersées géographiquement ont de la difficulté à favoriser l'interdépendance;
- Les systèmes d'information qui facilitent la communication;
- Les praticiens locaux qui ne veulent pas utiliser des mesures qu'ils n'ont pas été invités à élaborer;
- Une représentation de chaque point de service sur le comité d'amélioration continue de la qualité (ACQ);
- L'arbitrage des coûts entre une méthode maison et une développée ailleurs;
- Éviter la duplication du travail;
- Trouver les incitatifs à la participation;
- Des rencontres efficaces et efficientes;
- Utiliser la téléconférence si c'est possible.

Les bénéfices sont :

- Un leadership qui adhère à la philosophie de la qualité;
- Une allocation de ressource pour les activités qualité;
- Une communication des résultats des activités;
- Une cohérence entre les activités de formation et de dispensation;
- Un système d'information partagé;
- La disponibilité des meilleures pratiques pour le développement;
- Des développements moins coûteux;
- Plus d'autosoins chez les patients;
- Une utilisation appropriée des organismes communautaires;
- Des outils pour une utilisation optimale des ressources;
- Des données valides pour changer les comportements;
- La rétention du personnel.

- ❖ Loeppke R, Howell JW. Integrating clinical performance improvement across physician organisations : the PhyCor experience; Jt Comm J Qual Improv (1999) 25(2) : 55-67. ***Implantation, outils de qualité, de standardisation, de gestion, incitatifs, coûts, qualité, disease management***

Il y a peu de littérature qui décrit l'implantation de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) entre des sites géographiquement dispersés et des groupes de pratiques multidisciplinaires ou des associations de pratique indépendantes.

L'équipe de médecins et d'administrateurs ont assumé le leadership pour développer et implanter un plan stratégique et financier pour l'ACQ, ils ont adopté des indicateurs de performance clinique et opérationnelle, obtenu des consensus avec les champions cliniques. Le leadership des conseils locaux et régionaux est de coordonner et d'intégrer la gestion médicale et les initiatives d'ACQ entre les groupes locaux et les associations indépendantes. En plus, des conseils ont été formés pour des soins pour des conditions spécifiques qui développent des protocoles et des mesures de résultats et s'assurent de l'implantation. Les ressources clés sont la gestion du savoir et de l'information, la formation et l'éducation du patient, et des systèmes d'aide à la décision pour le client. Il y a eu des succès pour l'asthme et le diabète. Les facteurs de succès au niveau local, régional et national sont la vision stratégique et le leadership médical, une infrastructure propice à l'ACQ, l'accès à des données de performance, des incitatifs parallèles, la création d'un sentiment d'urgence.

Le leadership médical est fondamental à l'implantation du « **clinical practice improvement** » (CPI). Les organisations qui ont implanté le CPI ont eu des améliorations notables au niveau de l'utilisation, des coûts et de la qualité. L'implantation demande :

- Un sens d'urgence;
- Une compréhension de comment les médecins prennent les décisions et changent leurs pratiques;
- Une meilleure compréhension de comment les facteurs organisationnels et de gestion affectent la qualité;
- Développer une approche de système multidisciplinaire;
- Générer, consolider et communiquer les gains de court terme;
- Obliger les médecins à comprendre et appliquer les principes du leadership et tester des améliorations sur une petite échelle et diffuser les innovations.

La gestion médicale inclut la gestion des risques administratifs et cliniques. La partie administrative concerne les plaintes, l'éligibilité, l'accréditation et les relations avec les dispensateurs. La partie clinique inclut la gestion de l'utilisation, l'utilisation des lignes directrices, la gestion de cas, le disease management, la gestion des incapacités et la gestion de la qualité. Le health management inclut le support à la prise de décisions du patient et la prévention primaire, secondaire et tertiaire à travers la stratification des risques. La gestion des résultats standardise les mesures de résultats d'utilisation des ressources, de satisfaction, de statut fonctionnel, d'état de santé et les indicateurs cliniques de qualité des soins et donne une rétroaction aux cliniciens. Elle inclut la gestion de l'information et le balisage concurrentiel des meilleures pratiques. Les initiatives doivent être structurées pour être pilotées par les médecins et centrées sur le patient et permettre de la flexibilité et des modifications en fonction des contextes locaux.

De plus, la vision du futur doit être réaliste, pratique et atteignable tant en termes cliniques que financiers. L'adhésion doit être obtenue par l'éducation et des expériences locales et non par la régulation.

- ❖ Lomas J. Using Linkage And Exchange To Move Research Into Policy at A Canadian Foundation; Health Affairs (2000) 19(3) : 236-240. **Recherche, gestion**

« ***L'evidence based decision making*** » vient du passage à la gestion du courant de la médecine fondée sur les données probantes. On espère avec ce courant que ceux qui prennent les décisions dans le système de santé vont utiliser les données les plus à jour de la recherche pour informer leurs décisions. Les données empiriques mettent en évidence le rôle important des personnes qui ont un bagage de recherche suffisant et suffisamment de crédibilité pour comprendre la culture et les méthodes de la recherche universitaire, mais qui comprennent aussi le processus d'élaboration des politiques et sont capables de communiquer efficacement avec les preneurs de décision.

La philosophie du lien et de l'échange est prometteuse pour améliorer l'utilisation de la recherche sur les services de santé. Incorporer la recherche et les chercheurs dans le processus d'élaboration des politiques permet de résoudre les conflits plus rapidement. Cela augmente aussi la probabilité d'obtenir un consensus dans les domaines où la recherche est disponible. La synergie de combiner les capacités analytiques des chercheurs avec l'éclairage des décideurs réduit l'incertitude qui est la source d'alimentation des conflits. Les échanges entre chercheurs et décideurs permettent de soulever des interrogations et d'apporter des nuances.

- ❖ Longlett SK & al. Prevalence of community-oriented primary care knowledge, training, and practice; Fam Med (2002) 34(3):183-9. **Formation**

On présente les recommandations récentes favorisant la formation des résidents pour une pratique dans les modèles « ***community oriented primary care*** » (COPC).

- ❖ Longlett SK & al. Community-oriented primary care : historical perspective; J AM Board Fam Pract (2001) 14(1):54-63. **Modèle communautaire, incitatifs**

Les modèles « ***community oriented primary care*** » (COPC) sont une approche systématique des soins de santé basés sur des principes épidémiologiques, de soins primaires, de médecine préventive et de promotion de la santé. À partir de MEDLINE, on décrit le développement des COPC d'un point de vue historique. Une évaluation critique des tendances actuelles et des implications pour la formation et la pratique des médecins des COPC suivra dans un autre article.

- ❖ Lorenz AD & al. Models of collaboration; Prim Care (1999) 26(2) : 401-10. **Collaboration, incitatifs, implantation**

Pour les praticiens de soins primaires, afin de tenir compte des besoins de leur population, ils doivent collaborer avec les professionnels de santé mentale. On présente les éléments clés d'une collaboration efficace. L'esprit de la collaboration s'applique également bien aux patients, familles et communautés. La collaboration signifie de travailler ensemble dans une hiérarchie flexible. Le spectre de la collaboration est :

- La dispensation parallèle;
- La consultation informelle;
- La consultation formelle;
- La codispensation;
- La formation d'un réseau.

Elle dépend aussi de comment les gens veulent travailler ensemble.

Les ingrédients clés sont :

1. Les relations qui prennent du temps à s'établir et requièrent le respect mutuel où la hiérarchie flexible est un précurseur;
2. Un but commun où avoir des buts de court terme différents ne nuit pas dans la mesure où les buts de long terme sont les mêmes;
3. Même si partager les mêmes paradigmes facilite, avoir des paradigmes différents ne compromet pas la collaboration s'ils ne sont pas mutuellement exclusifs;
4. Une communication claire, car les gens ont des vocabulaires et des règles différents et introduire le patient est la première étape;
5. Il y a des avantages d'être dans un même site pour la communication et les désavantages sont les enjeux d'interdépendance.

Les modes de paiement ont une grande influence. La collaboration est un nouveau paradigme.

- ❖ Lorchmann G & al. Achieving functional integration : a continuum case study; *Healthc Financ Manage* (1997) 51(4) : 35-6, 38-9. **Incitatifs, outils de standardisation, modèle de soins intégrés, évaluation**

Un hôpital du Vermont a développé un plan pour réorganiser ses services de placement pour mieux coordonner les soins le long du continuum. La réorganisation a touché des services comme les thérapies préchirurgicales et l'éducation des patients, l'admission et les activités d'assurances, la réadaptation et les soins à domicile pour créer un continuum à partir des cheminements cliniques. Pour encourager les partenaires à se joindre à ce mode de placement, on a développé de nouveaux types de mesure de résultats cliniques, économiques et de résultats des services pour voir l'épisode de soins dans une perspective de système. Ces mesures seront utilisées pour évaluer le succès des efforts d'intégration fonctionnelle.

- ❖ Love MM & al. Continuity of care and the physician-patient relationship, the importance of continuity for adult patients with asthma; *J Fam Pract* (2000) 49(11) : 998-1004. **Continuité**

La continuité des soins est liée à l'évaluation que fait le patient de son interaction avec le médecin. Pour cette raison, les changements dans les systèmes de soins qui conduisent à une discontinuité avec un médecin individuel est particulièrement dérangeante pour les patients avec des maladies chroniques.

- ❖ Lucas J & al. Integrating outcomes measurement into clinical practice improvement across the continuum of care : a disease-specific episode of care model; *Manage Care Q* (1995) 3(2) : 14-25. **Programme, outils de qualité, de standardisation, implantation, évaluation**

On décrit un modèle pour incorporer la mesure des résultats dans un programme global d'amélioration des pratiques cliniques le long du continuum. Ce programme touche neuf conditions spécifiques où des équipes multidisciplinaires travaillent sur des enjeux comme la sévérité, la pertinence, l'efficacité, les indicateurs d'amélioration continue de la qualité (ACQ), les lignes directrices, les trajectoires de soins et les résultats. Les facteurs clés du modèle sont discutés comme les enjeux d'implantation, les leçons apprises, la restructuration et l'amélioration du programme et la généralisation du modèle entre les maladies et entre les sites.

- ❖ Ludman E & al. The design, implementation and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse; *Int J Psychiatr Med* (2000) 30(3) : 229-45. **Gestion**

Il est possible d'intégrer dans les soins primaires des interventions de prévention des rechutes pour la dépression.

- ❖ Luther SL & al. A method to measure the impact of primary care programs targeted to reduce racial and ethnic disparities in health outcomes; J Public Health Manag Pract (2003) 9(3) : 243-8. **Évaluation**

C'est une étude populationnelle rétrospective pour tester l'impact d'un programme communautaire qui a ciblé certains résultats de santé pour des minorités raciales et ethniques.

- ❖ Lutz T, Lookinland S. Case management : beyond the walls; Cost Qual Q J (1997) 3(1) : 45-52. **Outils de gestion de cas, managed care, incitatifs**

La capitation et le managed care présentent des opportunités pour la gestion de cas. L'évaluation des compétences (résultats cliniques), de la relation patient-dispensateur (satisfaction) et la coordination des ressources (contrôle des coûts) sont les éléments clés du rôle du gestionnaire de cas, rendant ce rôle congruent avec le managed care. Comme les payeurs continuent de demander de mesurer les résultats, le gestionnaire de cas hors hôpital est une technique qui sera de plus en plus utilisée pour documenter si les besoins diversifiés des clientèles à haut risque sont rencontrés.

- ❖ Lyne PA, Williams SM. Care frame : interactive units of health care delivery; J Manag Med (1995) 9(4) : 53-62. **Modèle de soins coordonnés, outils de standardisation**

On démontre comment un modèle cadre de soins peut être utilisé pour gérer les interfaces des phases successives de la dispensation des soins et, spécialement, comment il aide à définir et gérer l'interface entre les soins aigus et la communauté. La dispensation d'un ensemble de soins sans rupture demande la coordination des activités dispensées par plusieurs individus et organisations. Pour développer le modèle, on a fait le cheminement du patient dans le système de soins où son état détermine les options possibles, l'identification des interfaces est cruciale. On a découvert un manque de définition des points de chute de chaque épisode ce qui met en lumière trois composantes du modèle :

1. Le point de terminaison
2. Les constituants de l'épisode de soins;
3. La gestion des interfaces.

- ❖ Lynn J & al. Capitated risk-bearing managed care systems could improve end-of-life care; J Am Geriatr Soc (1998) 46(3) : 322-30. **Incitatifs, accès, managed care**

Les systèmes à capitation ont de forts incitatifs pour éviter la clientèle de fin de vie. Si l'hospice semble un bon lieu, l'accès y est difficile et les durées de séjour courtes. Les modèles traditionnels de personnel ou de groupe du managed care avec leur emphase sur la prévention, l'éducation du patient, l'efficacité, la coordination, les réseaux intégrés de dispensateurs, ont une série de conditions dynamiques et de structures qui pourraient supporter un réel changement. Les avantages pour les soins de fin de vie sont :

- La coordination entre les sites;
- L'interdisciplinarité;
- Les services intégrés;
- Les opportunités pour développer des programmes novateurs, des contrôles de l'utilisation et l'imputabilité.

On peut incorporer les meilleurs éléments des soins palliatifs dans une structure de managed care.

- ❖ Lyon-Callo V. Medicalizing homelessness : the production of self-blamed and self-governing within homeless shelters; Med Anthropol Q (2000) 14(3) : 328-45. **Arbitrage**

Il faut des discours alternatifs au discours médical dominant de déviance pour parler des sans-abri.

- ❖ Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalisation : is site of care equivalent to a primary clinician ? Am J Public Health (1998) 88(10) : 1539-41. **Continuité**

On examine les effets de la continuité avec les organisations et les cliniciens sur la probabilité de futures hospitalisations. Les patients qui ont plus de continuité avec le clinicien ont moins de chance d'hospitalisation que ceux qui n'ont de la continuité qu'avec les organisations. Un endroit qui donne des soins sans continuité avec les cliniciens ne peut probablement pas offrir les soins coût-efficaces.

- ❖ Malcolm L & al. Decentralisation of general management within the New Zealand Health system; Health Serv Manage Res (1994) 7(4) : 220-8. **Gestion, incitatifs, implantation**

Cet article discute des changements d'organisation radicaux implantés dans le système de soins en Nouvelle Zélande. La gestion des services qui implique la décentralisation des programmes ou de groupements de produits a été largement implantée, remplaçant la hiérarchie des disciplines traditionnelles. Ces changements ont mené à un système de gestion qui tient compte de la population plutôt que du système institutionnel. Les directeurs généraux rapportent ouvertement leurs réalisations dans la gestion des services comprenant plus de responsabilité et d'engagement de la part du personnel clinique, d'innovation de la part des équipes, l'amélioration de la performance et de la qualité des services et l'offre des soins intégrés hôpital communauté tenant compte des besoins du patient plutôt que des orientations professionnelles. Il y a une augmentation de la tendance à reconnaître les soins de santé primaires comme le service principal.

Cependant, l'implantation est encore incomplète. La plupart des gestionnaires ont une responsabilité à la fois pour les hôpitaux et les services communautaires. Les avantages de cette structure sont :

- La réduction de la fragmentation des soins;
 - Une imputabilité qui dépasse les frontières de l'hôpital;
 - Des incitatifs à offrir des services communautaires;
 - L'intégration des services préventifs;
 - La réduction des différences de culture entre les milieux.
- ❖ Master RJ, Eng C. Integrating acute and long-term care for high-cost populations; Health Aff (2001) 20(6) : 161-72. **Implantation**

Seulement quelques initiatives maison ont été capables d'améliorer ou de financer la dispensation des soins aux populations avec des maladies chroniques ou des handicaps. Ces initiatives partagent la plupart des caractéristiques suivantes :

- Prépaiement;
- Financement ajusté selon le risque;
- Intégration des enveloppes Medicaid et Medicare;

- Des arrangements flexibles pour les bénéfices de court et de long terme offerts dans le plan d'assurance;
- Des systèmes de dispensation reconfigurés et bien organisés qui ajustent les bénéfices offerts aux besoins individuels;
- Une philosophie cohérente avec la mission;
- Beaucoup de créativité dans les relations avec les agents payeurs.

- ❖ Mathews M, Barnsley J. Patients seeking care during acute illness. Why do they not see their regular physicians ? Can Fam Physicians (2003) 49 : 1498-503. **Accès, évaluation**

Cette étude vise à identifier les facteurs qui permettent de prédire si les patients qui ont pour habitude de voir leur médecin régulier vont le consulter en cas d'épisode aigu. La croyance en l'apport des soins continus est forte. La probabilité de réellement voir son médecin régulier diminue lors d'hospitalisations récentes et lorsqu'il y a des difficultés à consulter pendant ou après les heures de travail. La moitié des patients qui préfèrent voir leurs médecins durant un épisode aigu ne peuvent pas le voir actuellement. Améliorer l'accès aux médecins peut encourager les patients à essayer de toujours consulter leur médecin régulier.

- ❖ Maue SK & al. Effect of a primary care physician-focused, population-based approach to blood pressure control; Fam Med (2002) 34(7) : 508-13. **Programme**

Un réseau de médecins en HMO a initié un programme pour aider les médecins de soins primaires à maintenir un meilleur contrôle de la tension artérielle chez leurs patients.

- ❖ Mazur DJ, Hickman DH. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures; J Gen Inter Med (1997) 12(2) : 144-7. **Outils de partage d'information, évaluation**

On a évalué le degré d'implication souhaité par les patients et si leurs préférences pour la prise de décisions est basée sur de l'information quantitative ou qualitative. Les résultats sont mixtes dépendant des patients et des interventions.

- ❖ McAlister FA & al. Influence of socio-economic deprivation on the primary care burden and treatment of patients with a diagnosis of heart failure in general practice in Scotland : population based study; BMJ (2004) 328(7448) : 1110. **Accès, évaluation**

Les patients issus de milieux socio-économiques défavorisés ont une probabilité de développer des infarctus du myocarde de 44 % plus élevée que les patients des milieux favorisés. Cependant, la probabilité de consulter un médecin sur une base régulière est de 23 % moindre. Les traitements prescrits ne diffèrent pas selon qu'on soit issu d'un milieu ou d'un autre.

- ❖ McAllister JC. Evaluating alternatives for providing home health-care services; Am J Hosp Pharm (1985) 42(11) : 2533-9. **Modèle de soins coordonnés, continuité, incitatifs, implantation**

Une institution pour offrir des services à domicile a une variété de raisons, incluant des incitatifs économiques, des demandes des médecins ou des patients ou une volonté de favoriser la continuité. Il y a six fonctions de bases :

1. Dépistage et sélection des patients;
2. Éducation des patients;

3. Élaboration du produit;
4. Distribution de l'offre;
5. Gestion clinique et remboursement.

Le niveau de participation institutionnel à chacune de ces fonctions est déterminé par le nombre de patients qui requièrent les services, la disponibilité des ressources et l'intérêt et l'expertise du personnel hospitalier.

- ❖ McCann TV, Baker H. Models of mental health nurse-general practitioner liaison : promoting continuity of care; J Adv Nurs (2003) 41(5) : 471-9. ***Collaboration, continuité, outil de coordination***

On a identifié les modèles de collaboration en pratique générale utilisés par les infirmières et analysé l'implication de ces modèles dans la promotion de la continuité des soins. Deux modèles de collaboration chez les infirmières généralistes ont émergé :

1. Le modèle de soins partagé où l'infirmière maintient un contact proche avec l'omnipraticien dans le cadre d'un épisode de soins aigu;
2. Le modèle spécialiste de liaison où l'équipe communautaire de santé mentale assume toute la responsabilité des soins et traitements pendant l'épisode aigu, le contact avec l'omnipraticien est au mieux intermittent.

Le modèle des soins partagés est le plus cohérent pour supporter la continuité personnelle et organisationnelle.

- ❖ McClatchey S. Disease management as a performance improvement strategy; Top Health Inf Manag (2001) 22(2) : 15-23. ***Disease management, modèle populationnel, efficience, implantation, incitatifs, évaluation***

Le disease management est une stratégie organisant les soins et services pour une population de patients autour du continuum. C'est caractérisé par une base de donnée sur la population, une collaboration interdisciplinaire et interorganisation et une information clinique basée sur les données probantes. L'efficience a été mesurée par une combinaison de résultats cliniques, financiers et de qualité de vie.

On décrit les cinq stratégies d'implantation :

1. Le disease management se caractérise par le fait de cibler des pathologies coûteuses et à hauts volumes;
2. La multidisciplinarité;
3. La collaboration inter-organisationnelle;
4. Le développement de bases de données sur la population
5. L'information clinique fondée sur les données probantes.

Les programmes ont en commun l'alignement des incitatifs. Ils peuvent servir pour l'amélioration de la performance. Les éléments clés de l'implantation sont :

- Des données valides présentées dans un format approprié;
- Des buts clairs et acceptés des cliniciens;

- Un dialogue continu;
 - Du renforcement en diffusant les mesures de performance;
 - Un suivi continu et une évaluation par les pairs pour éviter la régression aux pratiques antérieures qui est le plus grand défi en raison de l'inertie organisationnelle et de la résistance passive.
- ❖ McCulloch DK & al. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting : early results and lessons learned; *Eff Clin Pract* (1998) 1(1) : 12-22. **Programme**

Les éléments d'un programme pour diabétiques en soins primaires sont :

1. Un registre continuellement mis à jour des diabétiques;
 2. Des lignes directrices sur la gestion de la glycémie et sur le dépistage des complications oculaires, des soins de pieds, du dépistage de la micro albuminurie;
 3. Améliorer le support à l'autogestion;
 4. Revoir la pratique pour encourager des visites de groupe;
 5. Décentraliser l'expertise dans une équipe d'experts en diabète.
- ❖ McDonough P. Job insecurity and health; *Int Health Serv* (2000) 30(3) : 453-76. **Gestion**

Les employeurs répondent à de nouvelles pressions compétitives découlant du capitalisme global, l'insécurité au travail affecte un nombre grandissant de travailleurs. On sait que cela affecte leur santé mentale, mais on sait peu comment cela affecte leur santé physique et leurs comportements de santé.

L'insécurité fait que les gens jugent leur santé moins bonne, ont plus de détresse et consomment plus de médicaments, mais cela n'affecte pas la consommation d'alcool. Cela s'expliquerait par un sentiment de perte de contrôle sur l'environnement et des opportunités pour une auto-évaluation positive.

- ❖ McGilton KS. Enhancing relationships between care providers and residents in long-term care. Designing a model of care; *J Gerontol Nurs* (2002) 28(12) : 13-21. **Continuité, recherche**

La continuité des soins est critique. Enseigner des habiletés d'interaction ne suffit pas, le praticien doit quelque part se sentir engagé. Si on veut demander aux praticiens d'améliorer leurs relations avec les patients de longue durée, cela doit être supporté par leur environnement de travail. La recherche confirme des résultats secondaires positifs pour les résidents et les praticiens dans le développement de relations.

- ❖ Mc Guire SL & al. Meeting the diverse needs of clients in the community : effective use of the referral process; *Nurs Outlook* (1996) 44(5) : 218-22. **Outils de référence**

Les patients aujourd'hui passent plus rapidement d'un site à l'autre et il devient essentiel d'identifier leurs besoins de suivi dans la communauté. Une vaste panoplie de ressources est disponible et établir un système de référence efficace facilite l'utilisation du processus de référence et l'identification des patients qui nécessitent des soins continus. Un processus de référence est défini comme une approche systématique de résolution de problème qui implique une série d'actions pour aider le patient à utiliser les ressources pour rencontrer ses besoins. Il y a sept principes à la référence :

1. Elle doit être appropriée pour répondre aux besoins du patient;

2. Elle doit être pratique ce qui implique que ce n'est pas une perte de temps, d'argent ou d'énergie pour le patient;
3. Elle doit être adaptée au patient;
4. Le patient peut refuser;
5. Elle doit être à temps;
6. Elle doit être coordonnée aux autres activités pour éviter la duplication et les interventions contradictoires;
7. Elle doit inclure la famille dans le plan.

Les étapes du processus sont :

1. Établir une relation de travail avec le patient qui permet la participation du patient;
2. Établir le besoin de la référence en fonction des préférences du patient;
3. Établir les objectifs en fonction des attentes du patient et de ce qui est réaliste;
4. Explorer la disponibilité des ressources, leur accessibilité et acceptabilité;
5. Respecter le choix du patient d'accepter ou non;
6. Faire la référence et transférer l'information;
7. Faciliter la référence;
8. Faire le suivi et l'évaluation.

Pour développer un système efficace il faut connaître les besoins de la population à risque et les capacités de répondre à ces besoins. Le protocole de référence est un élément critique qui établit les critères d'acceptation et l'information requise. Il faut un inventaire des ressources dans la communauté.

- ❖ McKenna L, Walsh K. Changing handover practices : one private hospital's experiences; Int J Nurs Pract (1997) 3(2) : 128-32. **Outils de coordination, continuité**

Le changement de quart de travail est une composante importante permettant aux infirmières d'échanger l'information pertinente pour assurer la continuité. Mais on a démontré que cette pratique pose des difficultés. On décrit des approches créatives. Cela met en lumière comment les principes de la recherche action peuvent être appliqués pour introduire des changements dans les pratiques cliniques.

- ❖ McQueen J, Marwick P. Introduction : evolution of patient-focused care within the contextual framework of an integrated delivery system (IDS); J Soc Health Syst (1995) 5(1) : 5-9. **Implantation, modèle de soins intégrés**

Peu importe les actions spécifiques prises pour aller vers un véritable système intégré, le facteur critique le plus important est le taux d'intégration. Cet article est aidant pour développer une plus grande compréhension des soins centrés sur le patient en général, de même que les forces, les endroits où l'amélioration est requise et l'application du modèle de soins intégrés.

- ❖ McQueen J. Overcoming the barriers to implementing patient-focused care; Healthc Inf Manage (1993) 7(2) : 17-21. **Implantation, modèle centré sur le patient, qualité**

Les barrières potentielles pour implanter les soins centrés sur le patient peuvent paraître énormes. On peut en éliminer certaines simplement par la poursuite d'un idéal de soins sans ruptures. Ce concept comme la qualité est multidimensionnel. Le modèle des soins centrés sur le patient va redéfinir les systèmes de soins dans le futur.

- ❖ Mechanic D. Approaches for co-ordinating primary and speciality care for persons with mental illness; Gen Hosp Psychiatry (1997) 19(6) : 395-402. **Modèle de soins intégrés, implantation, collaboration, incitatifs, continuité, qualité, outils de gestion de cas, évaluation**

Une attention soutenue est accordée aux modèles d'intégration et de coordination des attitudes dans les soins médicaux généraux. En considérant les stratégies et les modèles, une attention doit être portée à l'hétérogénéité des patients et dans le fait que des approches qui ont beaucoup de succès dans une population donnée, mais n'en ont pas nécessairement pour d'autres.

