

**LA PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION :  
QUEL MODÈLE POUR MONTRÉAL ?**

les actes



**Journée de réflexion sur la prise en  
charge de la population montréalaise**

28 novembre 2005

*Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal*

Québec 

*Les actes* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence).

3725, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3L9  
514 286-6500  
[www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

Note :

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

*Les actes* sont disponibles :

- à l'Agence : 514 286-5604
- à la section « Documentation » du site Web de l'Agence :  
[www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006

ISBN 2-89510-293-7 (version imprimée)  
ISBN 2-89510-294-5 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

# avant-propos

Ce document présente les actes de la journée de réflexion sur le modèle montréalais de prise en charge de la population organisée par l'Agence le 28 novembre 2005.

En introduction, vous trouverez un mot du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux, M. David Levine, suivi des transparents de sa présentation. Viennent ensuite, en version française, les présentations (transparents électroniques) des conférenciers invités de Kaiser Permanente.

Vous noterez que les échanges entre les participants et les conférenciers ont été résumés et insérés à la fin de chacune des présentations. Le résultat de l'évaluation sommaire de la journée ainsi que les commanditaires des participants sont présentés à la fin.

Les présentations électroniques des conférenciers en versions française et anglaise sont disponibles sur le site Internet de l'Agence :

**[www.santemontreal.qc.ca/fr/colloque/28nov05.html](http://www.santemontreal.qc.ca/fr/colloque/28nov05.html)**



# table des matières

## Avant-propos

<b>Mot de M. David Levine</b> .....	p. 3
-------------------------------------	------

## Présentation des transparents

La prise en charge de la population : un défi montréalais .....	p. 7
---	------

### Gestion des soins – Faciliter les bonnes actions

Un modèle de gestion de la santé basé sur la population .....	p. 13
---	-------

Période de questions .....	p. 33
----------------------------	-------

La prestation des soins de santé chez Kaiser Permanente .....	p. 39
---	-------

Période de questions .....	p. 55
----------------------------	-------

Gestion des soins : Évaluation et résultats .....	p. 61
---	-------

Période de questions .....	p. 85
----------------------------	-------

### Les patients comme partenaires : aide à l'autogestion des

soins chez Kaiser Permanente .....	p. 89
------------------------------------	-------

Période de questions .....	p. 107
----------------------------	--------

<b>Sommaire de l'évaluation de la journée</b> .....	p. 111
---	--------

<b>Remerciements</b> .....	p. 113
----------------------------	--------



# mot de David Levine

Chers collègues,

Je vous conviais, en novembre dernier, à une journée de réflexion sur le modèle à mettre en place à Montréal afin de permettre une véritable prise en charge de la population. Il s'agit de l'une de nos grandes priorités pour les prochaines années et nous entendons faire en sorte qu'elle se concrétise rapidement, pour le plus grand bénéfice des clientèles vulnérables et de l'ensemble de la population.

J'ai été très heureux de constater l'intérêt qu'a suscité cette journée auprès du milieu médical, mais aussi auprès des décideurs et des acteurs les plus concernés. Nous voulions que cet événement donne le coup d'envoi d'une démarche appelée à modifier en profondeur l'organisation et les façons de faire en matière de prise en charge. Je crois sincèrement que nous avons atteint cet objectif.

Aujourd'hui, notre modèle montréalais prend forme. Grâce à votre collaboration, à celle des autres médecins, gestionnaires et intervenants qui sont au cœur des changements, des comités se créent et des équipes sont à l'œuvre pour mettre en place les éléments clés de notre modèle, soit :

- la formation d'équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels de la santé;
- la mise en place du projet clinique dans chaque territoire de CSSS;
- le renforcement de l'autonomie des personnes et des communautés à l'égard de leur santé et de leur bien-être (*empowerment*);
- et la définition des indicateurs de résultats et de performance qui nous aideront à guider notre démarche.

Notre vision du modèle à mettre en place est de plus en plus connue et soutenue dans le réseau montréalais. Il reste encore beaucoup à faire, mais nous pouvons d'ores et déjà affirmer que nous sommes sur la bonne voie et que nous progressons rapidement. Ce premier succès, c'est en grande partie à vous que nous le devons et je tiens à vous remercier, encore une fois, pour votre présence et vos commentaires lors de cette journée du 28 novembre 2005.

Avec mes salutations,



David Levine  
Président-directeur général



# présentation des acétates



# La prise en charge de la population : un défi montréalais

Par M. David Levine  
Président-directeur général  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal





## LA PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION : QUEL MODÈLE POUR MONTRÉAL?

Journée de réflexion sur la prise en charge  
de la population montréalaise  
28 novembre 2005

David Levine  
28 novembre 2005

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

## Nos quatre priorités



1. Créer de véritables équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels de la santé et ayant la responsabilité de clientèles inscrites.