Il est clair que les médecins de la première ligne demeurent d'importants dispensateurs de services de santé mentale, sinon il n'y a pas d'autres raisons qui expliquent pourquoi beaucoup de patients ne veulent pas être référés à des spécialistes. Les médecins de famille voient 80 % de la population avec des problèmes de santé mentale, en plus des patients qui consultent pour des problèmes médicaux et qui ont aussi un problème de santé mentale.

De plus, une proportion importante de toutes les visites médicales a une composante qui reflète des problèmes de détresse ou des problèmes psychosociaux. Plus le spécialiste sera près et impliqué dans les soins primaires avec le généraliste plus la collaboration est susceptible d'avoir un impact positif pour le patient. Il faut des incitatifs financiers cohérents. La continuité est particulièrement importante. Il faut aussi tenir compte des enjeux de confidentialité dans le partage de l'information. Il y a six modèles aux États-Unis :

1. La fusion où le praticien de soins primaires fait du **gatekeeping** : la qualité est tributaire des compétences de ce praticien et d'un système adéquat de référence et il y a un risque d'écroulement avec un système à capitation;
2. Le modèle de collaboration/liaison où le psychiatre offre de la consultation aux patients médicaux : ce modèle a beaucoup d'avantages, mais les résultats sur la qualité des soins sont mixtes;
3. Le contrat : ce modèle pose des difficultés de communication;
4. L'intégration fonctionnelle dans un même site qui devrait théoriquement faciliter la référence, mais qui dans les faits ne change rien;
5. La formation des praticiens de soins primaires pour une prise en charge des patients avec des problèmes de santé mentale;
6. Les modèles de soins intégrés qui reposent sur la gestion de cas.

On ne sait pas quel modèle est le plus efficient et il faut tenir compte des contextes et des incitatifs.

- ❖ Meigs JB & al. A controlled trial of web-based diabetes disease management : the MGH diabetes primary care improvement project; Diabetes Care (2003) 26(3) : 750-7. **Outils de standardisation**

Des aides à la décision sur le Web ont le potentiel d'améliorer des paramètres scientifiquement fondés pour le diabète.

- ❖ Meijer WJ, Vermeij DJ. A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care; Int J Qual Health Care (1997) 9(1) : 23-33. **Qualité, modèle centré sur le patient, implantation**

Le système de soins tend à souffrir de fragmentation. Cet article développe un modèle générique de qualité de soins global centré sur le patient et lié à la coopération entre les soignants. Le modèle peut être utilisé pour l'amélioration de la qualité et la recherche. Il s'inspire de Donabedian où la coopération est divisée en deux parties :

1. La coopération reliée au client;
2. La coopération locale.

C'est ce deuxième mode qui est lié aux soins optimaux et plus ce degré de coopération est élevé plus on a une amélioration continue de la qualité. On indique comment utiliser ce modèle en huit étapes. Si un système est dominé par les soins secondaires et tertiaires, il sera fragmenté et coûteux. Les dimensions les plus pertinentes de la performance sont :

- La pertinence;
- Des soins à temps;
- La continuité et l'efficience.

Il y a trois raisons de mettre l'emphasis sur la coopération :

1. Il y a plusieurs intervenants pour un même patient et une division du travail s'impose, ici la coopération est minée par la compétition, les non-reconnaissance des compétences de l'autre et les visions différentes de la façon de rendre les services;
2. L'amélioration de la qualité;
3. La prise en compte des facteurs locaux.

Le modèle a comme variables les caractéristiques des patients, les processus et les résultats. La coopération est caractérisée par le degré auquel le médecin offre la possibilité de discuter de ses intentions. La coopération n'est pas seulement autour d'un patient précis. Les intervenants peuvent discuter de la façon de prendre en charge une catégorie de patients. Les activités dans ce cas vont de :

- L'absence de discussion;
- Donner de l'information ou partager des protocoles sur des sujets d'intérêt commun;
- Établir des ententes;
- Établir des protocoles qui seront évalués.

Les conditions de la coopération sont :

- Il faut des rencontres avec des participants qui ont les attitudes requises et qui ne créent pas de barrières financières;
- La volonté d'investir du temps. Les avantages pour les participants sont :
- L'amélioration de la qualité;
- L'amélioration du climat de travail;
- Le renforcement de la position vis-à-vis d'autres disciplines;
- Le renforcement de la position vis-à-vis le payeur.

Les désavantages sont :

- L'ajout de travail;
- Les contraintes à l'autonomie professionnelle;
- La standardisation;
- Le manque de support des collègues;
- Le potentiel de mauvaise utilisation par les payeurs.

Au niveau du groupe il faut de l'ouverture, du respect, de la confiance, la volonté de coopérer et l'absence de compétition. Les huit étapes d'implantation sont :

1. Rendre explicite les buts, les aspects de la qualité visés et les moyens d'atteindre les buts;
2. Choisir les éléments pertinents du modèle;
3. Faire un modèle conceptuel pour le projet;
4. Traduire les concepts en données à être collectées;
5. Établir la méthode de collecte de données et bâtir les instruments;
6. Faire la collecte de données;
7. Discuter des résultats.

- ❖ Meisler N & al. Bringing the gap between inpatient and outpatient providers using organizational elements of assertive community treatment; *Adm Policy Ment Health* (1997) 25(2) : 141-52. **Programmes, arbitrage, coûts, continuité, managed care**

Même dans un système qui offre des soins publics globaux de santé mentale, il existe de larges trous dans la continuité après le congé de l'hôpital. On décrit un programme « **assertive community treatment** » (ACT) qui lie sur une base continue les soins hospitaliers aux services communautaires. Les autorités nationales de santé mentale doivent résister et ne pas permettre au managed care de changer radicalement les conditions d'opération des ACT tant qu'il n'y aura pas d'évidences que des approches alternatives sont efficaces. L'approche ACT est de stabiliser un patient à son congé et de s'assurer de son adhésion à des soins de suivi et de faire systématiquement le lien à un niveau approprié de suivi incluant des programmes qui sont des étapes intermédiaires dans un système de services communautaires fragmentés.

- ❖ Melchior LA & al. Key elements for implementing comprehensive health care models for persons with HIV : a stakeholder analysis; *Eval Health Prof* (2000) 23(3) : 264-83. **Collaboration**

Les implications des résultats d'un projet pilote pour développer des modèles spécialisés de services globaux et de collaboration pour les personnes avec le HIV sont discutées. Pour développer des services communautaires pour les clientèles vulnérables, les avis des détenteurs d'enjeux sont cruciaux tout comme des mécanismes d'amélioration de la qualité et de planification des services. Il y a cinq facteurs de succès :

1. L'importance perçue des éléments du programme;
2. Les connaissances des éléments du programme;
3. Le type de détenteur d'enjeux;
4. Si les informateurs clés travaillent ou non dans le programme;
5. Le site.

- ❖ Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect of health services utilisation : a population-based study in Southern Brazil; Cad Saude Publica (2003) 19(5) : 1257-66. **Accès, évaluation**

Il s'agit d'une étude réalisée au Brésil où on a mesuré l'impact sur l'utilisation des services de santé du fait d'avoir un médecin régulier. Le fait d'avoir un médecin régulier a été associé à une augmentation de 51 % de l'examen des seins et de 62 % du dépistage du cancer du col ainsi que de 98 % du cancer de la prostate. Promouvoir chez la population un suivi par un médecin régulier peut améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé particulièrement chez les plus démunis.

- ❖ Menec VH & al. Characteristics of patients with a regular source of care; Can J Public Health (2001) 92(4) : 299-303. **Accès, continuité**

On décrit les caractéristiques des patients qui sont associées au fait d'avoir une source régulière pour les soins. Ils ont tendance à vivre en banlieue et être plus en santé. Des changements systémiques sont requis pour améliorer la continuité, de même que des mécanismes d'accès pour les segments vulnérables de la population.

- ❖ Mennin SP & al. A survey of graduates in practice from the University of New Mexico's conventional and community-oriented, problem-based tracks; Acad Med (1996) 71(10) : 1079-89. **Formation**

On compare de données sur les profils de pratiques des diplômés.

- ❖ Meredith LS & al. Effects of cost-containment strategies within managed care on continuity of the relationship between patients with depression and their primary care providers; Med Care (2001) 39(10) : 1075-85. **Arbitrage, coûts, continuité, qualité, managed care**

La continuité est une composante importante qui peut être affectée par les stratégies de contraintes de coût du managed care. La variable dépendante de cette étude est la probabilité d'une relation continue entre le patient déprimé et son praticien de soins primaires. Les stratégies du managed care favorisent la continuité avec le praticien de soins primaires, mais on ne sait pas si c'est au détriment de la qualité.

- ❖ Mesmer RJ. Patient-focused perioperative documentation : an outcome management approach; Semin Periop Nurs (1997) 6(4) : 223-32. **Outils de partage d'information, modèle de soins intégrés**

Les soins infirmiers péri opératoires et la documentation subséquente sont des composantes clés du continuum. Un système a été développé pour améliorer la documentation.

- ❖ Mette TM & al. Tools for community-oriented primary care : a process for linking practice and community data; J Am Board Fam Pract (1998) 11(1) : 28-33. **Implantation, modèle communautaire, outils d'identification des risques**

Les modèles « *community oriented primary care* » (COPC) sont un paradigme de plus en plus attrayant pour donner les soins primaires. Plus de travail doit être fait, toutefois, pour réaliser les COPC dans un cadre de pratique occupée. Cette étude rapporte une méthode faisable pour relier les données des pratiques et de la communauté pour leur utilisation dans des COPC. Comprendre les profils d'expression de la maladie dans la pratique et la communauté est critique pour les processus des COPC. Des méthodes rapides et peu coûteuses, en raison des développements informatiques, pour afficher ces patterns, comme les bases de données et les cartographies, doivent être accessibles aux cliniciens si les COPC veulent passer de la théorie à la pratique. Des partenariats entre les fournisseurs de soins de santé et les institutions peuvent aussi aider à remettre cette capacité entre les mains des cliniciens.

- ❖ Mihalik GJ, Scherer MR. Understanding the intersection between quality improvement, managed behavioural health accreditation, and the private practitioner; *Psychiatr Clin North Am* (2000) 23(2) : 285-96. **Outils de qualité, modèle populationnel, managed care, collaboration, continuité, incitatifs**

Les organismes d'accréditation ont établi des standards qui fondamentalement exigent d'implanter des programmes d'amélioration continue de la qualité (ACQ). On peut constater que peu de ressources privées en psychiatrie ont obtenu l'accréditation, car elle n'a pas les programmes d'amélioration de la continuité et de la qualité qui démontrent adéquatement un intérêt dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité selon une approche populationnelle. Il est nécessaire que les dispensateurs comprennent et contribuent de façon significative aux initiatives d'ACQ. Les standards d'accréditation traduisent en terme de qualité des soins et services ce que les patients et les praticiens de même que les autres détenteurs d'enjeux considèrent comme important.

En raison des changements dramatiques apportés par le managed care, peu de dispensateurs ont le niveau de confiance requis pour la collaboration. La définition de la qualité fournie par les assureurs est suspecte. La qualité est difficile à définir et il est difficile d'établir la valeur et les impacts sur la qualité des diverses pratiques et peu d'information est disponible pour établir la balance entre les dépenses requises pour identifier les besoins et les préférences et les bénéfices qui en résultent.

Évaluer la qualité des soins est du domaine des experts depuis des années, mais demeure un sujet de débats et de controverse en raison de la difficulté de transférer les résultats de recherche au niveau des soins individuels. Même si la qualité était adéquatement définie, elle serait difficile à mesurer. Le plus souvent on se contente de mesurer les processus. Les standards se divisent en trois groupes :

1. Ceux qui s'adressent aux services comme le temps requis pour fournir le service;
2. Ceux qui traduisent la perspective clinique comme les protocoles;
3. Ceux qui s'adressent à la qualité clinique et qui requièrent que les cliniciens établissent des paramètres spécifiques.

- ❖ Mikuls TR & al. The association of race/ethnicity with the receipt of traditional and alternative arthritis-specific health care; *Med Care* (2003) 41(11) : 1233-9. **Accès, modèle centré sur le patient**

L'importance de la race et de l'ethnicité dans l'offre de soins spécifiquement chez les arthritiques est à définir. Dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, les personnes de race blanche se tournent vers les médecines alternatives (MCA) et voient souvent leur médecin de famille pour les soins arthritiques. L'utilisation des médecins spécialistes et des médicaments s'explique par d'autres facteurs que la race/ethnicité. Ces facteurs sont le sexe féminin, le milieu urbain, un niveau d'éducation élevé et d'autres facteurs spécifiques à l'arthrite.

- ❖ Miller E. Reengineering the role of a nurse manager in a patient-centred care organisation; J Nurs Care Qual (1999) 13(6): 47-56. **Modèle professionnel, centré sur le patient, continuité, implantation, évaluation**

Dans un centre médical à New York, on a étendu le rôle d'une gestionnaire de soins infirmiers à celui de leader de l'équipe interdisciplinaire dans une structure réorientée sur le patient. Les éléments fonctionnels de cette position sont décrits tout comme la structure organisationnelle pour montrer comment le personnel est regroupé afin de promouvoir la continuité et la coordination des soins donnés aux patients. Les soins centrés sur le patient ont pour buts d'améliorer la continuité des soins et la continuité des relations entre les professionnels.

Dans ce modèle, un leader de l'équipe interdisciplinaire est identifié pour coordonner et intégrer les activités le plus près possible du patient. Pour implanter le modèle on a formé un groupe pour définir les rôles. Il y a eu des craintes de certains professionnels d'une perte d'autonomie ou d'avancement de carrière, mais cela n'a pas empêché le changement. L'efficacité du modèle a été décrite, il y a eu une réduction des durées de séjour par l'augmentation de la collaboration.

- ❖ Miller J & al. Nursing patients through « Pathways of Care »; Prof Nurse (1995) 10(12): 759-62. **Outils de standardisation, continuité**

Les cheminements cliniques peuvent mener à la standardisation des pratiques. Améliorer la tenue de dossier peut sauver du temps de soins infirmiers et améliorer la continuité.

- ❖ Miller RH, Bovbjerg RR. Efforts to improve patient safety in large, capitated medical groups : description and conceptual model; J Health Policy and Law (2002)27(3): 401-40. **Arbitrage implantation, gestion, incitatifs, outils de qualité, de partage d'information**

Les soins sont moins sécuritaires qu'ils le pourraient et les erreurs médicales sont devenues un enjeu politique. Le secteur de la santé a commencé à adapter les principes des sciences cognitives avancées et des avancements dans la gestion de la qualité et de la sécurité tout en bénéficiant des avancements technologiques. Les erreurs résultent souvent de mauvais processus plus que de mauvaises intentions ou d'une formation inadéquate. On a choisi les systèmes à capitation, car ils ont de grands incitatifs financiers à réduire les erreurs qui causent des pertes financières et que les grands groupes ont de réelles capacités de faire du management clinique. On essaie de réduire les délais dans le diagnostic ou les erreurs de diagnostic. On essaie de réduire le manque de suivi, les champs de pratique pas clairs, le manque de références et le manque de continuité.

Chaque groupe désigne au moins un médecin comme gestionnaire de risque et pour la révision par les pairs sous l'égide du comité d'amélioration continue de la qualité (ACQ). Les efforts sont pour altérer cinq catégories de processus :

1. Identifier les problèmes;
2. Analyser et trouver l'information;
3. Décider quand et comment intervenir;
4. Intervenir pour changer le processus;
5. Suivre le changement.

L'amélioration de la sécurité est en compétition avec d'autres changements cliniques ou administratifs pour des ressources limitées, du temps de gestionnaire et l'attention des cliniciens pour apprendre de nouvelles façons de faire. Les facteurs organisationnels internes comme les systèmes d'information et l'expérience avec le changement ont beaucoup d'influence. C'est plus facile si la taille est grande, le leadership médical fort, une coordination formelle existe. Les facteurs externes qui encouragent sont liés surtout aux effets dommageables des poursuites :

- Démoralisation des médecins et du personnel;
- Perte de temps des gestionnaires;
- Coûts de réputation;
- Coûts des pratiques défensives.

Cependant, la peur des poursuites n'est pas un bon motif, car on augmente les services en lien avec les poursuites au lieu d'augmenter les services qui augmentent la sécurité. L'accréditation a peu d'effet tout comme la compétition. La capitation crée des incitatifs financiers, mais peut aussi augmenter les erreurs, car les médecins ont plus de contraintes de temps. Le professionnalisme ou le consumérisme ont une certaine influence indirecte. Selon le modèle, il faudrait :

1. Augmenter la demande des consommateurs en rendant plus visible la sécurité;
2. Développer de nouveaux standards de performance et de rapport de performance;
3. Identifier des standards minimaux pour les systèmes d'information;
4. Augmenter la demande pour les soins systématiques.

Il est plus facile d'ajouter une culture de sécurité quand une culture de soins systématique existe.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Direction de la santé publique, (2003), 133 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Orientations pour l'implantation du nouveau mode d'allocation interrégionale des ressources en 2004-2005. Direction de l'allocation des ressources, mars (2003), 2 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et de Services Sociaux : Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la planification, (2004), 29 pages.

Ce document présente la définition et le rôle des programmes. Les balises sont aussi énoncées pour le découpage des programmes.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services, janvier (2004), 13 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des services sociaux : L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associés à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, février (2004), 19 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes entre les instances locales et les CRDI, mars (2004), 38 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cibles nationales 2004-2005, document de travail. Direction de la planification stratégique, mars (2004), 28 pages.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et de leurs proches, paramètres d'organisation. Direction générale des services de santé et médecine universitaire, avril (2004), 37 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cahier des attentes administratives 2004-2005. Direction des ententes de gestion, avril (2004), 17 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le nouveau mode d'allocation des ressources, texte synthèse, avril (2004), 3 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Les services généraux offerts par les instances locales des services de santé et des services sociaux. Direction générale des services sociaux, mai (2004), 154 pages.

À partir des travaux entrepris par le Comité national sur les services généraux et comme suite aux consultations qui ont été réalisées dans la perspective d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, les services généraux faisant partie de l'offre de services généraux ont été regroupés et la nature des activités a été précisée. Les gestionnaires de tous les niveaux de décision du système sont interpellés face à la gestion de la transition. L'exercice d'un leadership adéquat force les dirigeants à acquérir des compétences nouvelles.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : Proposition préliminaire d'évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, document de travail, mai (2004), 21 pages.

Les principaux objectifs de l'évaluation soit la mesure de l'influence des RLS sur l'accessibilité aux services de première ligne et sur le cheminement des personnes dans le réseau, donnent lieu à six questions spécifiques d'évaluation.

- ❖ Ministère de la Santé et des services sociaux : Monitoring des services de première ligne dans le cadre du suivi de l'implantation des Réseaux locaux de services, Direction générale de la coordination, mai (2004), 11 pages.

On y présente la notion de services de première ligne, les enjeux identifiés, les éléments relatifs au mandat, les aspects méthodologiques

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux, mai (2004), 5 pages.

Ce document précise la définition des ententes.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Unifier notre action contre le cancer. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du programme québécois de lutte contre le cancer, mai (2004), 50 pages.
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le continuum de services : de l'instance locale aux services régionaux et réflexion pour la mise en place du projet clinique, document de travail, Direction des affaires médicales et universitaires, mai (2004), 24 pages.

- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Faits saillants de la rencontre réunissant les sous-ministres et les représentants des quatre Associations d'établissements à vocation régionale, tenue le 15 juin (2004).
- ❖ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Organismes communautaires : Les ententes à convenir avec les instances locales, juin (2004).
- ❖ Minore B & al. Knowledgeable, consistent, competent care : meeting the challenges of delivering quality cancer care in remote northern communities; Int J Circumpolar Health (2001) 60(2) : 196-204. **Qualité, accès**

En Ontario, en région rurale, des services satellites d'oncologie ont été mis sur pied en recrutant des médecins locaux, des infirmières spécialement préparées et du personnel de support. Il y a consensus sur la qualité des soins offerts. L'hôpital local et les autres organisations ont eu d'importants défis à relever comme maintenir la compétence des dispensateurs, renforcer les réseaux de support et ajuster le personnel et les ressources à la demande croissante.

- ❖ Miranda J, Cooper LA. Disparities in care for depression among primary care patients; J Gen Intern Med (2004) 19(2) : 120-6. **Accès, arbitrage**

Une étude cross-sectionnelle a regardé l'utilisation pour les minorités ethniques et recommande de nouvelles approches pour favoriser l'accès à des services appropriés pour ces minorités. Cette étude est dans le sens des études antérieures où les minorités sont moins susceptibles d'obtenir des soins pour la dépression, car elles ont moins d'assurance. Les praticiens recommandent les traitements aux mêmes taux, mais les minorités sont moins observantes aux recommandations. Ces minorités participent moins à la prise de décisions alors que l'on sait que c'est un facteur d'observance. L'utilisation de modes de communication plus centrés sur le patient pourrait améliorer la situation. L'engagement de la famille est aussi un facteur clé.

- ❖ Miranda MB & al. An evidence-based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum; J Nurs Care Qual (2002) 17(1) : 1-14. **Évaluation, collaboration**

Une initiative coordonnée a été implantée dans tout le système de soins pour :

- Incorporer les meilleures pratiques basées sur les données probantes;
- Établir rapidement une éducation coordonnée du patient à la promotion de sa santé à la maison avec le support des ressources appropriées.

Les durées de séjour, les réadmissions, les prescriptions au congé de l'hôpital ont été évaluées. Ces résultats se sont améliorés avec la collaboration de toutes les disciplines et la coordination de tous les services offerts à la population ayant une défaillance cardiaque.

- ❖ Model for the organization of a community-based rehabilitation service. Report of a Working Group of the Royal College of Physicians Rehabilitation Medicine Committee; J R Coll Physicians Lond (1997) 31(5) : 503-5. **Modèle communautaire**

On définit qui a besoin de services de réadaptation orientés vers la communauté et les besoins spécifiques de quatre différents groupes de clientèles et un modèle est proposé. On a défini quatre groupes :

1. Les patients qui ont reçu récemment leur congé des soins aigus;

2. Les patients avec des handicaps établis depuis de longues périodes;
3. Les patients qui ont une détérioration progressive;
4. Les jeunes adultes avec des handicaps.

La réadaptation est multidisciplinaire par définition. Le modèle est une équipe communautaire multi-organisations qui agit comme interface avec l'équipe hospitalière spécialisée. Le chef d'équipe doit avoir un bagage clinique plutôt qu'administratif. Il faut un accès régulier avec l'équipe hospitalière pour le support, la révision par les pairs et la formation continue. L'équipe communautaire agit aussi comme une équipe spécialisée pour supporter les autres équipes communautaires. Les références à cette équipe sont de la responsabilité du médecin de soins primaires et les références sont discutées à une rencontre d'équipe à chaque semaine où un médecin spécialiste de l'équipe hospitalière peut offrir le support.

- ❖ Mohlenbrock WC. Value-based health care, Part 2. The physician imperative : define, measure, and improve health care quality; Physician Exec (1998) 24(3) : 47-54. **Qualité**

La santé est la seule industrie majeure où il n'y a pas de consensus sur des paramètres pour définir objectivement la qualité. La qualité peut être mesurée en utilisant des techniques sophistiquées de modélisation de la maladie qui ajustent objectivement le risque au niveau des données du patient. Une information crédible crée un puissant virage de l'établissement de contrats basés sur le prix vers un vrai marché compétitif qui récompense la qualité. Les payeurs et les patients peuvent chercher des dispensateurs qui démontrent objectivement leur valeur en terme de prix et de qualité.

- ❖ Montori VM, Smith SA. From artisan to architect : the specialist and systems of provision of diabetes care in 2001; Endocr Parct (2001) 7(4):287-92. **Modèle de soins primaires, qualité, coûts**

Les spécialistes qui ont des patients avec le diabète vont assumer un rôle plus significatif dans la prise en charge des équipes de professionnels qui sont responsables des soins primaires de ces patients. L'intégration d'un spécialiste au niveau des soins primaires pourrait améliorer les résultats, augmenter l'accès aux services spécialisés et réduire les coûts.

- ❖ Moore G, Showsstack J; Primary care medicine in crisis : toward reconstruction and renewal; Ann Intern Med (2003) 138(3) : 230-2. **Arbitrage, satisfaction, continuité, modèle populationnel, modèle de soins primaires, managed care, évaluation, incitatifs, implantation**

Les soins primaires sont en crise. Pendant que le reste de la médecine promet la sophistication et la technologie, le modèle de base en soins primaire a peu changé.

Pourquoi la transition de la pratique générale vers les soins primaires d'aujourd'hui semble si difficile ? Plusieurs causes de cette bataille relèvent des soins primaires eux-mêmes, allant de la difficulté d'articuler leur valeur pour le public à, ce qui est probablement le plus important, l'absence d'une réelle définition qui a ouvert la porte au managed care et autres tiers payeurs à définir leur rôle en fonction de leurs intérêts. On a idéalisé le rôle du spécialiste. Les soins primaires n'ont pas livré leurs promesses de rendre accessible le médecin qui défend les patients et coordonne leurs soins.

De plus :

1. La croissance de la fragmentation où tous les praticiens de soins primaires ont tendance à développer des niches spécialisées ce qui crée de la confusion pour les patients;

2. La croissance de la compétition où de nombreux professionnels réclament des actes traditionnellement réservés aux médecins, mais en même temps crée une opportunité pour la prise en charge des maladies chroniques quoique les données sont à l'effet que les résultats sont meilleurs si les spécialistes rendent les services;
3. Le changement dans les préférences des patients où la relation se détériore avec les soins primaires, car les patients mieux éduqués et informés veulent le contrôle de leur condition;
4. La venue des modèles populationnels qui résulte des résultats décevants dans la prise en charge des maladies chroniques et qui viennent offrir des programmes spécialisés qui se substituent au rôle des soins primaires;
5. Le changement des modes de paiement qui amène une réduction des fonds disponibles pour les soins primaires;
6. La création des hospitalistes qui brise la continuité;
7. Les nouveaux paradigmes de dispensation où le patient bien informé gère lui-même sa condition et nécessite seulement une interaction avec une infirmière.

Tous ces éléments constituent des défis.

- ❖ Moran N & al. NHS services for epilepsy from the patient's perspective : a survey of primary, secondary and tertiary care access throughout the UK; Seizure (2000) 9(8) : 559-65. **Hiérarchisation, accès, évaluation**

Le but est d'estimer la proportion de patients avec épilepsie qui ont des consultations en soins primaires ou cliniques externes pour formuler un modèle des variables expliquant la consultation. On a estimé la fréquence des références et les temps d'attente. Des suggestions sont faites pour améliorer la situation.