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

## Nos quatre priorités

---

### **2. Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique, incluant :**

- l'élaboration de protocoles cliniques spécifiques à l'intention des clientèles vulnérables;
- l'implantation, dans les territoires de CSSS, d'une organisation de services soutenant l'application des protocoles cliniques;
- la restructuration de l'offre de service régionale en fonction de l'approche populationnelle, de la hiérarchisation des services et des protocoles cliniques.

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

## Nos quatre priorités

---

- ### **3. Développer la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé (autonomisation ou *empowerment*).**

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

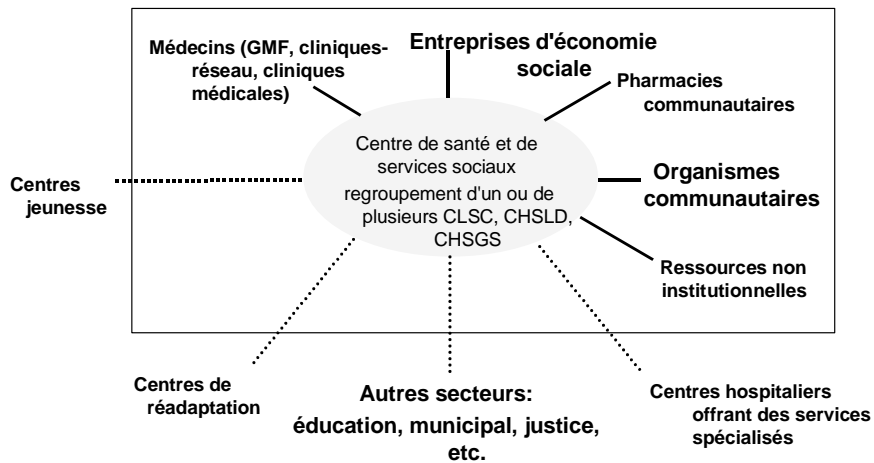
## Nos quatre priorités

4. Définir les indicateurs de résultats et de performance qui permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs visés par les protocoles cliniques et l'organisation des services.

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

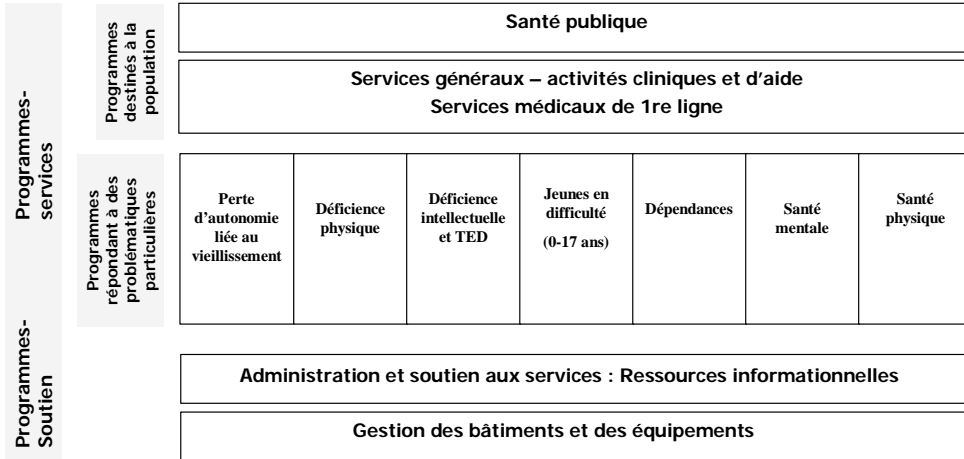
## Réseau local de services



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

# Les programmes



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

# Gestion des soins – Faciliter les bonnes actions

## Un modèle de gestion de la santé basé sur la population

**Par Dr Paul J. Wallace**  
Directeur général  
Care Management Institute



# Gestion des soins... Faciliter les bonnes actions

Un modèle de prise en  
charge de la population

KAISER  
PERMANENTE. **thrive**

Dr Paul Wallace  
Care Management Institute  
Kaiser Permanente  
[Paul.Wallace@kp.org](mailto:Paul.Wallace@kp.org)

## À propos de Kaiser Permanente

- Régime de soins médicaux à but non lucratif le plus important aux États-Unis, fondé en 1945
  - Système intégré de prestations de soins
  - 8 régions desservant 9 États et le District de Columbia
  - Plus de 8,3 millions de membres
  - Budget annuel ~ 30 milliards \$
  - Plus de 12 000 médecins
  - Plus de 134 000 employés
  - 30 hôpitaux et centres médicaux
  - 431 cliniques
- Importants investissements en recherche et technologie à interface humaine
- Tous les employés et leur famille sont membres de KP



Programme d'éducation de masse pendant la pause dîner à Kayser Shipyard, Richmond. Sujet traité par le médecin de la firme : le rhume.

From *Industrial Medicine*, 14:4, April 1945

## Qu'est-ce que le Care Management Institute (CMI)?

- CMI soutient les membres, les cliniciens et les clients-payeurs en s'appuyant sur une médecine probante et des soins basés sur une approche populationnelle afin de rendre les choses plus faciles.
- Nos domaines d'action comprennent :
  - la gestion des connaissances cliniques;
  - l'amélioration de la performance;
  - la communication des valeurs;
  - et les avantages pour la communauté.
- Nous ajoutons de la valeur en :
  - optimisant les économies d'échelle;
  - diffusant les pratiques fructueuses;
  - promouvant la marque KP et ses promesses;
  - élaborant de nouvelles activités.

3



*care management* | institute

- **Identifier les bons éléments**
  - Médecine basée sur des données probantes
  - Évaluation
  - Pratiques fructueuses
  - Soins centrés sur les membres et adaptés à la culture
- **Faciliter les choses**
  - Centré sur le système de prestation
  - Technologie en appui au travail efficace
  - Réseau d'individus et de groupes

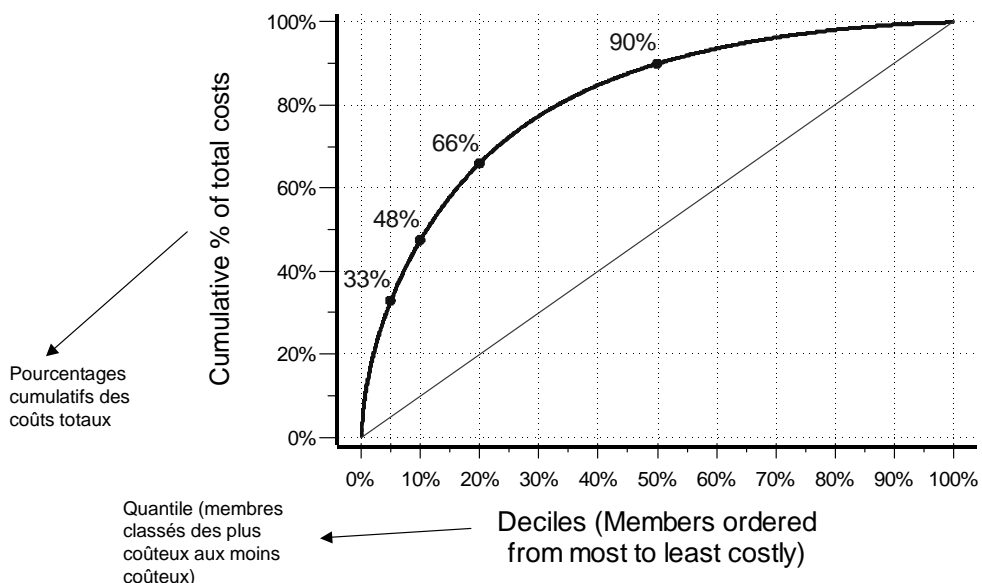
## Conditions prioritaires pour KP

Domaine clinique	Membres de KP atteints	
Asthme	155 000	(2,7 % des membres)
Coronaropathie	216 000	(3,4 %)
Dépression	448 000	(7,1 %)
Diabète	604 000	(9,3 %)
Insuffisance cardiaque	103 000	(1,4 %)
Cancer	> 25 000 nouveaux cas/an	
Douleur chronique	285 000	(5,1 %)
Services aux aînés	869 000	(11,3 %)
Obésité (IMC > 29)	~ 30 % des adultes	
Autogestion de la santé et partage de la prise de décision	8,3 M	

5

## Insuffisance cardiaque

% des coûts totaux occasionnés par les 5 %, 10 %, 20 %, et 50 % des membres les plus coûteux



6

## Comorbidités...

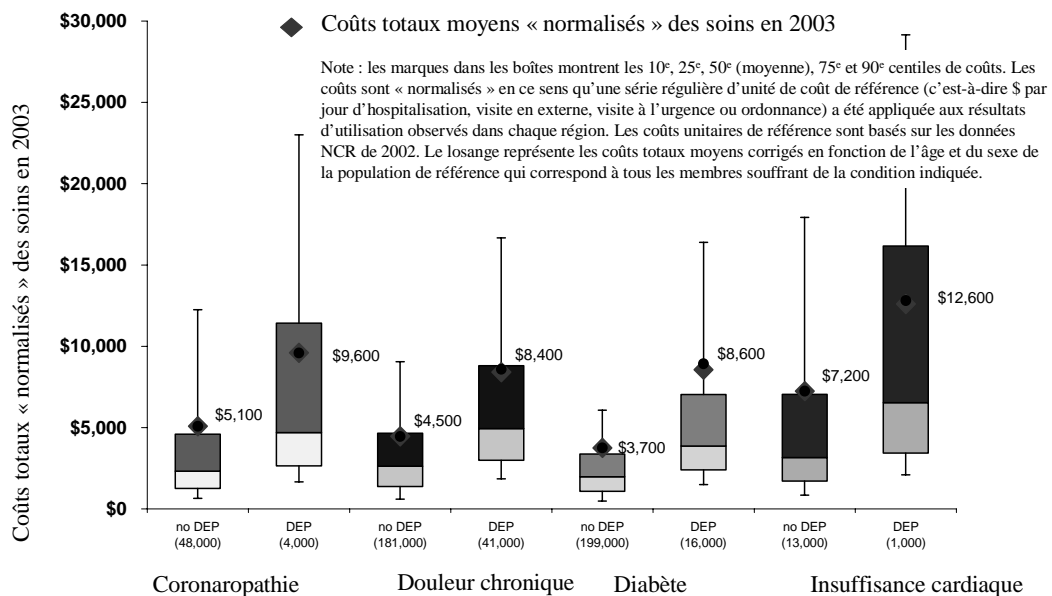
Faisaient aussi partie de cette cohorte?