En conclusion, plusieurs patients ne reçoivent pas de soins spécialisés et une proportion importante n'ont aucune supervision médicale. Les soins sont polarisés entre l'hôpital et les soins primaires ce qui n'est pas un partage idéal.

- ❖ Morgan M & al. Quality of midwifery led care : assessing the effect of different models of continuity for women's satisfaction; Qual Health Care (1998) 7(2) : 77-82. **Qualité, arbitrage, continuité, satisfaction**

Les déterminants les plus importants de la qualité et de la satisfaction sont l'éthique et la cohérence des soins, la bonne communication et la participation à la décision. On a développé au R.U. des schémas locaux de continuité. L'importance de la continuité est basée sur la croyance de l'importance du facteur des relations humaines et de son impact sur les résultats. Il y a deux modèles de continuité :

1. Celle avec le même intervenant;
2. Celle avec le même groupe de praticiens.

La continuité avec le même intervenant n'est pas nécessaire pour une grande satisfaction. Dans la mesure où le praticien peut offrir de la réassurance et du support la pratique de groupe devient une solution aux remplacements des vacances ou autres absences.

- ❖ Mughal MM & al. Implementing a shared-care approach to improve the management of patients with pulmonary arterial hypertension; Cleve Clin J Med (2003) 70 (Suppl 1) : S28-33. **Collaboration**

On décrit la contribution de plusieurs spécialités à la gestion de l'hypertension pulmonaire primaire et les modèles de collaboration en place.

- ❖ Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care : new relevance in changing world; Am J Public Health (2002) 92(11) : 1748-55. **Modèle communautaire, incitatifs, implantation**

Les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) d'Afrique du sud ont éveillé la curiosité et formé des leaders mondiaux en soins primaires. Un survol global des COPC est offert, décrivant ses racines conceptuelles, résumant ses multiples manifestations et explorant ses perspectives futures en tant que paradigme organisationnel pour l'organisation démocratique des services de santé publique. Ses embûches et paradoxes sont examinés.

- ❖ Muramatsu N & al. Hospital provision of institutional long-term care : patterns and correlates; Gerontologist (2000) 40(5) : 557-67. **Implantation, évaluation**

Le profil de la provision de soins de longue durée est significativement associé à la mission (universitaire, à but lucratif) et aux ressources internes et externes. Les résultats indiquent l'importance de considérer les caractéristiques de l'hôpital et de la communauté pour prévoir l'impact des changements de politique et envisager le rôle des hôpitaux dans les soins de longue durée.

- ❖ Nawa H & al. Patient access to medical records : problems and strategies for inpatient charts; Jpn Hosp (2000) 19 : 53-9. **Incitatifs**

Il faut des incitatifs pour améliorer constamment la tenue de dossier.

- ❖ Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders; J Cardiovasc Nurs (2000) 14(3) : 1-14. **Modèle de soins coordonnés, coûts, continuité, accès, outils de standardisation, incitatifs, implantation, évaluation**

En plus de la démonstration de résultats positifs tout en réduisant les coûts pour les aînés, l'étude du modèle de transition a fait avancer le savoir sur des enjeux importants pour les soignants et les patients soit le rendement relatif du modèle selon que le cas est médical ou chirurgical, le profil des patients est à risque de pauvres résultats, les prédicteurs du fardeau des soignants, les besoins spécifiques des aînés et la contribution des infirmières de pratique avancée à ces besoins et la prise de décisions concernant la référence en longue durée. Ce modèle est pertinent pour les clientèles vulnérables. Le modèle incorpore les règles de l'art et se repose sur le jugement professionnel des experts et fait la promotion d'une relation forte entre le patient et l'intervenant et de la continuité.

L'infirmière de pratique avancée assume la responsabilité du plan de congé et se substitue à l'infirmière à domicile pour le suivi. Elle travaille avec un protocole qui spécifie un nombre minimal de visites. Elle travaille en collaboration avec le médecin traitant pour individualiser les soins à l'intérieur du protocole. Elle exerce son jugement pour déterminer la nature, l'intensité et la fréquence des contacts. Elle offre un accès téléphonique 7 jours sur 7.

Il faut développer un profil de risque pour que cette intervention soit fournie aux bons patients, porter une plus grande attention aux facteurs de mauvais résultats dans les protocoles, augmenter le nombre de visites pendant l'hospitalisation et la disponibilité téléphonique et améliorer les mesures de résultats. L'intervention a réduit les réadmissions dans la plupart des cas. Il faut adopter une approche holistique qui tient compte de la famille. Pour obtenir les résultats, il faut une expertise en communication, en collaboration et en coordination des soins avec les autres professionnels. L'alignement des incitatifs est crucial.

- ❖ Naylor MD & al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders : a randomised clinical trial; JAMA (1999) 281(7) : 613-20. **Modèle professionnel, outils de gestion de cas, évaluation**

Les infirmières de pratique avancée qui font des plans de congé et de soins à domicile pour les patients à risque de réadmission ont permis d'allonger le temps avant une nouvelle admission et réduit les coûts des soins. Cette pratique offre donc un grand potentiel.

- ❖ Nelson EC & al. Microsystems in health care : Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units; Jt Comm J Qual Improv (2002) 28(9) : 472-93. **Modèle de soins primaires, qualité, efficience, implantation, évaluation**

Les microsystemes cliniques sont petits, fonctionnels et avec des unités de premières lignes qui dispensent la majorité des soins de santé à la majorité des gens. Ils sont essentiels pour les grandes organisations et les systèmes de soins. On a identifié et étudié un échantillon des petites cliniques qui avaient la meilleure valeur et prodiguaient la meilleure qualité. L'étude a généré plusieurs bonnes idées pour les meilleures pratiques. On a trouvé neuf caractéristiques liées à une grande performance :

1. Le leadership;
2. La culture;
3. Le support organisationnel du micro système au niveau macro;
4. L'attention sur le patient;
5. L'attention sur le personnel;
6. L'interdépendance des équipes;
7. L'information;
8. Les technologies d'information;
9. L'amélioration des processus et des profils de performance.

Ces facteurs de succès sont inter reliés et permettent d'améliorer tant la performance que de créer un environnement de travail attirant. Un système qui se veut global, centré sur le patient, offrant la qualité, la sécurité et l'efficience ne peut se réaliser sans la transformation de ces unités essentielles qui se combinent pour former le continuum. L'adhésion à une discipline est le premier principe qui crée des barrières au fonctionnement des micro systèmes. Les étapes de l'implantation sont :

1. Introduire l'idée auprès du personnel;
2. Faire un sondage auprès du personnel;
3. Résumer les résultats;
4. Identifier les forces et les opportunités de développement;
5. Discuter des résultats avec le personnel;
6. Fixer les objectifs d'amélioration;
7. Utiliser des règles simples et des rétroactions;
8. Intégrer l'information;
9. Communiquer la mission et récompenser la performance;
10. Décentraliser l'imputabilité.

- ❖ Neumayer B & al. Role of multi-purpose service programs providing residential aged care in rural Australia : a discussion paper; Aust J Rural Health (2003) 11(6) : 287-91. **Programme**

On souhaite vérifier si des programmes de services à objectifs multiples améliorent les soins des personnes âgées par rapport aux traditionnels hôpitaux ruraux. Ces programmes offrent un environnement résidentiel meilleur et une plus grande flexibilité pour rendre les services. Il y a peu de différences entre les modèles en regard de la culture organisationnelle et de la formation.

- ❖ Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care; Prim Care (2002) 29(3) : 543-55. **Accès**

Les praticiens de soins primaires jouent un rôle extrêmement important dans la dispensation de soins préventifs. Malgré les progrès aux États-Unis, il reste des défis pour la santé des enfants pauvres et les disparités au niveau des groupes ethniques. Les solutions reposent au niveau des organisations politiques et sociales qui ont une approche populationnelle.

- ❖ Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care; Prim Care (1996) 23(1) : 1-15. **Modèle communautaire, incitatifs, implantation**

Les modèles « *community oriented primary care* » (COPC) combinent des éléments de médecine clinique et de santé publique. Une pratique ou programme de soins primaires qui développe un partenariat avec une communauté identifiée pour décrire et prioriser des inquiétudes en santé, et concevoir et surveiller l'impact d'une intervention peut faire la différence pour la santé de la communauté. L'ingrédient clé au succès des COPC est un praticien motivé. Une préoccupation importante est liée au fait que ce sont de motivations économiques qui sous-tendent les activités communautaires des HMO.

- ❖ Newcomer R & al. Case management, client risk factors and services use; Health Care Financ Rev (1997) 19(1) : 105-20. **Outils de gestion de cas, de standardisation, implantation, évaluation, coûts, accès, satisfaction, disease management**

Six catégories génériques d'activités des gestionnaires de cas sont identifiées en utilisant les données des dossiers de patients avec la maladie d'Alzheimer dans un projet de démonstration. L'association entre les activités des gestionnaires de cas et les caractéristiques des patients et entre les activités et les résultats sur l'utilisation des services a été utilisée pour estimer la valeur prédictive. Les activités des gestionnaires de cas sont le plus souvent associées aux caractéristiques des soignants que de patients.

Mieux comprendre comment la gestion de cas est différenciée peut améliorer le choix du personnel, les protocoles de traitement, les services aux patients et les résultats. La gestion de cas est une méthode pour organiser des services fragmentés. Les gestionnaires de cas évaluent l'éligibilité et font des plans de services et commencent à agir à l'interface des services hospitaliers et communautaires. Les activités vont de la simple référence à la coordination entre de multiples dispensateurs.

Les facteurs favorisant leur introduction ont été la reconnaissance que les personnes âgées avec des conditions chroniques ont besoin de traitements qui ne sont pas appropriés en soins aigus, la disponibilité de financement pour les soins à domicile, le virage ambulatoire, la reconnaissance des problèmes de communication.

Les évaluations en soins communautaires ont échoué à démontrer des réductions de coûts, mais ont démontré une amélioration de l'accès. On a eu aussi, avec la gestion intensive de cas, une réduction des hospitalisations, une réduction des durées de séjour, une réduction de l'institutionnalisation et des résultats de satisfaction positifs. Les facteurs qui affectent les résultats sont :

- Le bagage du gestionnaire;

- La façon dont les objectifs sont déterminés;
- Le degré de contrôle sur le financement;
- Le degré de consolidation du modèle.

Les résultats aux États-Unis ont été inconsistants.

Généralement les gestionnaires de cas ont en commun les tâches suivantes :

- Déterminer l'éligibilité;
- Faire une collecte d'information globale sur les besoins et les ressources à l'aide d'un protocole;
- Planifier les services ce qui implique d'identifier des ressources pour les besoins non comblés et de faire le lien avec ces ressources;
- Coordonner les services pour l'implantation du plan et coordonner les dispensateurs pour rencontrer les besoins;
- Faire le suivi avec des téléphones et des visites;
- Réévaluer à des périodes fixes ou lors d'événements particuliers;
- Planifier des congés.

Il y a beaucoup de variations sur la façon dont ces activités sont rendues.

Les six catégories génériques sont :

- Suivi des services de routine qui est le plus commun;
- Intervention de crise;
- Disease management;
- Support aux aidants;
- Défense du patient;
- Placements.

- ❖ Newman ED & al. « The rheumatologist can see you now » : Successful implementation of an advanced access model in a rheumatology practice; *Arthritis Rheum* (2004) 15 51(2) : 253-7. **Outils de référence, accès, satisfaction, coûts, modèle centré sur le patient**

L'objectif est de donner à temps des services centrés sur le patient. On a développé et implanté des processus pour mesurer et aider à éliminer les ruptures de services, on a créé des procédures de rendez-vous le même jour et révisé le processus d'attribution des rendez-vous pour être plus orienté vers le patient. On a développé un protocole pour les praticiens de première ligne. On a obtenu une amélioration importante de l'accès, de la satisfaction des patients et des économies.

- ❖ Nickerson S. Focus charting in renal nursing : a quality issue; *EDTNA ERCA J* (1999) 25(2) : 33-5. **Outils de gestion, de qualité**

On explore comment minimiser le temps de tenue de dossier. Le type de tenue de dossier est lui-même sujet à une collecte de données et à une révision qui est utile pour les incitatifs d'amélioration de la qualité.

- ❖ Nieves EJ. The effectiveness of the assertive community treatment model; *Adm Policy Ment Health* (2002) 29(6) : 461-80. **Modèle communautaire**

Les bénéfices du modèle « **assertive community treatment** » (ACT) par rapport au programme « **continuing day-treatment** » est examiné pour les patients avec une maladie mentale chronique pour les résultats sur la réadmission, la qualité de vie, l'hébergement et la réhabilitation. Les patients du modèle communautaire n'ont pas moins d'hospitalisations ou un hébergement ou un emploi plus stable.

Il faut se souvenir que les succès des modèles ACT ont été décrits dans une petite ville qui a plus de ressources. Dans les grandes villes, il est plus difficile de faire le lien avec les services communautaires requis. L'absence de financement stable et d'expertise professionnelle contribue au burnout et à l'attrition du personnel. En conséquence, la valeur de ces modèles est liée aux contextes.

- ❖ Novick LF & al. Measuring orientation to population-based prevention; Am J Prev Med (2003) 24(4 Suppl) : 95-101. **Formation**

Évaluer les orientations alternatives pour la prévention populationnelle est utile pour l'évaluation des curriculums en médecine préventive.

- ❖ Nutting PA. Population-based family practice : the next challenge of primary care; J Fam Pract (1987) 24(1) : 83-8. **Modèle communautaire, qualité, coûts, évaluation**

Les soins primaires sont le dénominateur commun de plusieurs enjeux et offrent un mécanisme pour balancer les exigences de qualité et le contrôle des coûts. Dans les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) la prédominance du médecin de famille est notable. Dans ces modèles le dénominateur est la population et l'autre composante est le processus par lequel la population est définie et que ses besoins sont caractérisés. Les médecins de famille traditionnellement se sentent responsables de leurs patients et plusieurs ont développé trois niveaux :

1. La population de patients actifs;
2. La famille;
3. La communauté.

Identifier les besoins consiste à :

- Définir et caractériser la population;
- Identifier les problèmes de soins et de santé;
- Adapter l'offre de services de soins primaires;
- Suivre les impacts.

Cette procédure est familière aux médecins de famille qui ont déjà étendu leur action à la famille. Il est raisonnable de penser qu'ils peuvent l'étendre encore à la communauté. Ils sont bien placés pour inclure des activités de promotion de la santé et de prévention.

- ❖ Nyström M, Lützén K. Psychiatric care and home care service-an exploration of the professions world encountered by persons with long-term mental illness; Scan J Caring Sciences (2002) 16(2) : 171-8. **Arbitrage, continuité**

Les professionnels avec le moins de formation sont ceux qui sont responsables des soins pratiques des personnes avec des problèmes de santé mentale chroniques. Il faut demeurer vigilant dans la division du travail pour que les besoins de cette clientèle soient rencontrés.

- ❖ O'Connell B & al. Models of integrated cancer care : a critique of the literature; Aust Health Rev (2000) 23(1) : 163-78. **Modèle de soins intégrés, implantation**

Plusieurs modèles d'intégration ont été développés. Il faut choisir le modèle le mieux adapté à son contexte. Il existe cinq types de modèles intégrés pour le cancer.

- ❖ O'Connor PJ & al. Database system to identify biological risk in managed care organizations : implications for clinical care; J Ambul Care Manage (1997) 20(4) : 17-23. **Outils de gestion**

On décrit un index qui donne des estimés de l'utilisation, des coûts, et des événements cardiovasculaires potentiellement évitables. Cet outil offre une façon populationnelle d'évaluer les résultats des interventions.

- ❖ Odell A. Communication theory and the shift handover report; Br J Nurs (1996) 5(21) : 1323-6. **Outils de communication**

En comprenant les concepts liés à la théorie de la communication, les infirmières seraient plus aptes à analyser les éléments de la communication dans leurs propres pratiques. On revoit les principes de la communication.

- ❖ O'Farrell B, Evans D. The continuum of care : the process and development of a nursing model for stroke education; Axone (1998) 20(1) : 16-8. **Modèle professionnel, modèle de soins coordonnés, continuité, implantation, évaluation**

On souhaite développer des transitions sans rupture entre les diverses composantes des systèmes de soins en Ontario. On décrit un projet et ses défis dans l'établissement d'un modèle de soins infirmiers. Il faut améliorer la communication et mieux préparer les patients et leurs familles aux nombreuses transitions.

L'implantation du modèle a nécessité des ateliers, du personnel, un outil d'auto-apprentissage, des étalages. L'évaluation va inclure des groupes de discussion avec les infirmières, les patients et les familles, une revue de dossiers, des évaluations écrites des infirmières et des entrevues avec les patients et les familles.

- ❖ Ogle KS & al. Cancer and co-morbidity : redefining chronic diseases; Cancer. (2000) 1; 88(3) : 653-63. **Disease management, évaluation**

Les maladies chroniques sont des facteurs de comorbidité souvent associés chez les personnes atteintes de cancer. La prévalence de cette comorbidité a d'importants retentissements sur les soins et sur la recherche. Le modèle d'affection spécifique en oncologie (**disease specific model**) peut limiter l'offre de traitements appropriés aux malades. Une plus importante intégration de soins primaires dans la gestion continue des cancers peut offrir de meilleurs résultats.

- ❖ Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline; Fam Pract (2003) 20(3) : 318-23. **Outils de communication, continuité**

Avec des études de cas, on démontre que les omnipraticiens considèrent simultanément quatre dimensions lorsqu'ils font un diagnostic et planifient un traitement :

1. Biomédicale;
2. Culturelle et contextuelle;

3. Medico-psychosociale;
4. Sociale et le réseau.

La prise en compte de ces dimensions ajoute de la valeur à la performance globale. Cela met en lumière l'importance des habiletés de communication et de la continuité. L'outil le plus important est de construire la relation thérapeutique avec le patient pendant la consultation. Une bonne communication est un outil qui doit être utilisé pour établir une relation fructueuse et productive qui conduit aux bons diagnostics et traitements et à des résultats optimaux. Un autre outil est la continuité. Elle peut être avec le même site, à l'intérieur de l'épisode de soins ou à long terme. La continuité est :

1. Une valeur en soi dans toute relation humaine;
2. Elle est importante pour d'autres professionnels;
3. Les omnipraticiens pratiquent maintenant beaucoup dans des endroits où la continuité est impossible comme les cliniques sans rendez-vous.

Si on veut aider le patient à travers l'épisode de soins, il faut des habiletés de gestion.

- ❖ Olsen L, Wagner L. From vision to reality : how to actualise the vision of discharging patients from a hospital, with an increased focus on prevention; Int Nurs Rev (2000) 47(3) : 142-56. **Collaboration, outils de gestion**

Les expériences dans la création de possibilités de dialogue pour stimuler la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle pour le congé et la prévention sont présentées. Même s'il y a de nombreuses barrières au dialogue entre les professionnels et entre les niveaux de l'organisation, il est possible de mettre en place des opportunités et améliorer la collaboration. La supervision externe peut être un outil efficace pour stimuler le dialogue.

- ❖ Olsson L & al. A population-based audit for diagnosing colorectal cancer; Scand J Gastroenterol. (2004) 39(2) : 158-63. **Accès**

Les soins de première ligne ont un rôle clé dans le diagnostic du cancer colorectal. L'accès restreint à l'imagerie est un obstacle majeur pour la détection du cancer du colon. L'histoire familiale est rarement documentée durant l'identification du diagnostic du cancer colorectal. On se questionne sur l'intérêt d'utiliser le FOBT chez les patients symptomatiques.

- ❖ O'Malley AS, Forrest CB. Beyond the examination room : primary care performance and the patient-physician relationship for low-income women; J Gen Intern Med (2002) 17(1) : 66-74. **Continuité, évaluation, qualité**

Le but est d'évaluer si la performance des soins primaires donnés aux femmes à faible revenu est associée à la force de la relation qu'elles ont avec leur médecin. Les sites de soins primaires organisés pour être plus accessibles, pour lier les patients avec le même médecin, pour procurer des services pour tous les besoins des femmes et pour coordonner les services spécialisés sont associés avec une relation plus forte entre les femmes à faible revenu et leur médecin. Les systèmes qui n'ont pas ces caractéristiques peuvent nuire à la relation clinicien patient et indirectement compromettre la qualité et les résultats.

- ❖ Ommaya AK. Head injury mechanisms and the concept of preventive management : a review and critical analysis; J Neurotrauma (1995) 12(4) : 527-46. **Recherche**

Les avancées récentes en recherche sur les traumatismes crâniens ont produit une grande quantité de données utiles qui sont accompagnées d'un manque d'intégration conceptuelle à travers les quatre voies qu'emprunte la recherche.

- ❖ Ordin DL & al. Medicare initiatives to improve hearth failure care : an introduction; Congest Heart Fail (2000) 6(5) : 280-2. **Implantation**

On décrit des programmes en cardiologie pour stimuler la discussion sur comment les cliniciens peuvent joindre l'effort national pour améliorer les soins et les résultats.

- ❖ Ordre de pharmaciens du Québec. Structure régionale de coordination intra et intersectorielle, avril (2001), 7 pages.
- ❖ Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – façonner l'avenir, chapitre 7, <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/fr/print.html> 25 pages. **Modèles de soins primaires, modèle de soins intégrés, accès, équité, outils de standardisation, de partage d'information, d'identification des risques.**

En dépit des réformes, on n'a pas suffisamment progressé vers la mise en place de systèmes de santé favorisant une amélioration collective de la santé. On examine la manière dont les valeurs et pratiques des soins de santé primaires, adaptées aux réalités de l'environnement sanitaire complexe d'aujourd'hui, pourraient servir de base à une amélioration de la santé. On a acquis des connaissances utiles sur la manière dont fonctionne un système de santé et sur les raisons d'un échec éventuel. On ne peut toutefois pas proposer un modèle complet de développement des systèmes de santé basés sur les soins primaires dans l'état actuel des connaissances.

Les soins primaires sont devenus, en 1978, l'une des politiques clés de l'OMS. On continue d'estimer essentiel de privilégier les soins primaires pour une progression équitable de la santé. Aucune définition uniforme et universellement applicable n'existe pour les soins primaires. Les soins primaires couvrent une série de principes :

- L'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins;
- L'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
- La participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
- L'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Un système basé sur les soins primaires en plus d'endosser les principes :

- Tient compte de questions générales en rapport avec la santé des populations, en prenant en compte et en renforçant les fonctions liées à la santé publique;
- Crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
- Organise des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux du système de santé;
- Évalue en permanence et cherche constamment à améliorer la performance.

L'expérience justifie l'utilisation des deux modèles de soins intégrés proposés par l'OMS pour la prise en charge des maladies chroniques. Ces modèles ont réduit les coûts, abaissé l'usage des services et amélioré l'état de santé. L'extension des soins primaires se heurte à des obstacles tels qu'un montant disproportionné de dépenses consacré à des soins et programmes de niveau tertiaires qui ne portent pas une charge morbide significative. Tous les systèmes doivent créer un environnement favorable à un apprentissage efficace en équipe pour l'amélioration de la qualité. Pour relever le niveau de la qualité, il faut clairement définir ce que l'on considère comme des soins optimaux. Parmi les composantes essentielles des soins optimaux figurent des aides à la décision avec des instructions écrites pour les soins et des algorithmes de diagnostic et de traitement, ainsi que des fournitures, le matériel d'information clinique et un soutien systématique aux malades pour l'autosoin et l'orientation vers les structures communautaires.

Les systèmes de santé doivent avoir des systèmes d'information ainsi que la cartographie. Il faut rappeler que les politiques qui améliorent globalement les indicateurs sanitaires d'un pays ne sont pas nécessairement équitables. La manière dont on va instaurer un système basé sur les soins primaires varie selon les contextes. Il est essentiel que les pouvoirs publics s'engagent en faveur de l'équité.

Toutefois, cette direction ne sera efficace que si des relations bilatérales s'instaurent avec les communautés et cette notion de participation communautaire n'a pas été facile à mettre en pratique. On ne comprend pas encore bien comment fonctionne un système de santé, pourquoi il réagit mal ou pas à certaines crises et comment intégrer les principes de soins de santé primaires dans des politiques réalistes.

- ❖ Orpaz R, Korenblit M. Family nursing in community-oriented primary health care; Int Nurs Rev (1994) 41(5) : 155-9. **Modèle professionnel, d'équipe, communautaire**

Un centre à Jérusalem est un modèle où l'infirmière est membre d'une équipe multidisciplinaire complète qui compte des médecins de famille, des pédiatres, des épidémiologistes, des psychologues, des statisticiens, des travailleurs sociaux, des éducateurs en santé, des archivistes en santé, des diététistes et d'autres spécialistes en santé publique. L'infirmière participe activement à la planification, à la mise en place et à l'évaluation de tous les nouveaux programmes, des améliorations et changements de politiques.

- ❖ Paccaud F. Accroître l'impact des services de santé de la population. Présentation dans le cadre du colloque Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, Montérégie, juin (2004).
- ❖ Park ER & al. Assessing the transtheoretical model of change constructs for physicians counseling smokers; Ann Behav Med (2003) 25(2) : 120-6. **Outils de qualité**

On a examiné les interrelations entre trois construits centraux du modèle transthéorique du changement (TTM) en fonction du comportement de counseling antitabagique.

- ❖ Patch C, Milosavljevic M J. The application of the continuum of care model in the re-configuration of nutrition and dietetics services; Qual Clin Pract (1999) 19(3) : 183-7. **Outils de qualité, de communication, modèle de soins intégrés, accès**

Le modèle du continuum peut être utilisé pour améliorer la dispensation des services. Des trous peuvent être identifiés, des priorités définies et des réallocations faites. On a utilisé l'amélioration continue de la qualité (ACQ) pour identifier les barrières au changement et formuler un plan d'amélioration des services de nutrition. On a formalisé la communication. L'accès a été amélioré par la mise en place de cliniques satellites et un dépistage précoce lors de l'hospitalisation.

- ❖ Patient focused care. Health management guide; Health Serv J (1994) 104(5408) : suppl 1-12. **Implantation**

Ce guide regarde l'origine des soins centrés sur le patient et comment cela fonctionne en explorant des sites qui les utilisent et en identifiant les points clés avant d'adopter cette approche.

- ❖ Patterson K, Logan-Sinclair P. Continuum of care and the antenatal record in rural New South Wales; Aust J Rural Health (2003) 11(3) : 110-5. **Outils de coordination, continuité**

On a implanté un modèle de carte prénatale pour améliorer la continuité, mais cela n'a pas fonctionné en milieu rural. On recommande que les détenteurs d'enjeux soient imputables d'examiner les barrières et les bénéfices de leurs pratiques prénatales pour que les attentes de continuité de la communauté soient rencontrées.