	Coronaro- pathie	Dépression	Diabète	Insuffisance cardiaque
Pourcentage de tous les membres	32 %	7,1 %	79 %	1,6 %
Membres atteints de coronaropathie		11,9 %	33,9 %	22,8 %
Membres atteints de dépression	5,3 %		11,6 %	3,3 %
Membres atteints de diabète	13,6 %	10,4 %		8,2 %
Membres atteints d'insuffisance cardiaque	46,3 %	14,9 %	41,6 %	

7

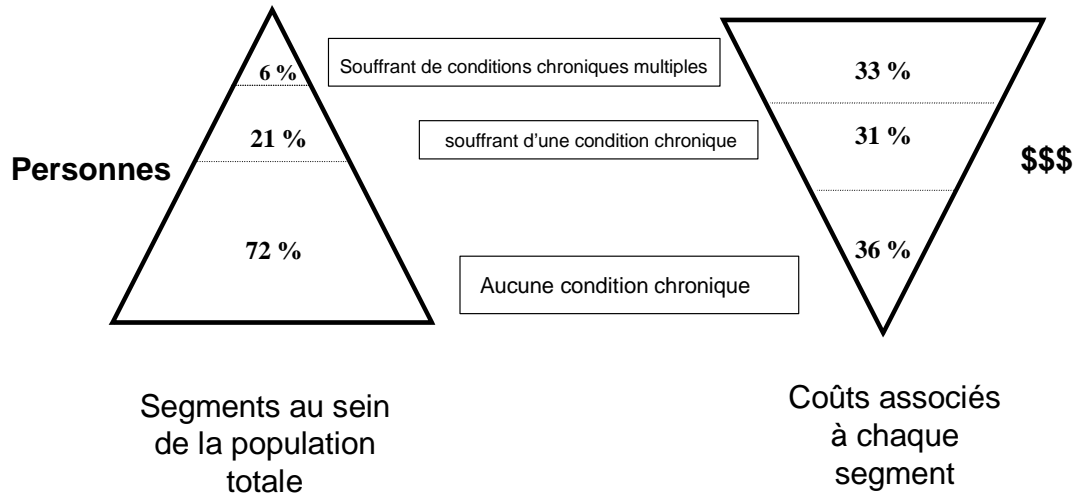
## Dépression comme comorbidité

Coûts totaux « normalisés » des soins pour les membres souffrant de conditions de santé chroniques, stratifiés par la présence ou l'absence d'un diagnostic de dépression (aucune autre comorbidité)  
(adults, 2003, data from CO, GA, NCR, NW, and OH)



8

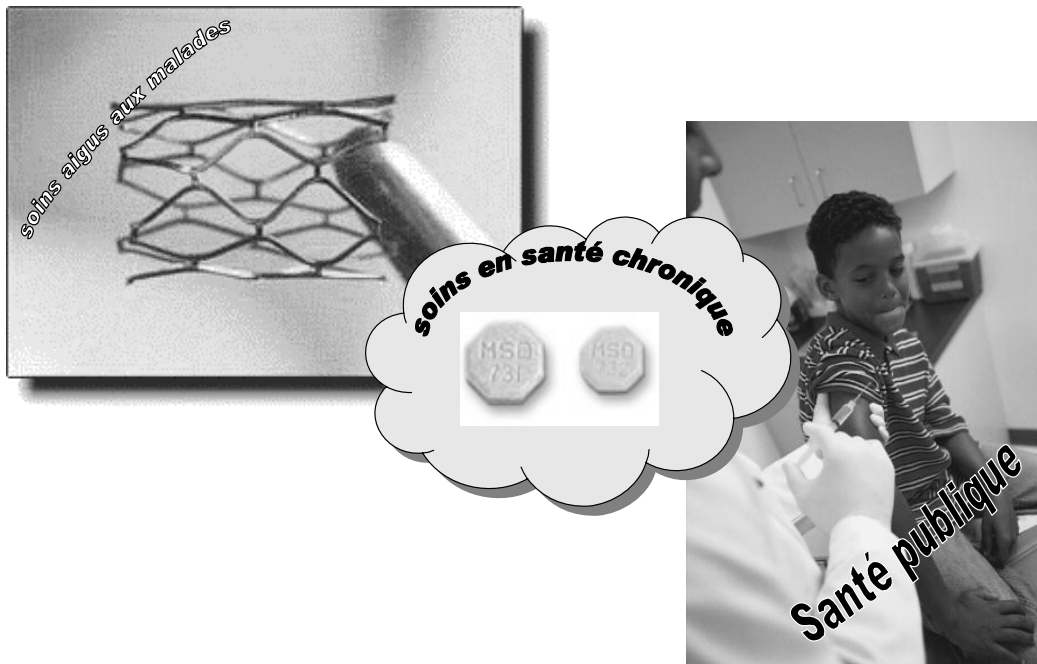
## À quoi sont consacrés la plupart des coûts de santé de la population?



Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

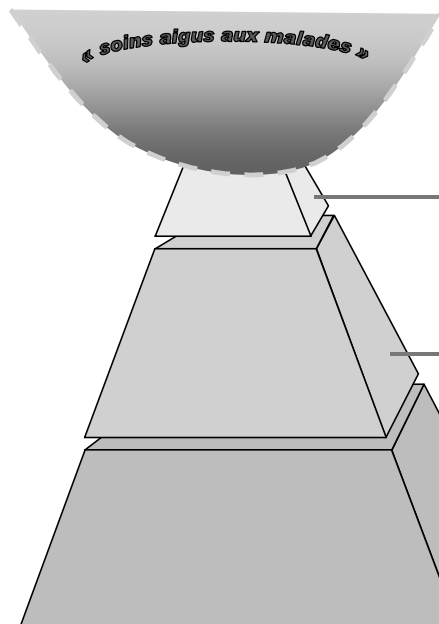
9

## L'entre-deux de la santé...



10

## Santé de la population : prendre en charge toute la population



### **Gestion intensive**

Miser sur les ressources disponibles pour optimiser l'état de santé et la coordination des soins

### **Gestion des soins**

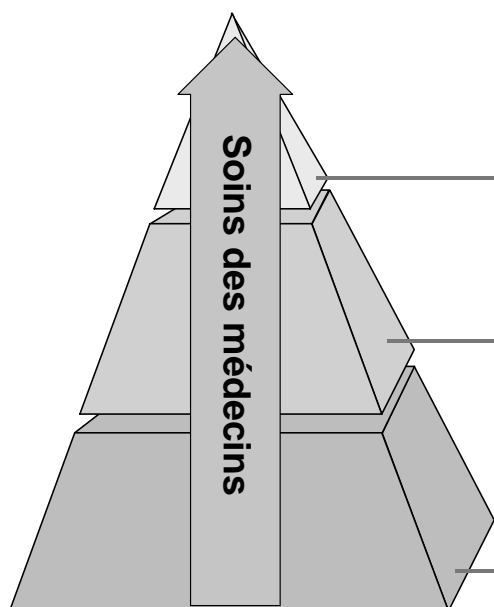
Améliorer les capacités à autogérer ses soins; gérer à l'aide de trajectoires et de protocoles cliniques

### **Soutien à l'autogestion de la santé**

Soins intermédiaires avec technologie en appui à la décision et programmes visant à aider les membres à développer ou à améliorer leur compétence en autogestion des soins

11

## Santé de la population : prendre en charge toute la population



### **Gestion intensive**

Miser sur les ressources disponibles pour optimiser l'état de santé et la coordination des soins

### **Gestion des soins**

Améliorer les capacités à autogérer ses soins; gérer à l'aide de cheminements et de protocoles cliniques

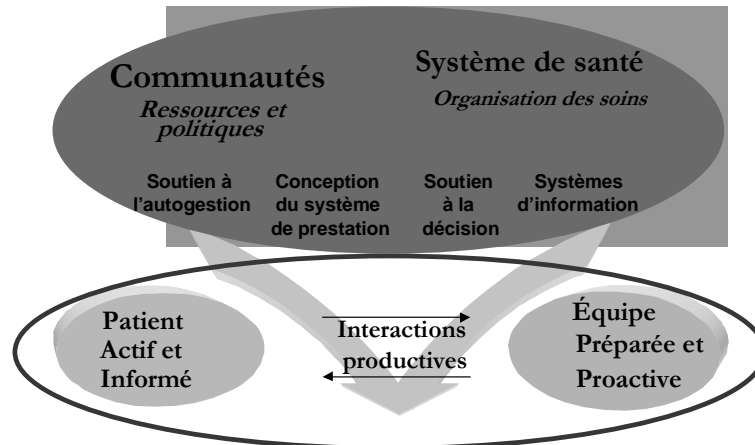
### **Soutien à l'autogestion de la santé**

Soins intermédiaires avec technologie en appui à la décision et programmes pour aider les membres à développer ou à améliorer leur compétence en autogestion des soins