- ❖ Pattison N. Integration of critical care and palliative care at end of life; Br J Nurs (2004) 13(3) : 138-9. **Arbitrage, satisfaction, hiérarchisation**

L'environnement des soins intensifs de fin de vie souffre d'incertitudes et de manque de clarté. Remplacer l'accent sur le confort au lieu des soins peut être inconfortable pour les infirmières. Elles doivent s'assurer que la transition ne place pas l'emphase sur une dichotomie entre les soins critiques et palliatifs, mais plutôt sur la dispensation des meilleurs soins possibles.

- ❖ Payne TH & al. Practising population-based care in an HMO : evaluation after 12 months; HMO Pract (1995) 9(3) : 101-6. **Évaluation**

La disponibilité de données sur les pratiques, des lignes directrices et des interventions élaborées localement ont résulté en des améliorations significatives de l'adhésion aux guides de pratique.

- ❖ Pearlman RA & al. Advance care planning : eliciting patient preferences for life-sustaining treatment; Patient Educ Couns (1995) 26(1-3) : 353-61. **Éthique**

Un des principes de base dans la prise de décisions médicales en Amérique du Nord est l'autonomie du patient. Mais cela devient un défi lorsque celui-ci devient inapte mentalement à prendre les décisions qui le concernent. « La planification anticipée des soins » permet justement de relever ce défi. Cela consiste en un processus délibératif qui aide les gens à formuler et à communiquer leurs préférences pour les futurs soins médicaux.

- ❖ Pearson K, Meyer H. Waiting times : the search for equitable solutions. Case study : Mater Misericordiae Adult Public Hospital Continuum of Care Model; Aust Health Rev (1996) 19(4) : 93-9. **Gestion, outils de standardisation, de gestion**

Dans le climat économique actuel la pratique fondée sur les données probantes est fondamentale. On a un système flexible qui est redevable et imputable vis-à-vis des besoins des clients et on a développé un modèle de dispensation de services sur le continuum. Ce modèle a de nombreuses innovations de gestion. Les cheminements cliniques, la gestion de cas, les pré-admissions, la gestion des variations et la pratique basée sur les données probantes sont ses composantes.

- ❖ Peirce JC. The paradox of physicians and administrators in health care organisation; Health Care Manage Rev (2000) 25(1) : 29-34. **Gestion, qualité**

Les changements rapides dans les soins de santé constituent des défis pour les cliniciens et les gestionnaires de santé afin de pouvoir d'une part, offrir une excellente qualité de soins, constante et efficace tout en apportant de l'innovation pour répondre aux problèmes de santé. Les modèles théoriques de systèmes d'adaptation complexes promettent des directions et des stratégies plus efficaces en réponse à ces temps chaotiques.

- ❖ Perez C. The next frontier in clinical pathways. The journey to outcomes management; Nurs Case Manag (1996) 1(2) : 75-8. **Outils de standardisation, de qualité**

Un hôpital pour enfants est un leader dans le développement des cheminements cliniques. Cela a donné des améliorations dans la coordination et sauvé des coûts. L'utilisation de la méthodologie de la gestion de projet avec une adaptation des outils de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) a été démontrée efficace pour développer des trajectoires cliniques et standardiser. Cependant, il serait important de mesurer les réels résultats cliniques pour les patients et pas seulement les résultats financiers ou l'utilisation des ressources.

- ❖ Perkins D & al. The Illawarra Coordinated Care Trial : better outcomes with existing resources ? Aust health Rev (2001) 24(2) : 161-71. **Évaluation, modèle de soins coordonnés**

Il s'agit d'un essai australien pour voir si les différents modèles de soins coordonnés améliorent la santé des personnes avec de multiples besoins.

- ❖ Perry H & al. Attaining health for all through community partnerships : principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America; Soc Sci Med (1999) 48(8) : 1053-67. **Modèle communautaire, modèle de soins primaires, implantation, évaluation**

Améliorer les services de soins primaires communautaires est une des nombreuses approches inter reliées pour améliorer la santé des communautés pauvres. L'approche « **Census-based impact-oriented** » (CBIO) est un processus en deux étapes dont le but est d'améliorer la santé des communautés géographiquement éloignées. Un diagnostic dérivé d'informations locales est la base de la planification. Après l'implantation et l'évaluation un nouveau diagnostic est fait pour une nouvelle programmation. Cette approche est basée sur six concepts :

Améliorer la santé dépend de la capacité du personnel de connaître les priorités épidémiologiques, d'identifier les personnes à risques et de donner les services préventifs et curatifs appropriés;

1. La documentation de l'amélioration de la santé;
2. Établir des ratios;
3. Utiliser l'information locale;
4. Introduire les priorités propres de la communauté et établir la confiance pour maintenir le programme à long terme;
5. Inclure la communauté comme un partenaire.

La planification implique de fixer des buts et objectifs de long terme, d'identifier les sources de support potentiel et négocier les arrangements avec les leaders de la communauté.

Au début, il y a de multiples contraintes découlant de la méfiance des leaders, mais, avec des expériences de succès, cela diminue. Le CBIO inclut l'expérience des recherches épidémiologiques et d'organisation de services et aussi la tradition des soins primaires. Il partage des similitudes avec les autres services de soins primaires communautaires et d'épidémiologie où la surveillance et les services communautaires sont intimement liés. C'est une approche de long terme qui prend 7-10 ans pour compléter le premier cycle et un minimum de 10-15 ans pour atteindre son plein potentiel.

Pour éviter que ce soit compliqué et coûteux, il faut une implantation graduelle. Une des forces est que l'évaluation peut être faite par les intervenants locaux avec la communauté. Le CBIO est aussi une façon pratique et peu coûteuse pour mesurer la mortalité de façon longitudinale et prospective. Il offre une voie mitoyenne pour construire sur les forces des soins sélectifs et globaux. Il permet de promouvoir les comportements de santé.

- ❖ Peters DJ. Disablement observed, addressed, and experienced : integrating subjective experience into disablement models; Disabil Rehabil (1996) 18(2) : 593-603. **Outils de gestion**

Cet article présente un cadre qui inclut les dispositifs et objectifs pour modéliser les incapacités. Ce cadre est basé sur une nouvelle intégration des perspectives et du contexte dans lesquelles elles surviennent et de l'interaction entre les deux. Ce cadre offre un fondement conceptuel pour des innovations cliniques, des politiques et la recherche de réponse à ces incapacités.

- ❖ Petersdorf RG. It's report card time again; Acad Med (1994) 69(3) : 171-9. **Gestion**

Il y a trop de spécialistes et pas assez de soins primaires en Russie.

- ❖ Phillips CR. The patient care process : a framework for change; J Healthc Qual (1996) 18(5) : 26-30. **Implantation**

Il est critique que les décisions de réorganisation soient diffusées partout dans l'organisation. Les processus qui sont organisés autour de la mission et qui s'adressent aux besoins des clients sont les plus fructueux. Les organisations qui adoptent un cadre commun autour de la dispensation des soins et du processus de soins peuvent établir un cadre commun de référence pour toute l'organisation et ainsi peuvent améliorer la dispensation des services pour leurs patients et obtenir une large adhésion à leurs buts à travers l'organisation.

- ❖ Phillips-Harris C. The integration of primary care and case management in chronic disease; Qual Manag Health Care (1996) 5(1) : 1-6. **Outils de gestion de cas, modèle d'équipe**

Historiquement la gestion de cas a été orientée sur les sites et s'est occupée de la planification des congés et de la revue de l'utilisation. Une gestion de cas intégrée nécessite d'inclure le dépistage du risque, des programmes de prévention des complications, de lier les processus d'information et une équipe interdisciplinaire qui gère les soins sur une longue période à travers tous les sites. On décrit un modèle qui change les soins primaires en un processus qui implique toute l'équipe incluant le patient.

- ❖ Pickens S & al. Community-oriented primary care in action : a Dallas story; Am J Public Health (2002) 92(11) : 1728-32. **Modèle communautaire, accès, continuité, qualité, collaboration, évaluation**

Dallas County au Texas, est le site de la plus large application urbaine des modèles « **community oriented primary care** » (COPC) aux États-Unis. Son développement et sa réalisation sont résumés. Le modèle COPC est généralisable dans d'autres régions urbaines.

Premièrement, un système de dispensation qui assure l'accès, la continuité et la qualité a été créé à travers des liens directs entre les soins primaires, les soins spécialisés et les soins hospitaliers.

Deuxièmement, la communauté a été impliquée dans l'établissement des priorités du centre de santé et l'amélioration du système par le biais de forums avec les leaders et des comités de consultation.

Enfin, la communauté travaille avec les professionnels de la santé pour identifier les enjeux qui déterminent la santé et la sécurité des voisinages à travers des partenariats et collaborations continues.

- ❖ Pilotto LS & al. Sequential continuity of care by general practitioners : which patients change doctors ? Med J Aust (1996) 164(8) : 463-6. **Continuité**

On a identifié les caractéristiques individuelles et sociales des patients qui font des visites séquentielles à des médecins différents plutôt qu'avec le même médecin. Le jeune âge, la bonne forme physique, une auto-évaluation bonne de la santé, un poids normal, un travail sur les quarts de travail et un long intervalle entre les visites sont des éléments associés à moins de continuité. L'étude soulève la question de la relation entre la continuité chronologique et la qualité des soins (sans y répondre). L'absence de continuité fait perdre des opportunités pour des activités de promotion de la santé.

- ❖ Pincus HA & al. Depression in primary care : linking clinical and systems strategies; Gen Hosp Psychiatry (2001) 23(6) : 311-18. **Modèle de soins primaires, outils de standardisation, de gestion, implantation**

La dépression est un problème sérieux qui peut être géré efficacement avec des modèles de soins chroniques en soins primaires. Ces modèles consistent en l'utilisation efficace de la psychothérapie, de la médication et des lignes directrices avec le développement de protocoles explicites, une réorganisation de la pratique, un suivi longitudinal, l'autogestion par le patient, des supports à la prise de décisions, l'accès aux ressources communautaires et l'adhésion du leadership. Intégrer ces modèles dans la pratique quotidienne demande de surmonter des barrières cliniques et systémiques.

- ❖ Pineault R. L'efficacité populationnelle : un objectif à atteindre dans les réseaux locaux. Présentation dans le cadre du colloque : Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, Montérégie, juin (2004)

- ❖ Pinto MB, Barber JC. Customer satisfaction and consumer responsibility : toward an alternative model of medical service; Quality Health Mark Q (1999) 17(2) : 75-86. **Satisfaction, arbitrage**

Les médecins ressentent une forte pression pour améliorer la satisfaction des patients. Souvent on cherche à améliorer la satisfaction en créant de nouveaux programmes ou services. Souvent on fait des erreurs et engage des coûts importants en poursuivant la satisfaction comme une fin en soi. On propose un modèle alternatif basé sur l'alliance thérapeutique.

- ❖ Plescia M, Groblewski M. A community oriented primary care demonstration project : refining interventions for cardiovascular disease and diabetes; Ann Fam Med (2004) 2(2) : 103-9. **Modèle communautaire, évaluation**

On décrit un projet de soins primaires communautaires nécessitant les cinq étapes du model formel. On discute de l'utilisation des données pour raffiner les interventions en promotion de santé. L'association entre le sentiment de contrôle et des facteurs de risques cardiaques spécifiques a amené une plus grande emphase sur le développement d'interventions basées sur la confiance et a conduit au renouvellement des conseils donnés par les médecins. Identifier le stade de changement où se trouve le patient a amené une diffusion des diètes existantes et des recommandations plus efficaces pour l'activité physique.

- ❖ Pointer DD & al. Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health care delivery systems; Front Health Serv manag (1995) 11(3) : 3-37. **Gestion**

Peu d'attention a été portée à la gouverne des systèmes intégrés.

- ❖ Politzer RM & al. Eliminating primary care health professional shortage areas : the impact of Title VII generalist physician education; J Rural Health (1999) 15(1) : 11-20. **Formation**

L'étude conclue qu'éliminer les pénuries demande des projets avec une perspective plus large et une augmentation des étudiants.

- ❖ Porter-O'Grady T. Over the horizon : the future and the advanced practice nurse; Nurs Adm Q (1997) 21(4) : 1-11. **Modèle professionnel, managed care**

Le managed care a étendu le rôle des infirmières de pratique avancée. Leur principale obligation aujourd'hui est d'assurer leur présence aux endroits où l'élaboration et la structuration des futurs systèmes de santé se font.

- ❖ Provan KG, Milward HB. Integration of community-based services for the severely mentally ill and structure of public funding : a comparison of four systems; J Health Polit Policy Law (1994) 19(4) : 865-94. **Incitatifs, gestion**

Peu comprennent la relation entre la structure de financement public et les différences sur comment les soins de santé mentale sont organisés et donnés. Cette structure peut avoir des effets substantiels sur la nature et l'étendue de l'intégration entre les dispensateurs de services variés que comprend le réseau de service de la communauté.

En comparant, on a trouvé que les services peuvent être intégrés indépendamment de la structure de financement, mais la structure d'intégration sera affectée. Un contrôle financier serré de l'État conduit à une intégration à travers l'agence centrale de soins de santé mentale de la communauté, alors que qu'un contrôle moins serré résulte plus facilement dans une intégration décentralisée entre les dispensateurs du système.

- ❖ Pullen C & al. A comprehensive primary health care delivery model; J Prof Nurs (1994) 10(4) : 201-8. **Modèle de soins primaires, modèle professionnel, globalité, continuité, évaluation**

Les soins primaires sont un élément clé. Les aspects importants des soins primaires incluent non seulement la globalité et la continuité des soins aux individus, mais aussi l'évaluation et des interventions pour répondre aux besoins de toute la communauté. Un modèle infirmier est présenté. Un aspect unique de ce modèle est le partenariat avec la communauté. L'utilisation de ce modèle va permettre de rendre des soins efficaces, acceptables, accessibles et holistiques qui rencontrent mieux les besoins de la communauté.

Les soins primaires communautaires peuvent être définis comme la provision de services primaires à une communauté définie, jumelés à des efforts systématiques pour répondre aux problèmes de santé majeurs de cette communauté à travers une modification efficace des soins primaires et des autres programmes communautaires.

L'accès aux services préventifs est un but important. Les réformes sont une fenêtre d'opportunité pour que les infirmières deviennent les leaders des soins primaires. Des soins primaires accessibles et acceptables impliquent que toutes les disciplines travaillent ensemble. L'absence de compréhension commune et de communication sont des problèmes récurrents des interactions professionnelles. Un modèle global de soins primaires peut faciliter la communication et offrir un cadre de planification des activités. Le modèle doit :

- Être adaptable aux préoccupations uniques de la communauté et mettre l'emphasis sur les besoins collectifs plutôt qu'individuels;
 - Le modèle doit répondre aux besoins de services de bases préventifs, curatifs, de réadaptation et de référence;
 - Le modèle doit être holistique et global soit d'offrir un mécanisme pour prendre en compte les besoins physiques, psychologiques, socioculturels, intellectuels et spirituels;
 - L'égalité et le partenariat doivent exister entre les professionnels et les membres de la communauté.
- ❖ Purvis Cooper C & al. To screen or not to screen, when clinical guidelines disagree : primary care physicians' use of the PSA test; Prev Med (2004) 38(2) : 182-91. **Évaluation**

L'observation des modèles de pratique reflète les deux côtés controversés du dépistage PSA. Alors que les dépistages routiniers ou non routiniers diffèrent dans leur approche, les deux ont montré des taux élevés de dépistage.

- ❖ Qudah F & al. Integrated clinical management : a model for clinical integration; Top Health Inf Manage (1998) 19(2) : 1-11. **Incitatifs implantation, satisfaction, efficience, qualité, équité, accès, outils de gestion de cas, de standardisation, de partage d'information, disease management, évaluation**

On décrit un modèle fructueux d'intégration clinique qui a amélioré l'utilisation des ressources, le niveau de service, la satisfaction du personnel et des médecins et la performance financière. Le modèle donne des processus de gestion médicale, de la gestion de cas, de la gestion de patient qui visent à rendre le système plus cohésif où chacun travaille à l'atteinte d'un objectif avec un alignement des incitatifs. Des liens sont établis pour créer des relations synergiques et des soins accessibles sans rupture.

Pour réussir une intégration qui offre les services les plus coût efficaces pour rencontrer les besoins d'une population définie, trois facteurs sont cruciaux :

1. Le financement;
2. La gestion;
3. La dispensation de services sans rupture.

La dispensation implique un réseau de dispensateurs autour de contrats négociés. Au cœur du système intégré, il y a la composante de gestion dont le but est de créer un processus de gestion clinique qui est centré sur les résultats cliniques et sur la santé. Un facteur critique est l'intégration clinique. Pour réussir, cela implique d'optimiser la première ligne, d'intégrer les dispensateurs avec un plan, de réduire les variations, de développer des systèmes d'information, de développer et maintenir une structure commune, d'aligner les incitatifs et de réduire les coûts. Il faut aussi :

Prioriser les résultats et l'amélioration de la qualité, les soins préventifs, les autosoins et l'éducation du patient;

1. Des programmes d'évaluation de l'utilisation et du coût efficacité;
2. Des contrats et des stratégies pour mesurer, prédire et améliorer la santé de la population.

Il faut aligner les incitatifs sur la collaboration. Tout doit commencer par le portrait de la population. Les lignes directrices pour les soins primaires peuvent comprendre des lignes directrices sur :

- Le diagnostic et le traitement ;
- L'autosoin et la prévention des complications;
- Les références en spécialité.

L'intégration achevée a les caractéristiques suivantes :

- Une attention sur une population définie pour laquelle les dispensateurs travaillent en réseau et acceptent un risque financier significatif;
- Des buts partagés entre les dispensateurs;
- Une mission partagée qui élimine les duplications, améliore la santé, la qualité, l'efficacité, augmente l'accès et réduit les coûts;
- L'équité entre les membres du réseau;
- De grandes capacités d'échange électronique d'informations cliniques, financières, opérationnelles et stratégiques;
- La capacité de documenter les résultats et l'état de santé;
- Des incitatifs alignés pour les clients et les dispensateurs.

- ❖ Qudah FJ, Brannon M. Population-based case management; Qual Manag Health Care (1996) 5(1) : 29-41. **Outils de gestion de cas, modèle populationnel**

Aux États-Unis, un système intégré a développé et implanté un nouveau modèle de dispensation des soins :

La gestion intégrée de la santé (IHM). Ce modèle offre une approche orientée et différenciée pour la gestion de cas qui est basée sur le concept de soins orientés vers la population. Il va au-delà de la gestion de l'épisode aigu entre les différents sites pour donner des soins sur le continuum qui incluent la promotion de la santé et la prévention.

- ❖ Quinn JL & al. Community care management across the continuum. Study results from a Medicare health maintenance plan; Care Manag (1999) 1(4) : 223-31. **Modèle communautaire, coûts, outils d'identification des risques, évaluation**

Le modèle de gestion des soins communautaires (CCM) pour les patients à haut risque et atteints de maladies chroniques a démontré une réduction significative des coûts médicaux. Les éléments clés sont :

- L'identification et la stratification des risques parmi les membres;
- L'assignation d'infirmières de pratique avancée aux médecins ayant un grand volume de patients à haut risque;
- Une gestion clinique continue le long du continuum;
- L'établissement d'une relation continue avec les membres.

- ❖ Radloff D & al. Integrating emergency services in an urban health system; *Semin Nurse Manag* (2000) 8(1) : 31-5. **Gestion**

Les facteurs économiques et d'évolution du marché présentent des défis et des opportunités pour les services. On décrit le processus évolutif d'intégration des services d'urgence au Michigan sur la base de créer un avantage compétitif dans le marché.

- ❖ Raedeke TD & al. Coaching commitment and turnover : a comparison of current and former coaches; *Res Q Exerc Sport* (2002) 73(1) : 73-86. **Collaboration**

On a regardé avec le modèle de **commitment** pourquoi les coaches poursuivent ou abandonnent. Les investissements et la satisfaction sont liés à l'adhésion.

- ❖ Randolph GD & al. Behind schedule : improving access to care for children on practice at a time; *Paediatrics* (2004) 113(3 Pt 1) : e230-7. **Outils de référence, de gestion, accès, continuité, implantation**

L'accès aux soins, l'utilisation personnelle des services à temps pour obtenir les meilleurs résultats demeurent des problèmes fondamentaux aux États-Unis. À ce jour, la recherche et les interventions ont ciblé largement les caractéristiques au niveau des politiques (assurances, répartition géographique) avec peu de succès. Ultimement, l'accès implique d'entrer dans le système. On a exploré un nouvel angle :

L'amélioration des systèmes de rendez-vous selon l'hypothèse que les interventions les plus prometteuses passent par l'amélioration des prises de rendez-vous en soins primaires. C'est faisable, car c'est sous le contrôle des professionnels. Il faut évaluer les délais d'attente pour les rendez-vous, le temps d'attente dans les cliniques, la continuité des soins et les durées des visites et voir l'utilisation de l'urgence. Les systèmes de rendez-vous influencent l'accès en déterminant :

1. Avec quelle rapidité la reconnaissance d'un besoin par le patient va se traduire en une interaction avec le système : des délais amènent des consultations aux urgences, réduisent les taux de vaccination et réduisent la satisfaction;
2. Avec qui le patient va interagir : la continuité améliore l'observance, conduit à moins d'utilisation de l'urgence et moins d'hospitalisation et améliore la satisfaction;
3. La durée accordée lors de l'interaction : le manque de temps réduit la satisfaction des praticiens.

On peut faire des études de suivi avec les mêmes méthodes que l'amélioration continue de la qualité (ACQ) et de la recherche opérationnelle. Au niveau des outils, on peut utiliser des systèmes de rappel pour les patients, garder du temps pour des sans rendez-vous pour que les patients aient accès à leur médecin. Pour implanter le sans rendez-vous il faut :

1. Collecter des données sur l'offre et la demande;
2. Temporairement augmenter la charge de travail afin de réduire le temps d'attente à moins d'une semaine;
3. Faire l'adéquation entre la prise de rendez-vous et la demande.

Le rôle des champions ne doit pas être sous-estimé. La mesure et l'imputabilité sont de puissants facteurs de changement. Pour la recherche sur l'accès il faut regarder les résultats et pas seulement l'utilisation. Souvent le problème d'accès est compliqué par des problèmes de disparité. La disparité de santé est définie comme une réduction dans la qualité des soins non attribuable à la pertinence clinique, aux besoins ou aux préférences des patients. La pauvreté et faire partie d'une minorité sont liés aux problèmes d'accès aux États-Unis. Les déterminants de l'accès sont :

1. Les enjeux au niveau des politiques (financement etc.) et de la main-d'œuvre (disponibilité);
2. Les caractéristiques du système de soins et les facteurs organisationnels;
3. Les caractéristiques de la population et des besoins.

Peu d'attention a été portée à la 2^e catégorie même si les caractéristiques, par exemple, des systèmes de rendez-vous sont facilement modifiables.

- ❖ Rao JK & al. Visit-specific expectations and patient-centred outcomes : a literature review; Arch Fam Med (2000) 9(10) : 1148-55. **Satisfaction, qualité, managed care**

Les patients de soins primaires peuvent avoir des attentes qui ne sont pas détectées, ce qui affecte des résultats comme la satisfaction. On a fait une revue de littérature (23 études) pour examiner si de remplir les attentes des patients a un effet sur l'observance, l'état de santé et la satisfaction. Souvent, les patients attendent plus de l'information qu'une action spécifique, mais les médecins ne perçoivent pas les attentes.

On a eu une association dans quelques études avec la satisfaction, mais pas avec les autres résultats. On encourage les médecins à considérer la perspective du patient en lien avec des résultats comme la satisfaction et la qualité de vie. Si certains résultats sont influencés par la condition médicale, d'autres comme la satisfaction sont influencés par des facteurs non médicaux comme la propreté des lieux, la disponibilité des rendez-vous ou la gentillesse du personnel. Ce sont aussi des facteurs liés au médecin comme sa capacité de tenir compte des préoccupations du patient, ses habilités de communication, ses qualités humaines et sa compétence technique perçue.

La plupart du temps, le patient lors d'une visite a son propre agenda qui diffère de celui du médecin et d'en tenir compte augmenterait la satisfaction. Le managed care en mettant de la pression sur les médecins peut rendre difficile de tenir compte des attentes des patients.

- ❖ Ray MA. A descriptive study of care processes using total quality management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services; Mil Med (1993) 158(6) : 396-403. **Outils de qualité, accès, incitatifs, gestion, évaluation**

Une étude pour investiguer l'accès aux processus de soins a été faite. L'urgence est une lunette pour voir l'état du système. L'urgence est principalement utilisée comme une clinique de soins primaires. L'étude révèle qu'il y a peu en commun entre les principes de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) et le processus de soins observé au niveau du triage, de l'accès aux soins, de la culture organisationnelle.

Dans une structure bureaucratique où les contrôles sont serrés, en général les gens sont plus sujets au stress parce que la créativité est refoulée. L'ACQ est paradoxal et conflictuel dans un système avec une approche « **top down** ». Cela supporte la décentralisation et la coordination des soins en donnant plus d'autorité pour le contrôle au niveau local et en mettant l'emphasis sur plus de responsabilité et d'imputabilité chez les professionnels et les communautés dans une optique où tout le monde est client.

Il faut une gestion participative et un processus de décision négocié. Cela commence par faciliter le dialogue pour déterminer au niveau local quels éléments du système traditionnel doivent être changés, quelles priorités doivent être retenues et quelle est la meilleure façon d'implanter une authentique ACQ et ce même si le support de la direction est essentiel à la réussite.

- ❖ Redfern J & al. Health care follow-up after stroke : opportunities for secondary prevention; Fam Pract (2002) 19(4) : 378-82. **Évaluation, continuité**

On sait peu sur le suivi des patients après un ACV et sur les opportunités pour la prévention secondaire. Le but est d'investiguer la relation entre le suivi et la gestion des risques. Les opportunités pour offrir la prévention secondaire existent à travers une large gamme de services, mais les problèmes de continuité et d'efficience sont évidents.

- ❖ Reed RA. Creating a healing environment by design; J Ambul Care Manage (1995) 18(4) : 16-31. **Qualité, implantation**

On offre une méthodologie qui va au-delà de créer des environnements non institutionnels pour aider ceux qui veulent le développement des environnements de guérison ou adaptés aux soins palliatifs (care vs cure). On ne prône pas une formule pour l'élaboration qui serait, par nature, non éthique à la dynamique proposée. À la place on recommande une méthodologie qui permet et même recommande la flexibilité.