12

## Le plan directeur ...

### Modèle de soins chroniques

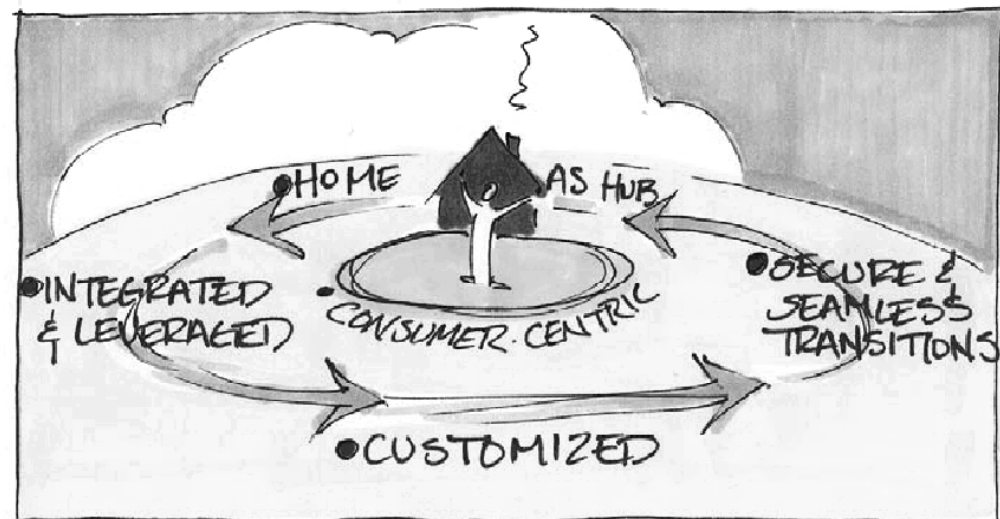


### Résultats cliniques et fonctionnels

Extrait de *Improving Chronic Illness Care*.  
Dr Ed Wagner, Group Health Cooperative of Puget Sound.

13

## Le patient au centre des soins



14

# Les patients que nous voyons... en 2002

Toutes les visites aux médecins, 2002, Californie du Sud

DESCRIPTION	# visites
HYPERTENSION NOS	548 152
EXAMENS MÉDICAUX DE BASE	399 709
INFECTIONS AIGÛES VOIX RESP. SUP	333 785
DIABÈTE	228 718
INFECTIONS VIRALES NOS	201 255
MAUX DE DOS NOS	200 177
DOULEUR ABDOMINALE LIEU NONSPEC	161 436
SINUSITE AIGÛE NOS	151 216
BRONCHITE AIGUE	149 490
INFECTIONS URINAIRES NOS	144 969
SUVIS DE CHIRURGIE NOS	144 540
DERMATITE NOS	132 286
HYPERLIPIDEMIE NCA/NOS	116 853
RHINITE ALLERGIQUE NOS	115 779
ASTHME W/O ÉTAT ASTHMATIQUE	112 796
CELLULITE NOS	109 130
DÉPISTAGE CANCER UTÉRUS	108 894
KERATOSE ACTINIQUE	100 671
ENTORSE NOS	100 389
MAUX DE TÊTE	94 300
GASTROENTERITE NONINF NCA	88 132
OBÉSITÉ NOS	87 859
OSTÉOARTHROSE NOS-UNSPEC	85 860

**CONDITIONS  
CHRONIQUES**

15

# Les patients que nous verrons... vers 2006

**Total Panel Care Support Systems**  
= système de soutien total aux soins du groupe de patients



MR#	name	age	gender	hypertension	diabetes	primary prevention	chd	cancer	asthma/COPD	arthritis	hyperlipidemia	screened	review date	notes/comments
846675	BALDOSE, DANIEL,E	58	M	y	y			g	g	x			4/24/04	wgt loss/exercise
542915	BAYWATCH, SUSAN	84	F	y	y	g	g	g	y		x		4/2/04	CVA/Kula hosp SNF
334991	BECKER, BORIS,B	76	F	y	y			g	g	x			4/2/04	md only
93203	BERADO, ALVIN,E	51	M	y	y	Y			y	y	x		4/19/04	phone, ? Failed acei/statin
9262046	BERNDAY, WILLIAM	60	M		Y							x		
9419440	BOWIE, JIM,A	56	M	y	Y				Y	g				group
2023008	CABERNAY, FELICIA	77	F	Y	Y	Y	Y	Y	Y			x		
522481	CALAMARY, DIAN,P	62	F	y	y				y	y	x		4/27/04	wgt loss/exercise
903815	CAMBRANA, BETTY,J	65	F		Y				Y			x		CVA/Kula hosp SNF
9362864	CANOPIY, KAREN,A	27	F		Y									md only
521305	MILLISA	41	F		Y			Y	Y					phone, ? Failed acei/statin
9342685	DELIMA, WARD,J	69	M		Y				Y			x		
9366973	DIEGO, SANTO	53	F		Y				Y			x		group
651306	DOMINOS, PIZZA	53	F	y	y				Y	y	x		4/2/04	ntbs
9257840	DOMINIQUE, PEGGY,J	46	F		Y				Y			x		
330643	ELIZABETH, QUEEN	82	F	y	y				y	y	x		4/2/04	phone
523266	ENDOCRAN, ALICIA	84	F	p	Y				Y			x	4/5/04	hale makua