- ❖ Reno R. Maintaining quality of care in a comprehensive dual diagnosis treatment program; Psychiatr Serv (2001) 52(5) : 673-5. **Implantation, arbitrage, efficience, continuité, modèle d'équipe, incitatifs, outils de coordination, de gestion de cas**

On discute de l'adaptation aux pertes de ressources dans le champ de la gestion de cas, la formation aux habiletés comportementales, un système incitatif, la gestion des fonds et la continuité des soins. Pour les doubles problématiques, idéalement les services devraient être continus entre les niveaux de soins, intégrés sous le même toit et dispensés par la même équipe. Un programme de gestionnaire de cas assigne un rôle prépondérant au gestionnaire de cas en tant que mécanisme central par lequel les éléments du traitement sont coordonnés et dispensés.

Au début, on a utilisé le modèle « **assertive community treatment** » (ACT) où les membres des deux équipes multidisciplinaires hospitalières et communautaires assumaient conjointement la responsabilité des services, mais c'est rapidement devenu impraticable.

On a ensuite implanté la gestion intensive de cas où la gestion est confiée aux infirmières des deux équipes, mais le **caseload** était supérieur à 25, ce qui rend le modèle dysfonctionnel.

Après plusieurs ajustements, on a convenu que chaque professionnel peut agir comme gestionnaire de cas. On a utilisé au début des incitatifs financiers symboliques. On a eu des problèmes de continuité pour faire suite à la séparation des lieux physiques entre les soins hospitaliers et externes et il a fallu mettre en place des plans de transition.

Un autre problème est l'arbitrage entre continuité et intensité. Malgré les difficultés une nouvelle philosophie de traitement peut être préservée par l'innovation ponctuée d'essais et d'erreurs.

- ❖ Riley AJ & al. An evaluation of personal medical services : the times they are a changing'; Interprof Care (2003) 17(2) : 127-39. **Modèle de soins primaires, modèle communautaire, accès, évaluation**

Le « **personal medical services** » (PMS) a introduit un contrat local de soins primaires, dirigé vers la promotion de la flexibilité, de l'innovation et de la participation politique. Cet article prend en considération les relations professionnelles et organisationnelles établies entre les fournisseurs de services travaillant dans ces sites PMS qui s'adressent spécifiquement aux inégalités d'accès aux soins primaires dans des populations vulnérables. L'introduction des PMS a permis un changement de valeurs culturelles dans les soins primaires.

Toutefois, le PMS n'a pas nécessairement mené à un partenariat égal entre les équipes de soins primaires. De nouvelles relations interprofessionnelles se sont plutôt formées dans certains sites. Il y a aussi des évidences que le modèle médical des soins primaires a ouvert la porte à un modèle de santé publique orienté vers le communautaire avec une emphase sur le maintien de la santé chez les personnes vulnérables.

- ❖ Ripley J. Coordinating care for the dual-eligible population; Health Financ Manage (2001) 55(6) : 39-43. **Incitatifs, modèle communautaire**

Les différences dans les règles de paiement entre Medicare et Medicaid ont donné aux systèmes intégrés un incitatif pour transférer les patients de soins subaigus et de longue durée en soins aigus.

- ❖ Rohl BJ & al. Asthma care map for decision making; Med Interface (1994) 7(2) : 107-10. **Disease management**

On décrit huit éléments critiques de la gestion multidisciplinaire des soins aux patients asthmatiques.

- ❖ Rondeau A. Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre; Gestion (1999) 24(3) : 148-57. **Implantation, gestion**

Ce texte explore comment se transforment les organisations. Il s'intéresse à la mise en œuvre au sein du système organisationnel des choix stratégiques arrêtés préalablement.

- ❖ Rosenheck R & al. Impact of representative payees on substance use by homeless persons with serious mental illness; Psychiatr Serv (1997) 48(6) : 800-6. **Gestion**

On n'a pas réussi à démontrer que l'ajout de financement pour la gestion des services existants a amélioré les résultats en toxicomanie.

- ❖ Roski J & al. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality : increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines; Prev Med (2003) 36(3) : 291-9. **Incitatifs, outils de qualité, de gestion, évaluation**

L'étude teste l'efficacité de deux modalités de support pour l'adhésion aux lignes directrices de cessation tabagique :

1. Les incitatifs financiers avec un registre des patients;
2. Un appel proactif de support sur l'adhésion aux lignes directrices et les résultats obtenus.

Les incitatifs financiers et le registre améliorent l'adhésion aux lignes directrices, mais les résultats sont mixtes sur les patients. Les incitatifs financiers seuls ne donnent pas de résultats probablement en raison de la méconnaissance de ces incitatifs, une plus grande attention portée à d'autres initiatives et les montants n'étaient peut-être pas assez élevés. Le support téléphonique n'a pas amélioré les résultats.

- ❖ Rosswurm MA. Nursing perspectives on the health care of rural elders; Geriatr Nurs (2001) 22(5) : 231-3. **Accès, collaboration, évaluation**

Les infirmières peuvent jouer un rôle significatif en dispensant des soins sensibles à la culture et orientés vers la communauté en milieu rural. Les personnes âgées en milieu rural ont un accès limité aux soins infirmiers. Un support financier inadéquat et des mécanismes de remboursement inflexibles nuisent à l'accessibilité à ces soins. On évalue les modèles d'éducation, de collaboration interdisciplinaire, les cliniques gérées par les infirmières et les autres programmes innovateurs.

- ❖ Rousseau C. Community empowerment : the alternative resources movement in Quebec; Community Ment Health J (1993) 29(6) : 535-46. **Gestion**

Pour assurer une réelle participation du communautaire une redistribution du pouvoir est requise. On décrit l'historique des ressources alternatives au Québec.

- ❖ Rousseau L, Contandriopoulos AP, Bélanger L. La mesure du coût d'opportunité des décisions publiques en santé : Étude de faisabilité Publications du GRIS R03-05, Juillet (2003). **Gestion, recherche, coûts, équité**

L'avenir inquiète les cliniciens et les décideurs en santé qui se demandent comment on pourra justifier la prise en charge par le régime public de technologies ou de modes de dispensation des soins de plus en plus coûteux.

Pour faire face aux pressions, les décideurs optent de plus en plus pour des modifications en profondeur des modes de dispensation des soins afin de pouvoir continuer à offrir des services de qualité à l'ensemble de la population. Pour supporter la prise de décisions, un des outils disponibles pour le décideur est l'approche économique du coût d'opportunité.

L'idée du calcul du coût d'opportunité repose sur le choix où il faut que l'option choisie donne plus d'avantages que tout autre option envisageable. La mesure du coût d'opportunité implique d'évaluer ce à quoi on doit renoncer lorsqu'on fait un choix. Toute décision implique habituellement qu'il y ait au moins deux alternatives. Peu importe les motifs entourant le choix du décideur ou sa manière objective ou subjective de décider, on se doit donc de reconnaître que tout le monde évalue le coût d'opportunité sans nécessairement le cataloguer comme tel.

L'approche du coût d'opportunité apparaît prometteuse, car elle permet de rendre explicites les choix et de pouvoir rationnellement les apprécier. Utiliser la méthode du coût d'opportunité impose cependant un changement de mentalité profond au sein de la communauté des analystes.

En effet, elle implique la mise en place d'une solide alliance entre l'analyste et le décideur. Elle exige aussi de renoncer à obtenir un niveau de précision élevé. Cette approche, qui semble rejoindre l'ensemble des groupes participants à cette étude (économistes, décideurs, cliniciens, représentants de la population), constitue une véritable piste de solution pour supporter les choix des décideurs.

- ❖ Rovinsky M. How IDSs can turn BBA postacute care provisions to their advantage; *Healthc Financ Manage* (1999) 53(9) : 31-3. **Arbitrage, globalité, modèle de soins intégrés, implantation**

La réduction du financement peut forcer les dispensateurs de soins post-aigus d'imposer des limites sur le nombre et la lourdeur des patients qu'ils acceptent. Comme résultat, les soins intégrés peuvent réduire l'accès à ce type de soins. La position financière des systèmes intégrés peut être compromise si la seule alternative est d'offrir les soins post-aigus dans les coûteuses installations de soins aigus. Ces systèmes doivent analyser comment les incitatifs financiers affectent l'utilisation des soins post-aigus et développer des stratégies qui distribuent équitablement l'impact des changements sur toutes ses constituantes. Les systèmes intégrés doivent inclure les éléments suivants dans leur planification :

1. Analyser les impacts financiers et partager avec le personnel;
2. Déterminer comment les incitatifs influencent l'utilisation sur le continuum;
3. Faire des entrevues avec les représentants des parties constituantes pour obtenir de l'information additionnelle et du support face aux objectifs de la stratégie;
4. Évaluer les politiques et procédures en place pour identifier les changements à faire pour améliorer la performance;
5. Évaluer la demande et la comparer avec la disponibilité des services;
6. Évaluer les coûts relatifs à la dispensation par le réseau par rapport à des partenaires externes;
7. Formuler la stratégie à partir des informations précédentes;
8. Modifier la stratégie pour optimiser la performance. Il faut s'assurer que s'il y a des sacrifices à faire qu'ils soient distribués équitablement.

- ❖ Rovinsky M. Provisions of the Balanced Budget Act challenge IDS care coordination patterns; *Healthc Financ Manage* (1999) 53(8) : 31-4. **Incitatifs**

Les changements dans les taux de paiement des soins post-aigus créent des incitatifs financiers pour altérer la trajectoire de soins.

- ❖ Roy D. L'approche populationnelle, tout un leadership!, congrès annuel de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, avril (2004), 49 pages.
- ❖ Rundall TG. The integration of public health and medicine; *Front Health Serv Manage* (1994) 10(4) : 3-24. **Modèle de soins intégrés, implantation, évaluation**

Historiquement, il y a eu des exemples d'efforts réalisés pour intégrer la santé publique et les activités médicales. Tandis que beaucoup ont reconnu la valeur inhérente d'une approche intégrée pour améliorer la santé, le fait est que de tels efforts ont eu des succès limités. La revue de la « visions » de la santé publique et de la médecine ainsi que des exemples des efforts d'intégration de la santé publique et de la médecine, suggère cinq conditions pour faire en sorte que cette intégration réussisse.

Les ressources nécessaires à l'intégration de la santé publique et des soins médicaux sont importantes et leur importance est équivalente à l'acceptation par la santé publique et le système de soins d'une vision de partage des rôles et des responsabilités d'un système de soins intégrés.

- ❖ Ryrie I & al. Liaison psychiatric nursing in an inner city accident and emergency department; *Psychiatr Ment Health Nurs* (1997) 4(2) : 131-6. **Evaluation**

Cet article décrit une étude sur le travail des infirmières d'urgence psychiatrique rattachées au département central des urgences et de traumatologie de Londres. Des attributs spécifiques et des méthodes de travail qui favorisent l'intégration au sein du département de soins intensifs et de traumatologie sont identifiés. Les résultats sont examinés selon les différents modèles de consultation psychiatrique et les liens retrouvés dans la littérature.

- ❖ Sachs MA. Managed care : the next generation; *Front Health Serv Manage* (1997) 14(1) : 3-26. **Managed care, satisfaction, qualité, accès, coûts, arbitrage, incitatifs**

Les plans de managed care ont généré des profits en réduisant l'utilisation et en gardant une partie des économies. Les plans vont survivre en se centrant sur les facteurs qui importent le plus aux consommateurs comme la qualité globale et l'accès. Les systèmes qui combinent les bénéfices de libre accès avec ceux des produits aux points de service représentent la nouvelle génération de systèmes de soins orientés vers le consommateur.

Il existe un modèle économique du managed care mature dans une organisation des soins sans responsabilité de la gestion médicale. Sa contrepartie, le modèle médical, évolue vers une dispensation de soins primaires avec une gestion médicale totale. Le rôle traditionnel d'acheteur pour réduire les coûts est remplacé par un modèle de marché compétitif où des systèmes axés sur les soins sont en compétition. Le modèle HMO est maintenant dépassé dans le marché actuel. En réponse aux demandes des employeurs de trouver des solutions à l'escalade des coûts le modèle économique a émergé qui a comme caractéristiques :

1. Éduquer le patient sur la santé et sur les coûts;
2. Évaluer la qualité par des profils de pratique et le suivi des résultats;
3. Contrôler par la gestion les unités de soins;
4. Minimiser la bureaucratie administrative.

Cela se traduit par l'utilisation du médecin comme **gatekeeper** et qui donnent des soins selon des protocoles avec des incitatifs à réduire les tests inutiles et les références aux spécialistes. Ces médecins sont soit des employés, soit à contrat et payés à l'acte ou à capitation. En fait, ce modèle s'est révélé plus coûteux que le modèle médical qui a comme caractéristiques :

1. Éduquer le patient sur la santé;
2. Encourager les traitements préventifs et le dépistage;
3. Contrôler par la diffusion des meilleures pratiques;
4. Réduire les coûts par l'amélioration de la santé;

5. Maximiser la satisfaction des employés.

Dans ce modèle, les médecins reçoivent des paiements prospectifs. Les patients acceptent l'arbitrage entre un accès ouvert et un partage de coût moindre. Dans les facteurs de sélection des plans, le plus important est la localisation des médecins et de l'hôpital. Les facteurs les plus importants aux yeux des consommateurs sont l'accès et la qualité et ce sont les facteurs sur lesquels les HMO ont le moins de contrôle et d'influence.

- ❖ Safran DG & al. Switching doctors : predictors of voluntary disenrolment from a primary physician's practice; J Fam Pract (2001) 50(2) : 130-6. **Continuité, évaluation**

On a évalué huit aspects structurels et interpersonnels comme prédicteurs d'un désengagement volontaire des patients envers leurs praticiens de soins primaires. La qualité de la relation et la continuité jouent un rôle dans l'engagement alors que l'accès ou l'intégration n'en jouent pas.

- ❖ Safran DG & al. Organisational and financial characteristic of health plans : are they related to primary care performance ? Arch Inter Med (2000) 160(1) : 69-76. **Incitatifs, managed care, accès, continuité, globalité, satisfaction, évaluation, incitatifs**

La performance des soins primaires varie selon différents modèles même selon différents modèles de managed care. Les plans qui exigent que le patient choisisse un médecin de soins primaires responsable de coordonner les soins ont de plus en plus d'adhérents. Chaque type de modèle de managed care a un profil unique de forces et faiblesses. Dans les cinq modèles c'est celui du personnel (staff model) qui performe le moins bien. Les plus grandes différences sont au niveau de la continuité des visites et l'accès aux soins. On a analysé la performance des cinq modèles de managed care. Les soins primaires sont formellement définis pour inclure les caractéristiques suivantes :

- Accessibilité;
- Continuité;
- Globalité;
- Coordination;
- Gestion clinique;
- Centré sur la personne;
- Un partenariat de long terme avec le patient.

Les systèmes à capitation sont négativement associés à :

- Accessibilité;
- Connaissance du patient;
- Communication avec le patient;
- Traitement interpersonnel.

L'utilisation d'incitatifs visant la satisfaction des patients est associée positivement à :

- Accessibilité;
- Connaissance des patients;
- Counseling préventif. L'utilisation de lignes directrices est négativement associée à :
- Communication avec le patient;

- Traitements interpersonnels;
- Confiance.

Faire des profils de performance est négativement associé à la continuité. Aucun modèle ne performe aux plus hauts niveaux. La performance est plus grande dans les systèmes ouverts où les médecins n'ont pas de contrats exclusifs. L'accès et la continuité sont plus grands avec le paiement à l'acte qu'avec les HMO qui ont des médecins salariés. La performance est influencée par des incitatifs non financiers. Les modèles ne produisent pas de différence sur le statut fonctionnel ou l'évolution des maladies chroniques.

- ❖ Saltz CC, Schaefer T. Interdisciplinary teams in health care : integration of family caregivers; Soc Work Health Care (1996) 22(3) : 59-70. **Modèle d'équipe, implantation**

On présente un modèle détaillant chaque composante importante du fonctionnement en équipe. On met l'emphasis sur le rôle du patient et de ses aidants dans l'équipe et de leur impact sur le fonctionnement de l'équipe.

- ❖ Sands JJ & al. Systemic barriers to improving vascular access outcomes; Adv Ren Replace The (2002) 9(2) : 109-15. **Incitatifs, implantation**

On a fait une trajectoire de soins pour améliorer l'accès à la gestion des problèmes vasculaires. En dépit de leur acceptation, les recommandations ne sont pas suivies de routine. Ceci est attribuable à l'inertie et à des barrières systémiques comme l'absence de financement de services préhospitaliers, l'absence de remboursement du suivi, des espaces d'intervention ou de chirurgie non disponibles, l'érosion de la réelle valeur des remboursements des cas, l'addition de nouveaux services sans réels ajustements du remboursement, une pauvre imputabilité, un système qui incite par ses mécanismes de remboursement à faire des procédures. Un réalignement réaliste des incitatifs doit être fait.

- ❖ Sandstrom R & al. Comprehensive medical rehabilitation in the 1990s : the community integration rehabilitation model; Health Care Superv (1996) 15(2) : 44-54. **Modèle communautaire, managed care, outils de gestion de cas, de référence, de standardisation, implantation**

Aux États-Unis, l'environnement pose des défis pour définir de nouveaux modèles de réadaptation. Les modèles actuels de réadaptation médicale globale incluent des traitements multidisciplinaires dans les hôpitaux, en ambulatoire, à domicile et dans la communauté.

Le managed care et la capitation posent des défis à la réadaptation pour la prévention des séquelles permanentes. On propose le modèle « **Community Integration Rehabilitation** ». On plaide pour le développement d'un continuum de services incluant un système fort de réadaptation basé dans la communauté et sur la formation de partenariats entre le centre de réadaptation et sa communauté.

La réadaptation globale est redéfinie comme un continuum de prévention des séquelles et de traitement durant toute la vie d'une population.

Pour implanter un modèle intégré il faut mettre l'emphasis sur :

1. Repenser l'utilisation des ressources;
2. Passer d'une emphasis sur la maladie à une emphasis sur la vie productive dans la communauté;
3. Établir des continuums;
4. Former des partenariats entre les institutions et la communauté.

La gestion de cas est nécessaire de même que des modèles de transition. Il faut des cheminements critiques et des indicateurs clés pour aide la prise de décisions.

- ❖ Sangani P & al. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection; Cochrane Database Sys Rev (2004) (2) : CD001220. **Évaluation**

Les résultats d'essais randomisés ont été peu concluants à l'effet que le contrôle des maladies transmissibles sexuellement soit une stratégie efficace dans la prévention du HIV. Des centres de traitement améliorés ont plus d'effet sur la réduction de l'incidence du sida. Il n'y a aucun bénéfice à s'adresser à tous les membres de la communauté.

- ❖ Schaeffer D. Care management : scientific thoughts on a current topic; Pflege (2000) 13(1) : 17-26 (abstract). **Outils de gestion de cas**

On discute de l'importance du concept de gestion de cas pour l'Allemagne. La gestion de cas est un outil qui peut être utilisé pour réduire les déficits de soins infirmiers en ambulatoire et leur trouver des solutions innovantes et promouvoir le professionnalisme du nursing en Allemagne, une tendance qui est requise depuis longtemps en terme international.

- ❖ Schwab RA & al. Does payment improve follow-up of pelvic inflammatory disease ? Mo Med (2002) 99(7) : 286-8. **Incitatifs**

Un incitatif de 5,00\$ donné au patient n'augmente pas le recours au suivi après une visite à l'urgence.

- ❖ Schwartz RW & al. Centralized oversight for clinical performance improvement : a pilot initiative at the Lexington VAMC; JT Comm J Qual Saf (2003) 29(2) : 66-76. **Outils de qualité, modèle de soins intégrés, implantation**

On décrit la création de bureaux des opérations cliniques « **office of clinical operations** » (OCO) dont les membres doivent s'assurer de la présence des données et de leur accessibilité et aussi déterminer comment ces données peuvent être utilisées de la meilleure façon afin de faire bénéficier de manière significative les responsables de projets de « **clinical practice improvement** » (CPI). La création des OCO a mis de l'avant les problèmes culturels d'intégration qui sont souvent rencontrés lors de l'introduction de nouvelles entités organisationnelles qui étaient manquantes.

- ❖ Schweikhart SB. Reengineering the work of caregivers : role redefinition, team structures, and organisational redesign; Hosp Health Serv Adm (1996) 41(1) : 19-36. **Modèle communautaire, modèle centré sur le patient, continuité, outils de gestion de cas, implantation, évaluation**

Comme suite aux réorganisations du travail, c'est maintenant l'équipe qui est considérée comme unité de base pour la mesure de la performance. L'évolution des modèles d'équipe est discutée à l'aide d'un cadre conceptuel. Orientée sur le design plutôt que sur la production de soins, la gestion de cas est caractérisée par des hauts degrés de décision, d'autonomie et d'imputabilité. Ce travail inclut la communication et la coordination. La gestion de cas et la production de soins sont liées par un processus itératif par lequel un plan est développé et exécuté par un membre approprié. Le continuum de la multidisciplinarité est :

1. Des relations lâches où les cliniciens sont dans un contexte traditionnel d'organisation par départements fonctionnels centraux;
2. Les cliniciens sont à l'unité, mais se rapportent à la fois à l'unité et au département central;

3. Les cliniciens sont du personnel permanent de l'unité.

Les modèles d'équipe sont :

1. L'équipe fonctionnelle où on sépare la gestion des soins de la production en créant une fonction de gestionnaire qui est un coordonnateur et fait circuler l'information;
2. L'équipe coordonnée où la gestion et la planification des soins sont intégrées sans changer la structure, l'intégration se fait par le gestionnaire qui agit comme leader pour former l'équipe interdisciplinaire où les membres se rapportent à l'unité et à leur département;
3. L'équipe orientée où tous les membres de l'équipe se rapportent au chef d'unité, la proximité et la permanence des relations créent un environnement favorable à l'apprentissage et au partage d'expertise, mais cela demande un changement fonctionnel et culturel.

Plus on va vers l'intégration, plus on progresse vers les objectifs suivants :

1. Élimination des activités sans valeur ajoutée;
2. Offre de services à valeur ajoutée pour les patients et les médecins;
3. Continuité;
4. Amélioration des soins cliniques;
5. Emphase sur la flexibilité.

- ❖ Scott A Shiell A. The use of multilevel analysis in health economics : an application to examining the effect of competition on general practitioners' behavior; Dev Health Econ Public Policy (1998) 6 : 159-68. **Incitatifs**

On a testé l'hypothèse que les omnipraticiens dans les milieux de forte compétition sont plus enclins à recommander une consultation de suivi. La compétition influence la décision de recommander un suivi, mais pas pour toutes les conditions médicales.

- ❖ Scott K. Mercy Medical : developing an acute and sub-acute care continuum. Case study; Health Syst Lead (1997) 4(8) : 18-27. **Implantation**

En Alabama, la particularité est que certains systèmes sont religieux. Pour changer, un de ces systèmes compte étendre les services et créer des affiliations avec les institutions locales de soins aigus.

- ❖ Shamian JS & al. Health-related outcomes management : moving forward standing still; Stud Health Technol Inform (1997) 46 : 99-104. **Outils de gestion**

Dans la littérature une grande emphase a été accordée à la mesure et à l'utilisation des résultats des données pour la prise de décisions. Malgré cela peu de progrès ont été réalisés tant en science que dans l'art de gérer des résultats.

- ❖ Shannon E. The devil is in the detail : lessons for multi-disciplinary care team from a local evaluation of coordinated care; Aust Health Rev (2002) 25(2) : 87-94. **Implantation, évaluation**

L'évaluation du projet pilote australien a démontré que les relations entre les coordonnateurs de soins et les autres professionnels ont varié considérablement et que de nouvelles stratégies sont requises pour gérer les conflits.

- ❖ Shaughnessy PW & al. Outcomes across the care continuum; Home Health care Med Care 35(11 Suppl) : NS115-23. **Évaluation**

On décrit une approche pour mesurer les résultats sur le continuum. Des mesures valides et fiables sur les résultats finaux, intermédiaires et sur l'utilisation ont été développées pour démontrer l'amélioration, la stabilisation ou le déclin des patients à domicile.

- ❖ Shelley S, Knisely J. Reengineering in behavioural medicine; Nurs Manage (1997) 28(4) : 33-6. **Gestion**

Aux États-Unis, l'objectif principal de la réorganisation était de passer d'un paradigme d'une orientation par département pour les patients hospitalisés en psychiatrie à un paradigme d'intervention de crise à court terme avec une pleine intégration avec les ressources communautaires.

- ❖ Sherbourne C.D. & al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care; Arch Gen Psychiatry (2001) 58(7) : 696-703. **Outils de qualité, qualité, disease management**

On estime si la dissémination des interventions d'amélioration de la qualité de court terme améliore les résultats cliniques et la qualité de vie pour la dépression. La plupart de ces patients reçoivent leurs services en soins primaires même si seulement 50 % sont diagnostiqués. Le programme choisi est basé sur un modèle de disease management qui identifie les patients à risque. Les approches qualité sont faisables et efficaces pour divers types de patients en soins primaires dans des conditions naturelles de pratique.

Même si l'amélioration des résultats cliniques n'est plus apparente après deux ans, les résultats suggèrent que des améliorations peuvent se produire après la fin du programme de qualité dans les soins primaires. Les modèles qui intègrent la psychothérapie et la médication peuvent apporter des bénéfices à relativement long terme.

- ❖ Shi L, Starfield B. The effect of primary care physician supply and income inequality on mortality among blacks and whites in US metropolitan areas; Am J Public Health (2001) 91(8) : 1246-50. **Accès**

Cette étude estime, après inclusion du statut socio-économique, que les effets sur la mortalité sont significatifs, mais que les effets de la disponibilité de soins primaires ne le sont pas. On dit tout de même que l'amélioration de la santé de la population passe par le déterminant socio-économique et la disponibilité et l'accessibilité aux soins primaires.

- ❖ Shields AE & al. Comparing asthma care provided to Medicaid-enrolees children in a Primary Care Case Manager plan and staff model HMO; Ambul Paediatr (2003) 3(5) : 253-62. **Incitatifs, accès**

Le modèle du personnel HMO (staff model) par rapport à d'autres plans permet un accès plus grand aux spécialistes en asthme et un suivi plus à temps à la suite d'un passage à l'urgence. Il faut mieux comprendre les impacts de ces différences de pratique sur les résultats cliniques.

- ❖ Shipon DM, Nash DB. Quality in health care : what are the problems and what are the solutions ? Tex Med (2000) 96(10) : 61-5. **Qualité, outils de qualité, de partage d'information, de standardisation, incitatifs**

Une stratégie en six étapes pour améliorer la qualité est suggérée :

- Augmenter l'imputabilité;
- Instaurer l'amélioration continue de la qualité (ACQ);
- Standardisation;
- Empowerment du patient;
- Améliorer l'accès à l'information sur la santé;
- Instaurer des incitatifs pour les professionnels et les patients.

- ❖ Shortell SM & al. Evaluating partnerships for community health improvement : tracking the footprints; J Health Polit Policy Law (2002) 27(1) : 49-91. **Gestion, évaluation**

Les partenariats privés publics sont vus de plus en plus comme des mécanismes pour améliorer la santé des communautés.

Cependant, les évaluations ont produit des résultats mixtes ou négatifs. On examine comment les rôles d'une vision commune, d'une gouverne forte et d'une gestion efficace influencent la capacité d'un partenariat d'atteindre ses objectifs. Les résultats mettent en lumière l'importance que les membres de l'organisation perçoivent les coûts et les bénéfices de la participation, de même que des habiletés de gestion pour faire progresser le partenariat vers l'atteinte d'une vision partagée.

Il y a six caractéristiques clés de la gestion et de la gouverne.

- ❖ Shortell SM & al. Reinventing the American hospital; Milbank Q (1995); 73(2) : 132-60. **Gestion**

Le système de soins aux États-Unis est en pleine restructuration pour être conforme aux nouvelles tendances, en remplaçant le modèle de soins orienté sur la maladie, par un modèle intégrant la promotion prévention et les soins primaires. Dans ce nouveau modèle, les hôpitaux ne seront plus considérés comme étant le «centre des affaires» des soins de santé, mais plus comme jouant un rôle clé facilitateur et intégrateur des autres services dans le continuum des soins. De nouvelles structures de gestion et de gouverne sont requises.

- ❖ Shortell SM & al. Continuously improving patient care : practical lessons and an assessment tool from the National ICU Study; QRB Qual Rev Bull (1992) 18(5) : 1505. **Outils de qualité**

Les pressions pour maintenir la qualité tout en réduisant les coûts sont particulièrement critiques aux soins intensifs. On offre un modèle d'amélioration continue de la qualité (ACQ).

- ❖ Sigmond RM. Back to the future : partnership and coordination for community health; Front Health Serv Manage (1995) 11(4) : 5-38. **Gestion, arbitrage, efficience**

La nature compétitive de certains modèles d'organisation nuit à la mise en place d'un leadership pour des initiatives globales et coordonnées qui seraient bénéfiques à la communauté. La coordination avec la communauté est l'élément manquant pour passer d'un système actuellement fragmenté à un système plus efficace. On est sur la bonne voie quand on recommande que chaque communauté ait une agence qui exerce les fonctions de coordination en se basant sur le pouvoir du savoir et de la persuasion plutôt que sur le contrôle. On présente la façon d'organiser et gérer ces agences et la nature des incitatifs et du leadership requis.

- ❖ Simpson RL. Take advantage of managed care opportunities; Nurs Manage (1997) 28(3) : 24-5. **Modèle professionnel, managed care, outils de gestion**

Regarder les résultats positifs du managed care met l'emphase sur des opportunités spécifiques aux soins infirmiers. Ces résultats n'auraient pas été possibles sans systèmes d'information où on a l'intégration des données cliniques et financières. Les infirmières peuvent démontrer comment les modèles de soins préventifs, l'éducation des patients et l'autosoins pourraient être organisés et gérés.

- ❖ Sirbiladze T, Bourgankaia E. Quality improvement in an era of payment reform; J Health Adm Edduc (1996) 14(2) : 249-63. **Qualité, gestion**

En Russie, il faudrait porter attention dans le cadre des réformes de paiement à la protection et l'amélioration de la qualité des soins.

- ❖ Sivaram CA & al. Collaboration between a referring hospital and a tertiary care centre in improving the transfer process for cardiac patients; Jt Comm J Qual Improv (1996) 22(12) : 795-800. **Qualité**

Le transfert des patients cardiaques est complexe en raison des implications sur la qualité.

- ❖ Slaby AE, Goldberg RJ. Advantages and disadvantages of cross-hospital consultation-liaison services; Gen Hosp Psychiatry (1986) 8(3) : 183-9. **Modèle de soins coordonnées, arbitrage, satisfaction**

Les avantages et désavantages d'un service de consultation liaison sont discutés. Les facteurs qui supportent un tel service sont administratifs et économiques. Les désavantages sont psychosocial et affectent comment les cliniciens se perçoivent et perçoivent la qualité de leur travail.

- ❖ Smith BA. A TQM model for home care coordination & provider partnering; Caring (1993) 12(9) : 58-61. **Outils de qualité, modèle de soins intégrés**

Les équipes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) peuvent identifier les points de mécontentement des patients et aviser les dispensateurs. Un expert des soins infirmiers à domicile a développé des partenariats avec des organisations et des sources de références clés pour améliorer le continuum avec le « **clinical practice improvement** » (CPI).

- ❖ Smith R. Maximising physician performance : a system approach; Healthc Financ Manage (1997) 51(12) : 48-51. **Outils de gestion, managed care, qualité, coûts, incitatifs**

Le managed care a mis en lumière l'importance de gérer la qualité et de contrôler les coûts. En utilisant des rapports sur la performance des médecins, une organisation peut aider ses médecins à gérer les ressources le long du continuum.

La participation des médecins peut être obtenue par le développement de programmes avec de multiples composantes qui incluent des opportunités pour les médecins d'avoir un input sur l'allocation des ressources et les services offerts :

1. En articulant et documentant les buts et priorités de l'organisation;
2. En donnant aux médecins un système d'information lié aux indicateurs de performance;
3. En offrant des incitatifs financiers.

- ❖ Smoot SM. Continuity of care prism process applied to the congestive heart failure population; Nurs Case Manag (1998) 3(2) : 79-88. **Programme, modèle populationnel, continuité, qualité, efficience, outils de gestion de cas, de partage d'information, de standardisation, incitatifs, disease management**

Dans les années 90, l'emphasis a été placée sur la dispensation de services de qualité et coût efficaces qui permettent d'atteindre un niveau fonctionnel et de bien-être optimal.

Le projet Prisme a été développé pour rencontrer les besoins des clients sur le continuum afin d'atteindre la continuité. Les infirmières de pratique avancée sont les experts dans ces projets. La continuité est définie comme des soins holistiques, sans ruptures, centrés sur le patient le long du continuum. Le client est défini comme le patient, la famille et la population. On mise sur la gestion de cas avec des infirmières de pratique avancée dont l'action est basée sur les théories de nursing touchant une orientation sur le client, la coordination, une orientation sur les résultats, sur l'utilisation efficiente des ressources et sur la collaboration multidisciplinaire. Le but premier est l'empowerment du patient pour optimiser l'autosoin, réduire la fragmentation, offrir de la qualité sur le continuum, améliorer la qualité de vie et la promotion de l'utilisation efficiente des ressources. Pour avoir la continuité, on mise sur la gestion longitudinale de la trajectoire d'une maladie.

La trajectoire comprend les sept stades de l'évolution de la maladie :

- Phase préventive avant la maladie;
- Le début du déclin de l'état de santé;
- Une crise qui menace la vie;
- Un déclin aigu de l'état de santé ou des complications qui demandent une hospitalisation;
- Un état stable contrôlé par un régime thérapeutique;
- Un état instable non contrôlé, mais où l'hospitalisation n'est pas indiquée;
- Le déclin progressif avec pertes d'habiletés fonctionnelles et de qualité de vie;
- Période précédant la mort.

Pour maintenir un continuum une équipe interdisciplinaire (médecins généralistes et spécialistes, infirmières praticiennes et de pratique avancée comme gestionnaire de cas, praticiens de santé mentale, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, diététistes) est requise. Il faut un système d'information, il faut des outils comme des cheminements critiques et des bases de données partagées et il faut un financement intégré.

- ❖ Sobero MES & al. The effect of capitation on switching primary care physicians; Health Serv Research (2003) 38(1) : 191-209. **Incitatifs**

On a développé un modèle du comportement de changement de praticien par le patient. Les caractéristiques démographiques et d'utilisation sont associées au changement. La capitation est associée à un plus haut taux de changement. Ceci soulève des inquiétudes au niveau de la continuité et de la qualité des soins pour les patients vulnérables lorsqu'on change les incitatifs financiers.

- ❖ Sobo EJ & al. Developing indicators for emergency medical services (EMS) system evaluation and quality improvement : a state-wide demonstration and planning project; Jt Comm J Qual Improv (2001) 27(3) : 138-54. **Évaluation**

En Californie, on n'a pas de systèmes pour évaluer l'urgence préhospitalière. Pour certaines conditions des indicateurs standardisés ont déjà été développés, mais pour beaucoup il n'y a pas de littérature ou de consensus. Il est difficile de comparer, car les protocoles varient selon les organisations. Cette étude a conduit à des recommandations pour une politique de développement d'un minimum de données requises par l'État sur les structures, les processus et les résultats.

- ❖ Sofaer S & al. Developing performance indicators that reflect an expanded view of health : findings from the use of an innovative methodology; Jt Comm Qual Improv (2000) 26(4) : 189-202. **Incitatifs, managed care, évaluation**

La croissance du managed care s'accompagne d'un usage étendu d'indicateurs de performance. Ces indicateurs sont axés sur les interventions biomédicales et ignorent les facteurs psychosociaux et comportementaux de la prévention de la maladie, spécialement de la maladie chronique en dépit de l'importance de ces facteurs. On propose une nouvelle méthode (l'histoire de cas) de développement des indicateurs qui révèle des thèmes communs et des champs spécifiques où le développement d'indicateurs serait profitable.

- ❖ Solz H, Gilbert K. Health claims data as a strategy and tool in disease management; J Ambul Care Manage (2001) 24(2) : 69-85. **Disease management, outils de gestion, de partage d'information**

Une définition élargie du disease management donne une opportunité de suivre une population de patients le long du continuum de la santé à la maladie à la réadaptation pour pouvoir démontrer des améliorations de l'état de santé, de la qualité de vie et de l'efficacité. On a un grand besoin de systèmes d'information et de rapport sur les résultats qui ont de la signification pour les organisations.

En utilisant l'utilisation des ressources comme proxy de l'amélioration de la santé, les données de réclamations peuvent identifier les conditions pour le disease management, faciliter l'adhésion des dispensateurs, faciliter le développement du programme, suivre les interventions et rapporter les résultats.

- ❖ Sox HC. The hospitalist model : perspectives of the patient, the Internist, and internal medicine; Ann Intern Med (1999) 130(4 Pt 2) : 368-72. **Continuité, arbitrage**

L'utilisation des hospitalistes a des implications où pour le patient la principale inquiétude est la rupture du lien de continuité de la relation de support avec son médecin régulier. Pour les internistes ce modèle est attirant, mais ils craignent que les payeurs obligent le transfert à ces hospitalistes ce qui nuirait à leur identité en tant que médecins qui soignent les plus malades rendant ainsi plus difficile pour les payeurs et les patients de les distinguer des médecins de famille et des infirmières de pratique avancée.

- ❖ Sparbel KJ, Anderson MA. A continuity of care integrated literature review, Part Methodological issues; J Nurs Scholarsh (2000) 32(2) : 131-5. **Continuité**

La continuité est un construit comprenant plusieurs concepts reliés et tangentiels.

- ❖ Sperl-Hillen J & al. Improving diabetes care in a large health care system : an enhanced primary care approach; Jt Comm J Qual Improv (2000) 26(11) : 615-22. **Programme**

Une stratégie a été implantée en soins primaires pour améliorer la prise en charge des diabétiques.

- ❖ Spooner SH, Yockey PS. Complementary nursing--an acute care case management model Part II--Evaluation Nurs Case Manag (1997) 2(6) : 257-66. **Outils de gestion de cas, qualité, coûts, satisfaction, continuité, évaluation, implantation**

Les soins infirmiers complémentaires sont un système de dispensation de gestion de cas en soins aigus développé pour maintenir une haute qualité en contrôlant les coûts. Les buts sont :

1. Améliorer la satisfaction du personnel et des médecins;
2. Améliorer la continuité et la coordination de façon efficiente;
3. Offrir une ressource au nouveau personnel peu expérimenté.

On décrit les résultats d'une évaluation multiméthodes de ce système. Il a amélioré la coordination et la qualité. Les réadmissions et les coûts directs ont diminué et l'expertise des infirmières a augmenté. Deux facteurs ont joué un rôle dans le succès : l'appui du directeur et la compétence des infirmières.

- ❖ Stein & al. The relevance of continuity of care : a solution for the chaos in the emergency services; Fam Pract (2002) 19(2) : 207-10. **Continuité**

Au Brésil, il y a une utilisation excessive de l'urgence par les patients qui ont des problèmes médicaux électifs. Les patients qui ont un médecin de famille sont moins portés à utiliser l'urgence. Une stratégie pour réduire le nombre de consultations non urgentes est d'établir une relation proche entre les médecins et les patients ambulatoires.

- ❖ Stewart AL & al. Primary care and patient perceptions of access to care; J Fam Pract (1997) 44(2):177-85. **Accès**

Il n'est pas clair si de bons soins primaires contribuent à améliorer l'accès. L'étude démontre que de bons soins primaires sont équivalents à avoir une source régulière en terme d'accès perçu.

- ❖ Stiles RA & al. The logic of transaction cost economics in health care organisation theory; Health Care Manage Rev (2001) 26(2) : 85-92. **Gestion**

Parce que la coordination des transactions est intégrée dans la dispensation des soins, il est impératif que cela soit fait efficacement et en douceur. On peut analyser ces transactions à l'aide du modèle économique des coûts de transaction.

- ❖ St-John W. Beyond the sick role : situating community health nursing practice; Collegian (1999) 6(1) : 30-5. **Modèle professionnel**

En Australie, les infirmières doivent laisser le confort et la structure des institutions pour aller vers les clients ce qui est un changement profond des pratiques. Cette étude rend plus explicite les motivations des infirmières communautaires où l'approche traditionnelle du nursing est encore présente, mais elle s'élargit pour incorporer un « *situated* » rôle.

- ❖ Stone D, Reublinger V. Long-term care reimbursement issues; Clin Geriatr Med (1995) 11(3) : 517-29. **Hiérarchisation, incitatifs**

Il y a des grands changements dans le financement des soins de longue durée. On regarde activement le développement et l'expansion de sites alternatifs pour la dispensation de ces soins. Il faut s'assurer que les mesures économiques sont correctes pour que les services requis continuent d'être dispensés.

- ❖ Strassner LF. The ABCs of case management. A review of the basics; Nurs case Manag (1996) 1(1) : 22-30. **Outils de gestion de cas, de standardisation, de gestion, collaboration**

La gestion de cas implique de donner et coordonner des soins le long du continuum. Cela inclue la prévention, le bien-être, les soins aigus, la réadaptation, la longue durée et l'hospice. De nombreuses définitions existent et dépendent des disciplines qui les emploient, des sites d'implantation et de la composition du personnel impliqué dans l'implantation.

L'identification des patients qui est soit en fonction de leur unité de soins ou en fonction de certaines conditions ciblées d'avance, l'évaluation des besoins, la planification, l'implantation, la coordination et l'évaluation des services et des résultats sont des composantes communes de tous les modèles.

Le gestionnaire de cas va utiliser des outils variés comme les lignes directrices, les cheminements critiques appelés aussi des plans de soins, l'analyse de variations, des protocoles, des algorithmes, de la gestion de risque et des outils de mesure de résultats, pour obtenir la qualité clinique et des économies.

Il y a de la controverse sur la formation requise, mais moins sur les habiletés requises soit :

1. Une expertise dans la maladie gérée et une connaissance du système et des structures de remboursement;
2. Des habiletés de communication, de négociation, de collaboration, de résolution de conflit, de la flexibilité et du leadership et du respect pour les autres disciplines.

- ❖ Streim JE & al. Regulatory oversight, payment policy, and quality improvement in mental health care in nursing homes; Psychiatr Serv (2002) 53(11) : 1414-8. **Incitatifs**

Depuis 15 ans, les régulations fédérales, les programmes d'inspection et les politiques de paiement ont présenté des incitatifs conflictuels et des désincitatifs pour l'offre de services de santé mentale en longue durée aux États-Unis.

- ❖ Strosahl K & al. New dimensions in behavioural health/primary care integration HMO; Pract (1994) 8(4) : 176-9. **Implantation**

On sait qu'il faut intégrer les soins primaires et les services comportementaux dans les HMO. Les éléments clés d'une intégration réussie sont présentés et on croit qu'une plus grande valeur et efficience résultent de cette intégration.

- ❖ Sturn R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care; J Am Board Fam Pract (2002) 15(5) : 367-77. **Incitatifs, modèle professionnel, managed care, satisfaction, continuité, outils de gestion de cas, implantation**

Le passage du tiers payeur aux arrangements de partage de risque a fondamentalement affecté les cliniciens et la gestion de cas. Le managed care ou les incitatifs individuels pour les médecins n'affectent pas leur satisfaction au travail et ont un effet limité sur le sentiment de contrainte de temps, de contrainte sur le revenu ou sur la continuité.

Par contre, les médecins qui agissent comme **gatekeeper** perçoivent des effets négatifs sur toutes ces composantes. Les médecins en pratique solo ou à deux sont les plus insatisfaits et rapportent moins de liberté clinique ou plus de pression sur les revenus que ceux qui pratiquent en groupe, à salaire dans les HMO, dans les milieux académiques ou autres endroits. Les groupes de pratique ou les médecins à salaire dans les HMO sont plus susceptibles de rapporter des contraintes de temps. Les généralistes sont entre les internistes (les moins satisfaits) et les pédiatres (les plus satisfaits).

- ❖ Sturn R. The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons; Am J Surgery (2002) 183 : 222-25. **Gestion, satisfaction, modèle professionnel, managed care, qualité, continuité**

Les petits groupes de pratique sont les plus forts prédicteurs de l'insatisfaction. Les praticiens solos rapportent plus de pression sur les revenus, sur la liberté clinique et sur le risque que la qualité, la continuité soient compromises dans le managed care.

- ❖ Sturn R & al. Provider choice and continuity for the treatment of depression; Med Care (1996) 34(7) : 723-34. **Incitatifs implantation, gestion, évaluation**

Le rôle du spécialiste par rapport au généraliste refait régulièrement surface dans les débats entourant les réformes. En changeant les incitatifs, différents modes de paiement affectent la probabilité d'un contact initial avec un spécialiste et la durée de cette relation. On a comparé ces éléments dans une modalité de paiement à l'acte et un mode de prépaiement. Pour les soins initiaux, les patients dans le prépaiement sont moins susceptibles de voir un psychiatre et plus susceptibles de voir un non-médecin.

De plus, la durée de la relation est significativement plus courte. Le changement d'intervenant est significativement associé à la cessation de la médication sans toutefois d'effet significatif direct sur le résultat de santé.

- ❖ Susser M. Pioneering community-oriented primary care; Bull World Health Organ (1999) 77(5) : 436-8. **Modèle communautaire**

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé et UNICEF ont appuyé les modèles « **community oriented primary care** » (COPC).

- ❖ Swinburn BA. The obesity epidemic in Australia : Can public health interventions work ? Asia Pac J Clin Nutr (2003) 12 Suppl : S7. **Evaluation**

Les approches actuelles pour le traitement de l'obésité qui sont basées sur une approche individuelle ont des taux modestes de succès à long terme.

- ❖ Swinehart K & al. Adapting a strategic management model to hospital operating strategies. A model development and justification; J Manag Med (1995) 9(2) : 34-47. **Gestion**

On présente un modèle de planification stratégique d'affaires.

- ❖ Sytema S, Burgess P. Continuity of care and readmission in two service systems : a comparative Victorian and Groningen case-register study; Acta Pasychiatr Scand (1999) 100(3) : 212-9. **Continuité, évaluation**

On a comparé la consommation de service, la continuité et le risque de réadmission de cohortes de patients schizophrènes dans un endroit où plus de lits sont disponibles avec un endroit où plus de services communautaires sont disponibles. Les risques de réadmission a été le même et la durée de séjour plus élevée là où il y avait plus de lits. Le risque de réadmission est lié aux attributs de la pathologie et la durée des admissions est liée aux services disponibles et à la continuité des soins.

- ❖ Taanila A & al. Evaluation of a family-oriented continuing medical education course for general practitioners; Med Educ (2002) 36(3) : 248-57. **Programme**

Un programme de formation axé sur la famille fait voir aux médecins le besoin de collaboration multidisciplinaire en soins primaires.

- ❖ Table de coordination nationale de santé publique. La santé publique et l'implantation des réseaux locaux de service, quelques conditions, balises et critères pour la réussite, avril (2004), 8 pages.
- ❖ Taplin S & al. Putting population-based care into practice : real option or rhetoric ? J Am Board Fam Pract (1998) 11(2) : 116-26. **Modèle populationnel, incitatifs, implantation**

Ce rapport discute de la faisabilité et des implications pratiques d'implanter les soins populationnels dans la pratique des médecins. L'implantation implique la planification et la mise en place de groupes de soins plutôt que de répondre simplement aux symptômes des patients individuels. Cela commence par la création d'une équipe performante.

La première étape est de clarifier le leadership, ensuite il faut :

1. Écrire les règles des rencontres;
2. Établir la mission;
3. Définir les buts de court terme;
4. Clarifier les rôles de chacun;
5. Prioriser les activités.

On a établi des critères de sélection des problèmes :

1. Le problème a une haute priorité pour une amélioration clinique et est répandu dans la pratique du groupe;
2. Il y a des évidences sur le traitement optimal;
3. Des outils efficaces sont disponibles pour modifier les processus;
4. Le problème et la solution intéressent l'équipe;
5. Un écart existe entre la pratique actuelle et optimale;
6. Les efforts favorisent l'accent sur la prévention.

L'implantation demande du temps et l'adhésion qui n'est pas facile à traduire dans la pratique. La valeur des incitatifs et des systèmes d'information pour l'implantation reste à tester.

- ❖ Teisberg EO & al. Making competition in health care work; Harv Bus Rev (1994) 72(4) : 131-41. **Incitatifs, collaboration, coûts, qualité**

La bonne question à poser est comment réaliser des réductions de coûts dramatiques et soutenues dans le temps. Qu'est-ce que ça prend pour entièrement intégrer les nouvelles approches de prévention et de traitement de la maladie, les nouvelles façons de rendre les services et les modalités efficaces ?

Dans toutes les industries la dynamique est la même : la compétition force les organisations à donner des services qui ont une valeur ajoutée pour les clients; ce qui permet la réduction des coûts et l'amélioration de la qualité, c'est l'innovation. Sans incitatifs pour soutenir l'innovation en santé, les économies de court terme vont être englouties par un élargissement de l'accès et les besoins croissants d'une population vieillissante. L'erreur est de croire que la technologie est l'ennemi.

- ❖ Thomas KJ & al. Use and expenditure on complementary medicine in England : a population based survey; Complement Ther Med (2001) 9(1) : 2-11. **Globalité**

Le sondage démontre une utilisation importante des praticiens pour de la médecine alternative et que cette dernière est une contribution importante pour le premier contact avec les soins primaires.

- ❖ Thompson M. Five giant leaps toward integrating health care delivery and ways to drive organisations to leap or get out of the way; J Ambul Care Manage (2000) 23(3) : 1-18. **Qualité**

On décrit cinq types communs d'initiatives d'amélioration de la qualité qui à travers les études ont démontré leur capacité à améliorer l'intégration de soins. On décrit aussi cinq tâches clés pour obtenir le succès et quatre façons de faire pression pour aller plus loin.

- ❖ Thompson P & al. Building a framework for getting evidence into critical care education and practice; Intensive Crit Care Nurs (2000) 16(3) : 164-74. **Outils de standardisation**

Les auteurs proposent des guides de pratiques cliniques pouvant constituer le lien essentiel entre la pratique et la théorie. Ils permettent de promouvoir la qualité et la standardisation des soins.

- ❖ Thompson RS & al. Primary and secondary prevention services in clinical practice; JAMA (1995) 173(14) : 1130-5. **Implantation, outils de standardisation, de gestion, de partage d'information, évaluation**

L'implantation de services préventifs efficaces est un enjeu au Canada et aux États-Unis. Les barrières sont :

1. Le système et la culture limitent la flexibilité pour le médecin;
2. Les contraintes de temps et les demandes accrues des patients;
3. Le feed-back est neutre ou négatif lors de la provision de ces soins pour le médecin;
4. Les ressources requises ne sont pas disponibles.

Les éléments clés du succès sont :

1. Une philosophie consistante avec la dispensation de soins préventifs;
2. Une vision de ce qu'un système idéal aurait l'air;
3. La disponibilité de personnel, de temps et des habiletés nécessaires;
4. La formation d'un comité pour développer des lignes directrices et des programmes et pour favoriser l'implication des cliniciens;
5. L'utilisation de critères fondés sur les données probantes pour examiner les enjeux;
6. Une participation active dans des collaborations de recherche pour améliorer le processus de développement des interventions et les évaluer;
7. Une stratégie d'implantation qui utilise une approche systémique qui permet de renforcer les facteurs prédisposants des cliniciens au niveau de la pratique, de l'organisation et de la communauté, couplée avec des rétroactions et d'autres facteurs de renforcement;
8. L'utilisation d'une approche populationnelle, proactive et la disponibilité de sources informatisées qui s'appliquent au niveau de la pratique individuelle.

Ce dernier facteur est le plus critique.

- ❖ Timpka T & al. Development of community nursing : analysis of the central services and practice dilemmas; Int Nurs Stud (1996) 33(3) : 297-308. **Outils de qualité, satisfaction, gestion**

On a analysé, en Suède, les services de base donnés par les infirmières de district en identifiant une interaction typique avec un patient et en analysant les dilemmes ressentis par les infirmières. L'infirmière doit approcher les organisations avec un point de vue près de celui des patients ce qui implique qu'elle peut, et même doit, maintenir une vision globale de toutes les interactions du patient avec les institutions sociales. Le rôle de l'infirmière comme coordonnateur et représentant des intérêts du patient pour des soins centrés sur le patient pourrait être considéré dans les politiques et la planification des services de santé. Le contenu du travail quotidien de l'infirmière devrait être pris en compte dans l'implantation des programmes de qualité. Ces mesures pourraient contribuer à l'intégration des modèles actuels de soins infirmiers avec les changements structuraux dynamiques des organisations.

- ❖ Torowicz DL. Maximising services along the continuum of care from inpatient to home; Semin Nurse Manag (2000) 8(1) : 16-9. **Programme, évaluation**

On a développé un programme pour faire des visites à domicile de suivi après l'hospitalisation des enfants. Les gestionnaires des soins infirmiers ont statué que les suivis pouvaient être dispensés confortablement par les infirmières pédiatriques de l'hôpital si elles étaient convenablement orientées et formées par des infirmières des soins à domicile. Cela a permis à l'enfant et sa famille de se sentir plus confortables et plus confiants dans les soins à donner. Cela a réduit les coûts des soins à domicile pédiatriques en organisant mieux le congé et évitant de payer des bénéfices marginaux à de nouveaux employés pour les soins à domicile. Cela peut être implanté dans des départements qui facilitent la communication, la coordination et l'amélioration continue.