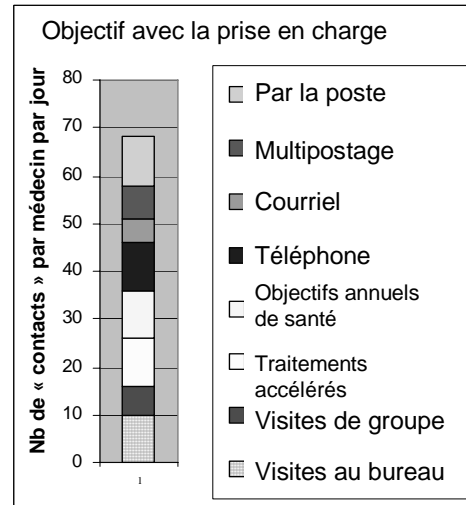
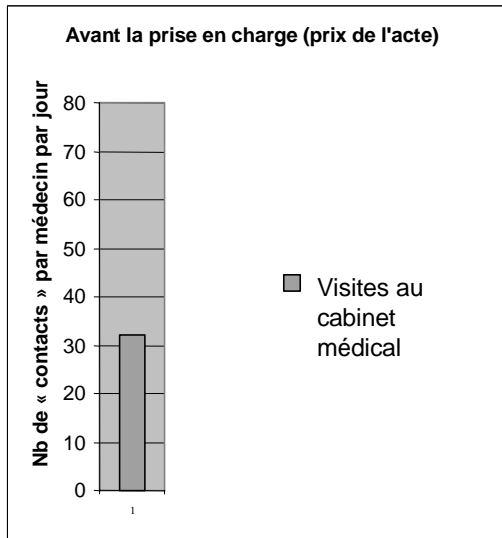
(Remarque : les noms et les numéros de dossiers sont fictifs)

Dr G. Livaudais, Maui Lani Clinic, Hawaii,  
Gerard.F.Livaudais @KP.ORG

16

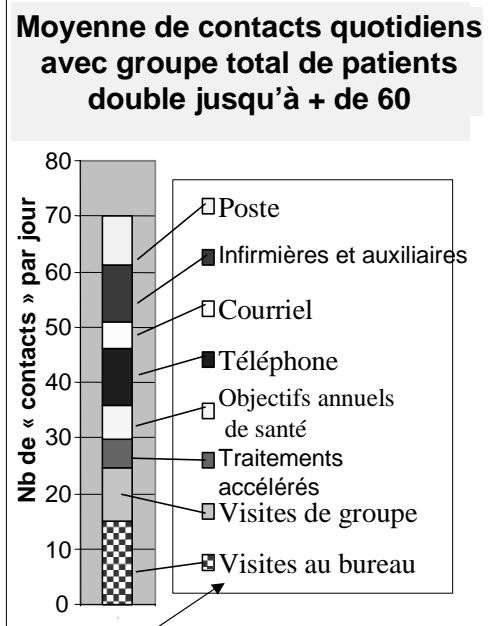
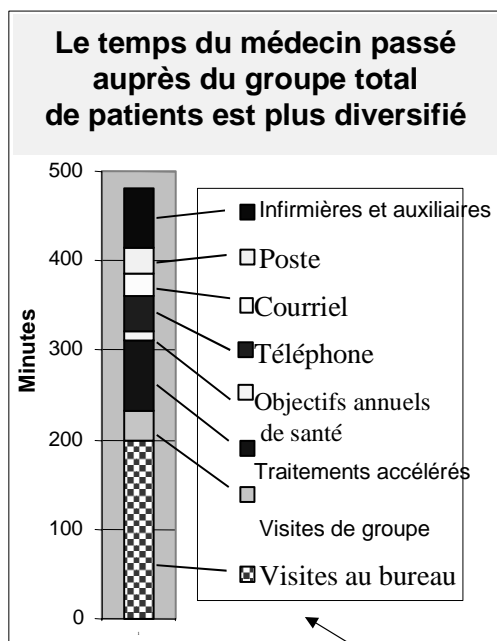
## Médecins de 1re ligne et gestion de leur groupe de patients

Chaque système est conçu à la perfection pour produire exactement ce qu'il fournit...