- ❖ Towers D, Jirsch D. Clinical program development in an Alberta Capital Health Authority; Health Manag Forum (1997) 10(1) : 54-6. **Implantation, programme, évaluation**

Développer un continuum de services avec l'input des dispensateurs dans une nouvelle région est un défi majeur. Planifier les services par programme a récemment été considéré comme supérieur à la planification spécifique à un site ou à une discipline. Implanter des conseils de programme a fondamentalement restructuré la planification en Alberta : maintenant les dispensateurs planifient ensembles, l'attention est sur les besoins des patients et de la communauté.

- ❖ Transition to continuum of care ends in success. Part 1; Hosp Case Manag (2000) 8(9) : 133-4. **Outils de gestion de cas**

Depuis 70 dans un hôpital américain, on a construit des systèmes de gestion de cas centrés sur l'épisode de soins. Dans les années 80, on a construit un continuum de soins et chargé une équipe de le gérer pour les soins aigus, mais, dans les années 90, on s'est rendu compte que les patients avec des conditions chroniques pourraient en bénéficier.

- ❖ Trisch JM. Application of King's theory of goal attainment and the Carondelet St. Mary's case management model; Nurs Sci Q (1998) 11(2) : 69-73. **Arbitrage, coûts, qualité, efficience, modèle professionnel, managed care, outils de gestion de cas, de communication**

Le managed care, qui est un ensemble de tactiques pour contrôler les coûts et mettre l'accent sur la qualité des résultats, a été un catalyseur pour que les infirmières développent créativement de nouvelles approches pour utiliser efficacement et avec efficience les ressources. La transition à la capitation a mis en lumière la nécessité d'une pratique basée sur la théorie.

La théorie King de l'atteinte des buts et le modèle de gestion de cas offrent un espoir pour une approche pratique pour l'actualisation de la discipline. Cette théorie offre un cadre pour la coordination des soins qui utilise une approche de système ouvert pour l'échange d'information. Les concepts clés sont :

- L'interaction;
- La perception;
- La communication;
- Le rôle de transaction;
- Le stress;
- La croissance;
- Le développement.

Un élément clé est la détermination de buts mutuels qui permet de planifier en fonction de ces buts et d'évaluer l'atteinte des buts, ce qui est très près de la démarche nursing. Le managed care a été un catalyseur pour développer de façon créative de nouvelles approches nursing.

- ❖ Trooskin SZ & al. Consolidation of trauma programs in the era of large health care delivery networks J Trauma. (1999) 46(3) : 488-93. **Gestion**

On décrit un programme intégré en trauma qui pourrait servir de modèle dans cette conjoncture de fusion d'hôpitaux privés au sein d'un large réseau d'offre de soins.

- ❖ Trotter G. Against customer service; J Emerg Med (1998) 16(2) : 227-34. **Arbitrage, efficience**

On examine la relation entre les services et le profit. Les « services médicaux du consommateur » sont identifiés avec une interrelation des visions que :

- Le profit est une considération fondamentale;
- La qualité correspond au degré auquel on peut produire un sentiment d'approbation du patient.

Cette position contraste avec le traditionnel modèle de bienfaisance qui stipule que :

- Le service est une considération fondamentale;
- Les critères de la qualité sont la prévention, la guérison ou la réduction des souffrances humaines causées par la maladie.

Cinq problèmes dans le modèle du consommateur sont identifiés :

1. La prépondérance de l'argument d'efficience;
2. La priorisation du profit sur les services;
3. La transformation de la médecine de pratique à activité instrumentale au profit;
4. Le profit qui nuit aux valeurs de continuité;
5. La notion de satisfaction du consommateur qui découle des exigences de faire du profit plutôt que de l'analyse des besoins des malades.

- ❖ Truman C, Raine P. Experience and meaning of user involvement : some exploration : from a community mental health project; Health Soc Care Community (2002) 10(3) : 136-43. **Gestion, implantation**

On souhaite impliquer le patient dans la planification. Les résultats illustrent les façons par lesquelles l'implication des utilisateurs peut prendre forme dans les arrangements formels ou flexibles. On décrit les conditions de succès de cette participation : un support pour favoriser la reconnaissance de leurs habiletés et le développement de nouvelles à un rythme qui respecte leurs circonstances particulières et leurs ressources personnelles. Cela nécessite une adaptation non seulement des organisations, mais aussi des dispensateurs et des utilisateurs non impliqués.

- ❖ Tsasis P. HIV/AIDS challenges the normative model of healthcare delivery in Canada Health Serv Manag Res (2001) 14(1) : 55-61. **Collaboration, continuité, globalité, outils de gestion de cas, de partage d'information, de standardisation, évaluation**

On décrit le modèle de collaboration pour le HIV. Traditionnellement, le système au Canada a mis l'emphasis sur les soins aigus hospitaliers plutôt que sur la continuité. La trajectoire des patients avec le HIV est difficile à prédire et la qualité des soins reçus dépend plus des ressources du patient que du succès du système. Une communication adéquate entre les divers dispensateurs améliore la continuité.

Pour la globalité, il faut que les dispensateurs acceptent de prendre en charge la totalité des problèmes de la population desservie. La gestion de cas a été implantée pour corriger les problèmes de fragmentation. Plusieurs définitions existent. Il doit faire le lien entre les traitements médicaux, le support psychosocial et la réhabilitation physique pour formuler des plans de traitement biopsychosociaux. Le succès du modèle de San Francisco est lié à de fortes relations de collaboration formalisées entre les praticiens publics et privés, qui, en collaboration avec l'équipe d'un centre spécialisé, font la gestion de cas. Ce modèle a été adopté au Canada même si le support de la communauté est moins développé.

Malgré le nombre important de dispensateurs impliqués simultanément, la communication et la coordination sont restées pauvres entre les médecins des soins primaires, les spécialistes, les dispensateurs des services ambulatoires et de soins à domicile. Il en résulte des réseaux fragmentés et, même si l'information peut être obtenue, il n'y a pas d'efforts pour la compiler dans une base de données permettant de déterminer les besoins des patients.

Au Canada, la collaboration est épisodique et discontinue. L'emphasis sur le modèle médical a créé des différences de perspectives entre les médecins et les travailleurs sociaux ce qui nuit à la communication. Il faut que les omnipraticiens adoptent une perspective holistique.

De plus, ils manquent souvent de l'expertise nécessaire pour prodiguer les soins complexes.

Au Canada, l'intégration et la continuité peuvent être atteintes par l'implantation d'un modèle de soins partagés qui lie les généralistes et les spécialistes autour d'un plan commun. Cela demande un système de partage d'information plus sophistiqué. Dans ce modèle, on met l'emphasis sur le suivi et l'utilisation de protocoles qui ont fait l'objet de consensus chez les utilisateurs. Ce modèle permet le transfert d'expertise entre les disciplines. Il demande un bon degré de communication et que le plan de traitement soit explicite et disponible à tous les membres de l'équipe. L'évaluation continue est aussi un élément important.

- ❖ Tse CS. Outcomes measurement across the continuum of care; Med Interface (1997) 10(8) : 103-7. **Outils de gestion**

La gestion des résultats ne peut être véritablement obtenue que si elle est conduite en utilisant des données de tous les sites possibles de dispensation des services. Élaborer l'infrastructure d'information la plus appropriée demande une compréhension fine des besoins de l'organisation.

- ❖ Tsuji-Hayashi Y & al. Use of prescribe drugs among older people in Japan : association with not having a regular physician; J Am Geriatr Soc (1999) 47(12) : 1425-9. **Continuité**

Réduire la surutilisation des médicaments est un objectif des systèmes de soins. Les personnes âgées au Japon sont moins susceptibles de recevoir des médicaments prescrits s'ils ont une continuité de soins en ayant un médecin régulier.

- ❖ Turner H. Incorporating the named nurse concept into care; Prof Nurse (1997) 12(8) : 582-4. **Modèle professionnel, continuité**

Le concept « **named nurse** » montre l'importance des soins individualisés. Ce concept est compatible avec les soins infirmiers qui mettent l'accent sur la relation individuelle et est très valable en santé mentale. Le concept n'est pas nouveau et il englobe le principe de soins individualisés qui peut être interprété comme une philosophie ou une modalité d'organisation des soins. Un facteur implicite est la continuité. Dans ce contexte, le concept est un standard qui assure que le patient a une infirmière identifiée qui est responsable et imputable de soins individualisés de l'admission au congé. Il y a quatre systèmes de dispensation :

1. Désignation de tâche où l'infirmière fait une même tâche commune à tous les patients;
2. Désignation d'un groupe de patients;
3. Nursing primaire où l'infirmière est responsable d'un patient pour des soins individualisés durant toute la durée de séjour;
4. Équipe nursing où c'est une équipe qui est responsable du patient.
5. Les deux derniers modèles peuvent incorporer le concept de « **named nurse** ».

- ❖ Twigg JL. Health care reform in Russia : a survey of head doctors and insurance administrators; Soc Sci Med (2002) 55(12) : 2253-56. **Arbitrage, accès, qualité, équité**

On a introduit en Russie des réformes orientées vers le marché. On a placé des incitatifs de compétition pour améliorer l'efficacité qui ont eu des niveaux d'implantation et des résultats mixtes. La Russie a de la difficulté à définir une politique pour équilibrer l'accès, l'équité, la qualité et l'efficacité, ce qui ne la rend pas différente de ce à quoi font face les réformes dans les autres pays.

- ❖ Unverzagt M & al. Integrating population health into a family medicine clerkship : years of evolution; Fam Med (2003) 35(1) : 45-51. **Formation**

Un programme d'éducation de soins à la population est décrit.

- ❖ van Dyck PC. A history of child health equity legislation in the United States; Paediatrics (2003) 112 (3 Part 2) : 727-730. **Hiérarchisation, accès, incitatifs**

Le bureau de santé maternelle et infantile souhaite améliorer continuellement la santé et le bien-être des enfants et femmes enceintes. Il travaille en partenariat avec les états et il a une large autorité pour améliorer l'accès et assurer une dispensation des soins préventifs et primaires de qualité. La législation établit le cadre permettant son action.

Pour faire suite à la reconnaissance des déterminants de la santé et du fait que l'accès est inégal, il a établi trois priorités :

Éliminer les disparités en enlevant les barrières à recevoir des soins globaux appropriés à temps;

Assurer la qualité par le développement de guides de pratique et des outils de suivi et d'évaluation, l'utilisation de données probantes et la disponibilité d'une main-d'œuvre diversifiée;

Faciliter l'accès par le développement et l'amélioration des infrastructures et systèmes.

Les stratégies sont d'améliorer et étendre :

- La compétence culturelle des dispensateurs;
- Les services d'urgence;
- La santé et la sécurité des soins;
- La qualité des soins primaires;
- De donner à chaque enfant une « maison médicale ».

- ❖ Wachter RM, Pantilat SZ. The « continuity visit » and the hospitalist model of care; Am J Med (2001) 111(9B) : 40S-42S. **Continuité, arbitrage**

Les patients et les médecins peuvent bénéficier des visites des médecins de première ligne durant l'hospitalisation de leurs patients et on peut nommer cela une visite de continuité.

- ❖ Wagner EH & al. A survey of leading chronic disease management programs : are they consistent with the literature ? Manag Care Q (1999) 7(3) : 56-66. **Disease management, efficience, implantation, évaluation**

On décrit 72 programmes de disease management et l'analyse est fondée sur un modèle pour des soins efficients pour les maladies chroniques dérivé de la littérature et d'une revue par les experts. Ce modèle a permis de décrire les facteurs de succès de programmes. La plupart des programmes ont une efficience limitée et se fondent sur la traditionnelle éducation des patients plutôt que sur les supports à l'autogestion, ils ont de pauvres liens avec les soins primaires et se fondent sur des références plutôt que sur une approche populationnelle.

- ❖ Wagner EH & al. Organising care for patients with chronic illness; Milbank Q (1996) 74(4) : 511-44. **Arbitrage, efficience, qualité, continuité, modèle de soins primaires, disease management, programme, outils de standardisation, de partage d'information, de référence, de gestion, incitatifs, évaluation**

Les soins usuels ont souvent failli à rencontrer les besoins de patients avec des maladies chroniques. Les interventions efficaces sont dans cinq domaines :

1. L'utilisation des données probantes;
2. La planification des soins;
3. La réorganisation des systèmes de pratique et des rôles des dispensateurs;

4. Améliorer le support au patient pour l'autogestion;
5. Augmenter l'accès à l'expertise;

Une plus grande disponibilité de l'information clinique.

Le défi est d'organiser ces composantes dans un système intégré. À savoir si cela peut être fait plus efficacement et avec efficience au niveau des soins primaires plutôt qu'au niveau des systèmes spécialisés est une question non résolue. La pratique médicale, spécialement en soins primaires, est généralement organisée pour répondre aux besoins aigus et urgents. Le système priorise l'urgence au lieu de la sévérité. Il en résulte des résultats non optimaux sur :

1. La détection des complications;
2. L'autosoins;
3. La qualité des soins;
4. La détection et la gestion de la détresse psychologique.

On a mis sur pied de nombreuses cliniques spécialisées pour les maladies chroniques qui ont des protocoles largement gérés par des non-médecins. Ces protocoles mettent l'emphasis sur les changements de comportement, le choix de la médication et l'observance. On a aussi une augmentation de la prise en charge dans les cliniques externes des hôpitaux ce qui donne de meilleurs résultats, mais soulève des inquiétudes quant à la continuité. Au R.U., on a des minicliniques où une partie du temps est consacré aux soins des patients ayant des conditions particulières. En Suède et en Allemagne on est allé avec une approche par programme. Les éléments communs de la prise en charge des maladies chroniques sont :

1. L'utilisation de protocoles explicites;
2. La réorganisation de la pratique pour rencontrer les besoins de ces patients qui nécessitent plus de temps, plus de ressources et un suivi plus serré;
3. Une attention plus systématique aux besoins d'information et de changement de comportement;
4. Donner un accès à temps à l'expertise;
5. Avoir des systèmes d'information de support.

Les lignes directrices contribuent à améliorer les processus et les résultats quand elles sont utilisées comme une partie d'interventions plus larges visant l'amélioration de la pratique. Les modèles d'organisation des pratiques vont de la tentative de confier uniquement la prise en charge aux soins primaires à la constitution de programmes spécialisés séparés en passant par des modèles où des spécialistes viennent assister les soins primaires. La délégation appropriée à des non-médecins est un facteur clé de succès. Une gamme d'outils de rappel est disponible pour éviter de perdre le patient dans le suivi.

Les programmes fructueux pour les changements de comportement ont les composantes suivantes :

- Une définition conjointe des problèmes;
- L'établissement de buts et une planification;
- L'établissement d'un continuum de services de support;
- Un suivi actif et soutenu.

La référence en spécialité pour la prise en charge est coûteuse et contribue à la fragmentation et on a des innovations pour pallier en améliorant les interactions avec les spécialistes pour une prise en charge partagée. L'information sur les patients, leurs soins et leurs résultats est essentielle à toute stratégie populationnelle. Il faut créer des registres qui sont aussi utiles pour le feed-back aux praticiens. Les barrières sont :

Les problèmes organisationnels comme le non-regroupement sur un même site des expertises requises ou le manque de système d'information;

- Une formation inadéquate;
- Le manque d'incitatifs.

Le disease management est efficace, mais pose le dilemme d'être spécifique à une maladie et d'offrir les services en dehors de la source usuelle de soins. Cela pose aussi la question de l'imputabilité et de la coordination.

- ❖ Wagner EH. The promise and performance of HMOs in improving outcomes in older adults; J Am Geriatr Soc (1996) 44(10) : 1251-7. **Gestion**

Les promesses des HMO de prendre en charge les aînés excèdent leur performance à cet effet.

- ❖ Walblay AM. Heart failure management across the continuum : a communication link; Outcomes Manag (2004) 8(1) : 39-44. **Outils de gestion de cas, de communication, disease management**

Les patients ayant eu un accident cardiaque sont souvent perdus en ambulatoire après le congé. Cette fragmentation des soins est due à un manque de communication. On décrit la valeur d'un outil de communication dans un programme de gestion de cas pour aider à la transition du plan de soins. L'accent est sur la continuation du plan de soins à travers les divers services de disease management.

- ❖ Walker R, Adam J. Collaborative relationship in general practice projects; Aust Health Rev (1998) 21(4) : 203-20. **Collaboration**

On discute des relations de collaboration entre les omnipraticiens et les autres dispensateurs. Les organisations de santé auront besoin de collaborer davantage dans le futur et beaucoup pourrait être appris de la littérature sur les réseaux de collaboration.

- ❖ Wang D & al. Representation primitives, process models and patient data in computer-interpretable clinical practice guidelines : a literature review of guideline representation models; Int J Med Inf (2002) 18 68 (1-3) : 59-70. **Outils de standardisation**

On décrit comment intégrer les guides de pratiques cliniques dans des fichiers médicaux informatisés.

- ❖ Waters E, Rigby M. The ethical imperative of child health population-based data a top-down/under-up analysis from the United Kingdom and Australia; Medinfo (1998) 9 Pt2 : 1218-22. **Gestion**

Les politiques au R.U. et en Australie sont passées à des services compétitifs pour les soins primaires destinés aux enfants ce qui comporte des avantages, mais sans une information épidémiologique sûre cela a le potentiel de placer à risque certains enfants.

- ❖ Watson D & al. Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families; J Clin Nurs (2002) 11(3) : 367-75. **Modèle communautaire, modèle de soins primaires, modèle centré sur le patient, outils de communication, implantation, gestion**

Il y a plusieurs agences multiples (multi-agency) au R.U. La législation récente a mis en lumière l'importance de travailler et planifier conjointement. On explore l'impact du travail de ces agences multiples sur les enfants. Il y a plusieurs problèmes avec ces agences :

1. Lors du congé de soins spécialisés les soins primaires ne reçoivent pas d'information;
2. La complexité des règles de dispensation et de financement de l'équipement pour les familles;
3. L'absence de lien d'expertise entre les soins aigus et communautaires où du personnel moins qualifié doit donner à domicile des soins complexes et on n'a pas d'équipes spécialisées de soutien;
4. La confusion sur les responsabilités légales de ceux qui travaillent dans les secteurs sociaux ou communautaires comme l'éducation;
5. Les défis émotionnels de supporter à domicile les familles qui souffrent d'épuisement et d'exclusion sociale en raison du temps requis pour dispenser les soins et de l'absence de flexibilité dans les services de support ou de la difficulté de maintenir un emploi;
6. La difficulté de fournir de l'information adéquate en qualité et quantité où l'information est souvent inappropriée ce qui résulte en une pauvre communication et une coordination inadéquate.

La multidisciplinarité apporte la coordination dans une institution laissant le patient faire les liens entre les institutions. L'interdisciplinarité permet à des professionnels de diverses organisations de faire des évaluations séparées, mais de se rencontrer pour établir des buts, on est centré sur les besoins du patient, mais pas de la famille. La transdisciplinarité a une approche plus holistique qui inclut la famille. Au cœur de cette approche, il y a un praticien de soins primaires qui gère les services pour le patient et la famille. Les concepts de « relâchement du rôle » qui signifie de transférer des habiletés de l'individu à un groupe pour offrir des soins intégrés et de « expansion du rôle » qui signifie de se former aux concepts et langage d'autres disciplines sont centraux à cette approche. Le but principal du travail inter agences doit être d'améliorer la qualité. Les composantes des bonnes pratiques sont :

1. Il faut plusieurs organisations;
 2. Il faut 2, 3 ou 4 combinaisons de services /financement;
 3. Les services doivent être orientés sur le patient et sa famille;
 4. Le partenariat avec les familles est la clé;
 5. L'adhésion des professionnels /services est centrale;
 6. Une seule porte d'entrée.
- ❖ Washington DL & al. Next-day care for emergency department users with non-acute conditions. A randomised, controlled trial; Ann Inter Med (2002) 5 137(9) : 707-14. **Outils de référence, arbitrage, coûts**

En raison des débordements et des contrôles de coûts les urgences sont sous pression de référer les patients avec des conditions non aiguës dans d'autres endroits. Il n'existe pas de méthode systématique validée de référence. L'objectif est de déterminer les effets sur la santé et l'accès d'une référence systématique en soins primaire le jour suivant pour les cas non aigus. Des critères de triage systématiques et standardisés peuvent identifier de façon sécuritaire les patients. Les surcharges des urgences conduisent à de long temps d'attente et de nombreux patients quittent sans avoir été vu. Pour désengorger une méthode est le triage.

Dans l'étude on n'a pas observé d'augmentation de l'utilisation des ressources chez les patients ayant été référés. Il n'y a pas eu de différence sur les résultats cliniques ou sur la satisfaction. Une barrière à l'implantation est la difficulté de pouvoir référer à un endroit où le patient sera vu le jour suivant.

- ❖ Wazynski CM & al. Community care management. Advanced practice nurses as care managers; Care Manag J (2000) 2(3) : 148-52. **Modèle de soins coordonnés, coûts, satisfaction, outils de gestion de cas, évaluation**

Un groupe d'infirmières de pratique avancée a produit un modèle de coordination des soins pour les adultes à haut risque et visant les résultats suivants :

- Supporter le médecin dans la gestion de ces patients;
- Maintenir et améliorer leur santé et réduire les coûts.

On a observé une réduction substantielle des coûts par la réduction de 54 % des admissions, de 42 % des durées de séjour et de 37 % des honoraires médicaux. Au total la réduction des coûts a été de 33 %. La satisfaction des médecins et autres membres du personnel a été très élevée.

- ❖ Webster DC & al. Modelling the client's world through brief solution-focused therapy Issues; Ment Health Nurs (1995) 16(6) : 505-18. **Arbitrage, managed care, programme, outils de référence, évaluation, satisfaction**

Le changement vers la philosophie du managed care signifie que les clients avec des besoins en santé mentale sont susceptibles de recevoir moins d'hospitalisations et des hospitalisations plus courtes. L'identification de buts et de résultats mesurables ne peut se traduire facilement dans les programmes qui étaient plus orientés sur les processus ou qui avaient basé leur définition de l'amélioration sur la rémission ou la quasi-rémission du diagnostic d'admission. Dans ce contexte le maintien d'un environnement sécuritaire, le développement de la relation thérapeutique, donner de l'information et la valorisation des soins holistiques et personnalisés peuvent être perdus.

- ❖ Weiner J & al. Organisation and financing of British primary care groups and trusts : observations through the prism of US managed care; J Health Serv Research (2002) 7(1) : 43-50. **Implantation incitatifs, managed care, modèle de soins primaires, gestion**

Il y a plusieurs parallèles entre les soins primaires au R.U. le managed care et les systèmes intégrés. Les leçons apprises peuvent être utiles à d'autres pays intéressés d'instaurer des soins primaires novateurs. On suggère comment les consortiums de « **Primary care trust** » (PCT) devraient être développés et comment les budgets et les incitatifs pour les dispensateurs devraient être structurés. Il y a un besoin de maintenir la flexibilité organisationnelle. Il sera essentiel d'avoir des budgets réellement intégrés entre la première et la deuxième ligne.

Aux États-Unis, on a actuellement une force vers l'intégration. Les omnipraticiens pratiquent en groupe, en institution ou dans des réseaux formels. La plupart des hôpitaux sont aussi liés entre eux.

Une autre tendance est l'intégration verticale entre l'hôpital et le communautaire. Au R.U. on tente d'assouplir la séparation entre la pratique générale, la pratique communautaire et l'hôpital en unifiant les budgets et imposant des partenariats.

Pour y arriver, le changement structurel le plus important a été l'introduction des **Primary care group** (PCG) qui doivent :

- Améliorer la santé de la population et réduire les inégalités;
- Développer les services communautaires et de soins primaires;
- Commanditer les services communautaires et les hôpitaux.

Il y a quatre niveaux :

1. PCG qui supporte et avise l'autorité de district pour commanditer les soins de sa population;
2. PCG qui prend une responsabilité dans la gestion du budget à titre de sous-comité de l'autorité de district;
3. PCT qui devient autonome et imputable vis-à-vis l'autorité de district pour commanditer les soins primaires et secondaires;
4. PCT qui ajoute à sa responsabilité les services communautaires.

Les PCG n'ont pas l'information nécessaire ni les capacités de gestion pour remplir ces rôles et il y a un danger que les impératifs nationaux et les directives centrales empêchent le développement de politiques locales qui répondent aux besoins locaux.

Les systèmes d'information sont un élément crucial et une haute priorité. Il faudrait des incitatifs pour les gestionnaires et les cliniciens non seulement pour le respect des budgets, mais aussi pour améliorer la qualité. La compétition à l'Américaine a peu de chance de s'implanter au R.U. parce qu'il n'y a pas assez de capacité excédentaire, il n'y a pas d'information détaillée sur les prix et la compétition est perçue contraire aux valeurs du NHS. Il faut une solution britannique qui garantit des services de base pour tous et qui ne tente pas de recréer les infrastructures administratives coûteuses des États-Unis dans une volonté de faire jouer les forces du marché. Certains mécanismes de marché peuvent jouer comme le choix du patient qui implique le principe de l'argent suit le client.

- ❖ Weiner JA. Comparison of primary care systems in the United States, Denmark, Finland and Sweden : lessons from Scandinavia; Scand J Prim Health Care (1988) 6(1) : 13-27. **Gestion**

Les organisations privées de soins primaires aux États-Unis sont rendues similaires au mode de fonctionnement de celles des pays scandinaves. Le système américain mériterait considération par les pays scandinaves notamment au niveau des innovations dans le domaine de la coordination entre la première et la deuxième ligne, les soins préventifs pour adultes et les incitatifs financiers pour l'efficacité.

- ❖ Weiss K. Part 1. A look at population-based medical care; Dis Mon (1998) 44(8) : 353-69. **Managed care, modèle populationnel, disease management, implantation, outils de gestion de cas**

La médecine populationnelle place l'individu dans le contexte de sa communauté. Seulement une petite partie des personnes qui consultent un généraliste sont à risque d'une morbidité substantielle. Plusieurs stratégies de soins populationnels comprennent les éléments suivants :

1. Identifier les maladies et les états de santé qui peuvent répondre à ces soins;
2. Appliquer les principes d'épidémiologie pour définir la population d'intérêt;
3. Constituer une équipe multidisciplinaire;
4. Avoir un système d'information. Les programmes de promotion prévention sont les plus faciles à implanter.

Le « **disease state management** » est utilisé pour décrire des soins populationnels pour des diagnostics spécifiques. Il peut être considéré pour des sous-groupes de population où l'emphase est sur le contrôle de la maladie. Les études sur la gestion populationnelle sont surtout dans les environnements de managed care même si cela peut être implanté dans de petits groupes de pratique ou dans la pratique solo, où le médecin doit tenir des registres, améliorer les références et offrir aux quelques patients qui peuvent en bénéficier des groupes de formation. L'approche populationnelle s'applique à la promotion, prévention et au suivi des maladies chroniques.

- ❖ Weiss ME. Case management as a tool for clinical integration; Adv Pract Nurs Q (1998) 4(1) : 9-15. **Outils de gestion de cas, disease management, modèle populationnel, incitatifs, implantation**

Le concept de gestion de cas a évolué. C'est une stratégie efficace pour promouvoir l'intégration clinique dans le système de soins. La gestion de cas rassemble l'approche populationnelle et l'approche individuelle pour le développement et la coordination de programmes et services orientés sur les résultats et le disease management.

- ❖ Weiss M. Clinical practice improvement : management of the patient with chronic asthma; J Health Qual (1996) 18(4) : 12-20. **Outils de qualité, de standardisation, de gestion, implantation, modèle de soins intégrés**

L'amélioration des pratiques cliniques et le « **clinical practice improvement** » (CPI) impliquent des recherches sur les profils de pratique, l'utilisation des ressources, sur la perception des résultats par les patients, le développement de lignes directrices et l'éducation des dispensateurs et des patients. On a développé et distribué du matériel éducationnel. Le CPI met l'accent sur les facteurs liés aux patients, aux processus, au système et à la mesure des résultats. Les mesures qualitatives de l'état de santé améliorent les mesures quantitatives de coûts. L'adoption répandue d'outils de résultats centrés sur le patient a modifié les facteurs d'implantation liés aux attitudes et à la pratique.

- ❖ Weist MD & al. Funding a full continuum of mental health promotion and intervention programs in the schools; J Adolesc Health (2003) 32(6 suppl) : 70-8. **Incitatifs, programme**

On veut identifier la disponibilité de sources de financement publiques ou privées pour le support de programmes globaux de santé mentale dans les écoles. Les sources de fonds sont dispersées. La plupart des programmes sont financés par un paiement à l'acte ce qui favorise uniquement la dispensation de services intensifs et est associé à une lourde bureaucratie et le besoin de diagnostiquer. Pour les services préventifs, il y a un besoin de subventions, de contrats ou autres sources de support. Pour étendre les services, il faut interconnecter les agendas d'amélioration de la qualité, évaluer l'efficacité des programmes et favoriser l'advocacy. Ces améliorations vont faciliter l'amélioration des politiques et la capacité de financer un vrai continuum de la prévention aux interventions en santé mentale dans les écoles.

- ❖ Wells KB & al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care : a randomised controlled trial; JAMA (2000) 283(2) : 212-20 **Outils de qualité, managed care, évaluation**

Les soins aux patients déprimés dans les soins primaires avec le managed care souvent ne rencontrent pas les lignes directrices, mais on ne sait pas l'impact à long terme des programmes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans ces milieux. On a voulu déterminer si l'ACQ améliore la qualité des soins, les résultats et l'employabilité. L'ACQ améliore tous ces résultats sans augmentation des visites médicales.

- ❖ Wells KB. The design of Partners in Care : evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care; Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1999) 34(1) : 20-9. **Recherche**

C'est un devis qui mélange les approches de soins et de recherche clinique pour examiner le coût-efficacité des traitements et l'amélioration de la qualité en soins primaires pour la dépression. Cela montre qu'on peut faire des études en dehors des milieux universitaires, mais que cela demande des assouplissements des devis.

- ❖ Welsh C, McCafferty M. Congestive heart failure : a continuum of care; J Nurs Care Qual (1996) 10(4) : 24-32. **Outils de qualité, de coordination, programme**

On décrit un programme qui suit le patient après le congé dans les environnements de soins les plus appropriés. L'évolution de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans le domaine de la cardiologie vise l'établissement d'un partenariat avec le patient. Pour améliorer la santé et réduire les coûts, on peut implanter un programme de transition. Le but est de fournir au patient de l'éducation et du support en ambulatoire pour augmenter son observance. Les leçons apprises sont :

- Communiquer;
- Trouver un médecin champion;
- Utiliser de multiples mécanismes pour diffuser l'information;
- Il faut un plan d'implantation qui inclut des échéanciers, des objectifs à rencontrer, des responsabilités et une personne en charge.

- ❖ Westbom L, Kornfalt R. Utilization of primary care versus specialized care in children with and without chronic illness. A population-based study; Acta Paediatr Scand (1991) 80(5) : 534-41. **Évaluation**

On a étudié l'utilisation des soins curatifs pour voir la division des responsabilités entre les soins primaires et spécialisés.

- ❖ Whynes DK. Optimal times of transfer between therapies : a mathematical framework; J Health Econ (1995) 14(4) : 477-90. **Outils de référence**

On a développé un modèle mathématique pour estimer le temps optimal de transfert.

- ❖ Wickizer TM & al. Improving the quality of workers' compensation health care delivery : the Washington State Occupational Health Services Project; Milbank Q (2001) 79(1) : 5-33. **Arbitrage, satisfaction, qualité, managed care, incitatifs, collaboration, implantation**

On identifie les problèmes clés qui conduisent à une pauvre qualité et un excès des handicaps prolongés chez les accidentés du travail. Les enquêtes pointent de façon consistante le manque de coordination et d'intégration. L'introduction du managed care a conduit à des améliorations, mais la satisfaction des travailleurs a souffert. Cette initiative visait à développer des incitatifs et des processus de gestion clinique pour améliorer les résultats et réduire le fardeau des handicaps. On avait préservé le droit du travailleur de choisir son médecin et maintenu de la flexibilité dans la dispensation de soins individualisés basés sur le progrès et les besoins cliniques. Ce qui est critique au succès :

- Une amélioration des habiletés et expertises des médecins en santé au travail et en gestion de cas en établissant des centres de santé au travail dans la communauté;
- La mise en place de méthodes de suivi des résultats et de la satisfaction;
- La mise en place d'incitatifs à travers des arrangements formels;
- Le développement d'indicateurs de qualité.

Dans cette expérience on a retenu l'importance d'établir des collaborations et des partenariats efficaces. La pratique générale fait face aux mêmes problèmes de soins non coordonnés et fragmentés notamment pour les maladies chroniques.

- ❖ Wilder DK. Clinical engineering support for the critical care unit; Crit Care Clin (1993) 9(3):501-9. **Gestion**

Les administrateurs des hôpitaux suivent le modèle de l'industrie en concentrant leur intérêt sur la gestion des ressources. L'expertise technique de la technologie clinique, la connaissance pratique dans la dispensation des soins de santé, et les bases de données accrues sont une part essentielle de ce processus.

- ❖ Williams RL, Jaen CR. Tools for community-oriented primary care : use of key informant trees in eleven practices; J Natl Med Assoc (2000) 92(4): 157-62. **Outils d'évaluation, modèle communautaire**

Les médecins ont de plus en plus besoin d'informations sur leurs communautés pour traiter un patient. Notre objectif était d'étudier des « **Key informant tree** » comme approche pratique à la cueillette de données qualitatives reliées à la pratique, à partir d'une communauté.

- ❖ Williams RL & al. Practical tools for qualitative community-oriented primary care community assessment; Fam Med (1999) 31(7) : 488-94. **Outils d'évaluation, modèle communautaire**

L'évolution du managed care crée un besoin pour des méthodes faisables pour que les pratiques cliniques puissent évaluer les besoins de la communauté. Ces méthodes sont aussi importantes pour les modèles « **community oriented primary care** » (COPC), qui sont des modèles attrayants pour marier les perspectives de la population avec les soins primaires cliniques. Les méthodes testées sont potentiellement faisables dans les pratiques très actives.

Toutefois, les pratiques devraient préciser leurs objectifs et ressources avant d'utiliser ces méthodes.

- ❖ Williams RL & al. A key informant « tree » as a tool for community oriented primary care. The Cleveland COPC Group; Fam Pract Res J (1994) 14(3) : 273-80. **Outils d'évaluation, modèle communautaire**

Bien que les modèles « *community oriented primary care* » (COPC) soient conceptuellement attirants, un manque de méthodologie pratique a limité son application. Pour sa réalisation, la plupart des praticiens doivent avoir accès à des méthodes rapides et peu coûteuses d'évaluation de la communauté. Les « *key informant trees* » semblent être un outil clinique pratique pour la portion subjective de la composante de l'évaluation de la communauté.

- ❖ Wilson S & al. Macarthur model for ambulatory services; Aust Health Rev (2001) 24(2) : 187-93. **Modèle de soins intégrés**

Le modèle Macarthur a de multiples facettes et vise à englober et combiner les meilleurs aspects de plusieurs services établis. Les résultats sont un modèle cohérent, intégré qui permet au patient de nombreux points d'entrée et de sortie. Les soins ambulatoires ont développé un lien essentiel dans le continuum allant de l'épisode aigu en centre hospitalier au maintien dans la communauté.

- ❖ Windak & al. The Polish experience of quality improvement in primary care; Jt Comm Qual Improv (1998) 24(5) : 232-9. **Arbitrage, accès**

En Pologne le système est typique des pays de l'Est, soit public avec une gestion et une administration centralisées et une primauté de l'accès sur la qualité. Des réformes mal planifiées et non coordonnées ont été entreprises pour transférer l'autorité au niveau local. Il y a eu quelques succès avec l'amélioration continue de la qualité (ACQ).

- ❖ Wojner AW. Outcomes management : an interdisciplinary search for best practice; AACN Clin Issues (1996) 7(1) : 133-45. **Outils de gestion, de standardisation, incitatifs, implantation, collaboration**

Les tiers payeurs surveillent de près la dispense des soins et agissent comme gatekeepers pour gérer l'accès. La gestion par résultats a émergé en 80 comme un processus interdisciplinaire pour mesurer l'état de santé de la population. Cela procure un mécanisme pour identifier les développements requis. La gestion des résultats est une philosophie différente de celle de la gestion de cas et elle vise la mesure des résultats de santé de la population qui reçoit des soins médicaux continus. On la définit comme une technologie de l'expérience du patient qui vise à aider les patients, les payeurs et les dispensateurs à faire des choix rationnels basés sur une meilleure connaissance des effets de ces choix sur la vie du patient. Elle a quatre principes :

1. Une emphase sur les standards que les médecins peuvent utiliser pour sélectionner des interventions appropriées;
2. La mesure du statut fonctionnel et du bien-être en plus des résultats cliniques;
3. Agréger les résultats cliniques et les autres sur une large échelle;
4. Analyser et diffuser les résultats aux décideurs appropriés.

La gestion des résultats implique l'amélioration des résultats psychologiques et psychosociaux à travers le développement et l'implantation des pratiques et services exemplaires. Les résultats souhaités s'obtiennent par l'atteinte de buts populationnels spécifiques. La gestion des résultats dépend de la collaboration interdisciplinaire. Cela commence par la clarification des buts et la sélection de cibles de résultats pour une population de patients. Des instruments de mesure et du balisage concurrentiel complètent cette étape. Les cheminements cliniques représentent non seulement la pratique standard, mais aussi un outil de collecte de données.

À la phase deux, chaque discipline écrit les standards qui permettent l'atteinte des buts. Cela implique :

- Une revue des profils traditionnels de pratique;
- Une revue de littérature;
- Un sondage;
- La négociation des changements de pratique;
- La standardisation des pratiques.

La troisième phase est l'implantation. La quatrième est l'analyse des données à l'aide des technologies d'information et l'utilisation de l'information pour l'amélioration continue. Le succès dépend du leadership du gestionnaire de résultats qui a besoin de l'expertise clinique, d'habiletés de leader, de la maîtrise des changements de processus, du talent comme formateur ou consultant formel et informel et de l'expérience en recherche. Les caractéristiques personnelles essentielles sont :

Une philosophie de pratique de collaboration et de gouverne partagée;

- La ténacité;
- Du tact;
- De l'astuce politique;
- De la maturité;
- Le plus important, de la capacité de prendre des risques.

La gestion par objectifs est un guide pour organiser la pratique interdisciplinaire.

- ❖ Womack DE, Flowers S. Improving system performance : a case study in the application of the theory of constraints; J Healthc Manag (1999) 44(5) : 397-405. **Arbitrage, coûts, outils de gestion, implantation**

Dans les systèmes à capitation, on doit recruter plus de gens pour augmenter les revenus et, en même temps, on doit contrôler les coûts pour rester viable. C'est une étude de cas qui montre comment de jeunes gestionnaires et des dispensateurs de première ligne ont résolu ce conflit. L'équipe a utilisé une combinaison du modèle d'amélioration continue et de la théorie des contraintes (TOC). Cette approche très simple est facilement généralisable. La TOC est un ensemble de concepts pour améliorer la performance d'un système en mettant l'accent sur les contraintes. On identifie les liens faibles du système pour cibler les améliorations qui généreront les meilleurs résultats. On peut combiner cette approche avec une autre qui est bien comprise et culturellement acceptée pour faciliter l'introduction de la TOC.

- ❖ Woods LP. Conceptualising advanced nursing practice : curriculum issue to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK; J Adv Nurs. (1997) 25(4) : 820-8. **Formation**

Cet article suggère qu'il existe une occasion unique d'améliorer les pratiques de soins et une bonne collaboration dans l'offre des soins de santé, basée sur le modèle des soins, les études graduées et l'intégration de soins essentiels et les concepts reliés aux pratiques cliniques.

- ❖ Wyke S & al. Does general practitioner involvement in commissioning maternity care make a difference ? J Health Serv Res policy (2001) 6(2) : 99-104. **Modèle de soins primaires, modèle communautaire, implantation, évaluation**

Une réponse commune aux problèmes des systèmes de santé est de déléguer la responsabilité financière aux organisations de soins primaires pour améliorer l'utilisation des ressources et l'intégration. Au R.U., en 1991, on a introduit le fundholding pour intégrer partiellement les rôles d'acheteur et de dispensateurs. Cette introduction n'a pas amélioré les services aux patients avec des problèmes complexes. Il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation des ressources où l'expérience avec les soins des femmes entre le modèle de commandite (il est associé le plus souvent aux modèles d'intégration verticale) et le modèle sans commandite. La motivation des professionnels était plus de maintenir leurs services que de les changer.

Ainsi, s'attendre à des modifications importantes rapidement peut être illusoire, la présence d'une politique nationale forte est aussi un facteur important. L'intégration des services n'est pas un indicateur de la qualité. Le plus important est la capacité des professionnels de traduire les politiques nationales en services pertinents pour les patients.

- ❖ Wyke S & al. Total purchasing, community and continuing care : lessons for future policy developments in the NHS; Health Soc Care Community (1999) 7(6) : 394-407. **Gestion, incitatifs**

L'introduction de projets pilotes d'achat total (TTP) au NHS a donné aux omnipraticiens une opportunité de prendre la responsabilité du développement des services continus et communautaires. Le développement des TTP n'est pas basé sur les besoins de la population. Il y a tout de même un potentiel pour intégrer horizontalement et verticalement les soins, mais cela demande une politique qui guide et encourage cette priorité de travailler avec les gens qui ont de l'expertise dans les approches populationnelles, la prévention, l'évaluation des besoins et la façon de trouver des moyens novateurs pour impliquer les utilisateurs, les aidants et les organismes communautaires. Des incitatifs ou des leviers peuvent être requis.

- ❖ Yarmo D & al. Embracing the continuum of care : an Australian private hospitals experience; J Case Manag (1998) 7(3) : 127-34. **Incitatifs, implantation, continuité, qualité, efficience, outils de gestion de cas, modèle de soins intégrés, évaluation**

La continuité est essentielle. Un modèle de continuum de soins aide en améliorant la communication, en réduisant la confusion et en permettant une provision appropriée de ressources. En Australie, le concept de gestion de cas a semblé attirant parce qu'il reconnaît l'importance de la continuité. La continuité a été difficile à atteindre parce que la dispensation des services est dans des installations séparées.

De plus, les processus, incitatifs et ressources n'étaient pas en place. Il favorise aussi la qualité, l'efficience. La capacité d'atteindre l'objectif de continuité dépend de la flexibilité du modèle choisi et de la flexibilité des dispensateurs.

- ❖ Yesalis CE & al. The effect of a group practice on rural health attitudes and behaviour; Med Care (1980) 18(1) : 4-58. **Modèle professionnel, accès**

Les groupes de pratique ont amélioré l'accès au médecin. Cela a aussi modifié la distribution des médecins. Il n'y a pas eu de changement dans l'état de santé de la population ni dans la dispensation de services préventifs.

- ❖ Young DW, Barret D. Managing clinical integration in integrated delivery systems : a framework for action; Hosp Health Serv Adm (1997) 42(2) : 255-79. **Implantation, collaboration, incitatifs, coûts, outils de standardisation, de gestion, de partage d'information, évaluation**

Un système intégré doit coordonner les soins au patient. De nombreux défis se posent aux gestionnaires pour réaliser l'intégration clinique. Il y a dix modèles pour favoriser cette intégration. Un système intégré doit offrir des services coordonnés. Des conditions cliniques différentes demandent des modes d'intégration différents et un degré différent de spécialisation.

Une des stratégies les plus difficile à mettre en place dans les systèmes intégrés est de déplacer l'attention des soins aigus aux soins primaires. L'intégration engendre des conflits d'où l'utilité des modèles de collaboration et les gestionnaires doivent apprendre la résolution de conflits. Les médecins peuvent participer par contrats. Ce qui est important c'est de leur donner une responsabilité au niveau du système et non au niveau individuel. L'alignement des incitatifs du système avec ceux des médecins est crucial. Les autres facteurs importants sont les systèmes de mesure et les systèmes d'information. La coordination est une condition nécessaire, mais non suffisante pour l'intégration. Elle s'installe de façon incrémentale. Il faut faire attention aux transferts de coûts. Les réseaux utilisent des méthodes d'évaluation de l'état de santé et des processus d'amélioration de la qualité pour apprécier la performance. Ils mesurent aussi les résultats cliniques et font la promotion du développement de protocoles. Ces mesures sont critiques à l'intégration clinique. Il faut un dossier patient unique et partageable et il faut que les données cliniques et financières puissent être liées. Les gestionnaires doivent avoir :

- L'autorité et l'influence pour instaurer une prise de décisions participative;
- Des processus de résolution de conflits;
- Des processus de motivation;
- Des activités de maintien de la culture qui aident à créer une culture commune entre les entités disparates du réseau.

❖ Young GJ & al. Provider integration and local market conditions : a contingency theory perspective; Health Care Manage Rev (2001) 26(2) : 73-9. **Gestion, incitatifs**

On discute de la théorie de la contingence comme lunette conceptuelle pour guider les études empiriques sur l'efficacité de différents types d'arrangements. Les marchés locaux sont des facteurs qui affectent l'efficacité des stratégies d'intégration.

Si l'intégration est conçue comme un enjeu du design organisationnel la théorie de la contingence suggère que le degré optimal d'intégration est fonction des besoins de partage d'information pour rendre les services. L'intégration améliore la capacité de faire face à l'incertitude, car il est possible de combiner les savoirs et expertises pour mieux analyser l'environnement. Le degré optimal est aussi affecté par l'interdépendance.

Avec le paiement à l'acte les dispensateurs ont peu d'incitatifs à collaborer pour améliorer les trajectoires de soins. Avec les contraintes de coûts, ils sont plus motivés à se concentrer sur la coordination et la continuité. La théorie permet de prédire les profils d'intégration.

❖ Young MJ & al. Continuously improving primary care; Jt Comm J Qual Improv (1994) 20(3) : 120-6. **Implantation, modèle de soins primaires, accès, outils de qualité, incitatifs**

On décrit les efforts pour comprendre et améliorer les procédés de travail quotidiens dans les soins primaires. Les quatre éléments clés sont :

1. Les médecins comme leaders;
2. La prévention et les soins primaires;

3. L'accessibilité;
4. L'innovation et les équipes.

On a implanté l'amélioration continue de la qualité (ACQ) à partir de trois questions :

1. Qu'est-ce qu'on tente d'accomplir ?
2. Qu'est-ce qu'on peut changer qui nécessite une amélioration ?
3. Comment peut-on savoir que le changement est une amélioration ?

En centrant l'attention et les ressources sur un nombre limité d'équipe d'amélioration, les succès initiaux ont permis l'enthousiasme et l'adhésion et accéléré les changements. Aux États-Unis, on a un nombre inadéquat de médecins en soins primaires. Il est important de considérer les efforts d'amélioration comme un système de composantes inter reliées et interdépendantes. Un plan de pratique a permis de dégager du temps médecin.

- ❖ Yurk R & al. Understanding the continuum of palliative care for patients and their caregivers; J Pain Symptom Manag (2002) 24(5) : 459-70. **Outils de qualité, de gestion**

On décrit une procédure pour aider les patients sérieusement malades et leurs aidants à prioriser leurs préférences. Il y a beaucoup de variations dans les préférences pour les soins de fin de vie ce qui reflète le besoin de comprendre la décision individuelle. Les activités d'amélioration continue de la qualité (ACQ) commencent à regarder cet aspect.

- ❖ Yurk R. & al. Benchmarking applications : linking state strategic planning, quality improvement, and consumer reporting; J Public Health Manag Pract (2001) 7(3) : 47-58. **Outils de gestion, satisfaction, de qualité**

Cet article démontre la valeur de faire du balisage concurrentiel sur la satisfaction des patients pour les programmes d'amélioration de la qualité. Cela donne aux organisations et aux décideurs des objectifs d'amélioration de la qualité et des standards pour mesurer objectivement les soins donnés aux populations vulnérables.

- ❖ Zablocki E. Effect of system restructuring on quality leadership; Qual Lett Healthc Lead (1996) (5) : 2-9. **Implantation, qualité**

Comme de nouveaux systèmes intégrés se forment, les leaders doivent développer de nouvelles façons de gérer la qualité. Chaque système développe sa propre stratégie pour le leadership de la qualité dans les systèmes restructurés.

- ❖ Zander K. Nursing case management in the 21st century : intervening where margin meets mission; Nurs Adm Q (2002) 26(5) : 58-67. **Globalité, outils de gestion de cas**

Si la gestion de cas est pour demeurer une stratégie adaptable voire puissante pour les organisations et les patients le long du continuum, elle devra aller au-delà des fonctions d'accès et de nécessité médicale vers des fonctions qui demandent l'expérience et les habiletés des infirmières.

- ❖ Zatzick D, Roy-Byrne P. Developing high-quality interventions for posttraumatic stress disorder in the acute care medical setting; Semin Clin Neuropsychiatry (2003) 8(3) : 158-67. **Outils de qualité, collaboration**

La prévention secondaire des états de stress post-traumatique constitue un problème important de santé publique. L'article cerne les critères de qualité de soins prévus pour guider les interventions développées pour les états de stress post-traumatique dans les services de soins d'urgence. Les multiples facteurs, démographiques, les cas de traumatologie et l'hétérogénéité clinique de la dispensation des soins dans les urgences sont discutés.

Un modèle d'intervention est développé qui débute par une étude descriptive basée sur la population et une intervention pilote sur l'efficacité des traitements des états de stress post-traumatiques pour ensuite développer une collaboration à large échelle introduisant une intervention multiple. Cette intervention vise les cas de trauma qui sont traités dans les services d'urgences et qui nécessitent à la fois des interventions centrées sur les états de stress post-traumatiques et des soins de support centrés sur le patient.

- ❖ Zuckerman HA. Leveraging strategic planning for improved financial performance; *Healthc Finance Manage* (2000) 54(12) : 54-7. **Gestion**

Les dispensateurs de soins se fient de plus en plus sur la planification stratégique pour les guider dans l'allocation du capital et autres ressources. De nouveaux revenus peuvent être générés de cinq façons :

1. Augmenter la part de marché;
2. Diversifier des services;
3. Remplir les trous dans le continuum;
4. Développer une niche;
5. Revoir les services actuels pour adresser un segment spécifique du marché.

- ❖ Zwarenstein M, Reeves S. Working together but apart : barriers and routes to nurse-physician collaboration; *Jt Comm J Qual Improv* (2002) 28(5): 242-7. **Collaboration, outils de communication, évaluation**

Le modèle de réingénierie est peu pertinent pour la santé. Il existe des stratégies pour une plus grande collaboration entre les médecins et les infirmières. En dépit du fait que de nombreuses initiatives ont promu la collaboration entre les médecins et les infirmières, leurs relations restent problématiques. Des échecs de communication, une pauvre coordination et des soins fragmentés à l'intérieur et entre les organisations sont fréquemment rapportés.

Étant donné le lien entre une collaboration efficace et des résultats de santé positifs, cela est inquiétant. En dépit des limites les technologies de communication peuvent aider. Les buts du nursing et de la médecine diffèrent et chaque profession priorise ses activités et agit indépendamment. La réduction des différences de pouvoir entre les deux professions n'a pas bénéficié aux patients en raison de la pauvre coordination interprofessionnelle. Les autres facteurs qui inhibent la collaboration sont les pressions au contrôle des coûts, les peurs de poursuites, les vues conflictuelles sur les rôles de chacun, la pauvre communication et le manque de formation pour développer des habiletés de collaboration.

Toute solution qui propose un rôle de leader à une profession est susceptible de générer de la résistance tacite. Un nombre d'initiatives relativement simples qui emploient la négociation peuvent être utilisées pour abattre les barrières. La négociation vise à humaniser les relations. Les attitudes et comportements qui inhibent la collaboration doivent être discutés. Les négociations doivent aider à créer une compréhension et un respect mutuel, elles doivent révéler à chaque participant la nécessité de partager de l'information. L'appui des gestionnaires est essentiel. Les tâches de la négociation sont :

1. S'entendre sur une définition partagée du bien-être du patient;
2. Identifier conjointement l'information à partager et établir comment la partager;
3. Comprendre les demandes et les pressions de chaque profession;
4. Accepter que la tâche de soigner soit difficile;
5. Décider du degré de stabilité de l'équipe pour permettre aux professionnels d'avoir un environnement de travail prévisible avec peu d'attrition.

- ❖ Zyzanski SJ & al. Selection of key community descriptors for community-oriented primary care; Fam Pract (1996) 13(3) : 280-8. **Outils d'évaluation, modèle communautaire**

Les modèles « **community oriented primary care** » (COPC) exigent le développement d'outils pratiques. Les résultats suggèrent qu'une partie de l'évaluation d'un COPC communautaire peut être faite en choisissant très peu d'indicateurs. La distribution des indicateurs d'âge et de revenu explique la variabilité de la plupart des indicateurs reliés à la santé qui ont été étudiés. Ces facteurs sont stables dans le temps et selon le lieu. Une évaluation communautaire devrait inclure des indicateurs qui, au minimum, donnent des informations sur ces deux facteurs.

www.msss.gouv.qc.ca