17

## Accès diversifié : durée et actes



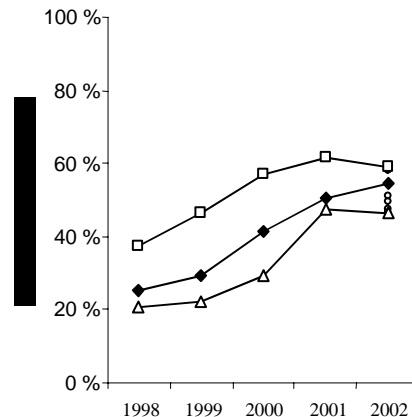
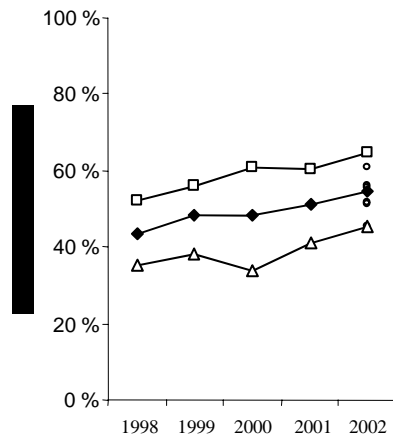
Dr G. Livaudais, Maui Lani Clinic, Hawaii,  
Gerard.F.Livaudais@KP.ORG

18

## La variabilité comme outil d'apprentissage

Bien que la performance s'améliore dans tous les programmes, il y a tout de même une grande variation entre les régions

Contrôle HbA1c connu pour les diabétiques    Contrôle des lipides connu pour les diabétiques

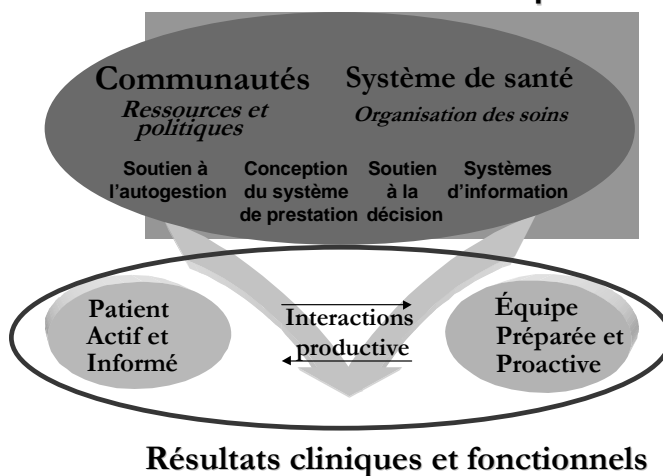


□ Région qui réussit le mieux  
 △ Région qui réussit le moins bien  
 ◆ Moyenne KP

19

## Enquête sur les pratiques opérationnelles bâtie sur le modèle des soins chroniques

### Modèle de soins chroniques



Extrait de *Improving Chronic Illness Care*.  
 Dr Ed Wagner Group Health Cooperative of Puget Sound.

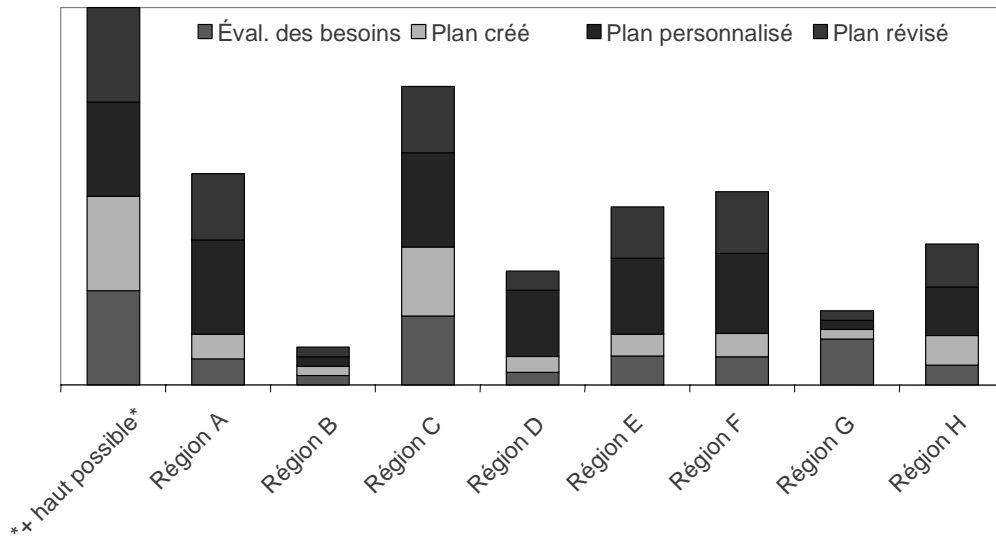
### ■ Quel est l'élément le plus important?

- Leadership
- Responsabilité
- Champions
- Ressources
- Incitatifs financiers
- Rétroaction de l'intervenant
- Évaluation de programme
- Plans d'action de patients
- Éducation du patient
- Formation aux lignes directrices
- Avertissements de l'intervenant
- Transport ambulancier
- Trajectoire de soins définie
- Stratification du risque
- Registre
- Démarchage et suivi (« out-reach »)
- Suivi des membres au centre (« in-reach »)
- Coordination des soins
- Soins centrés sur l'équipe
- Compétence culturelle

20

## La variation des pratiques opérationnelles souligne la variation de la performance

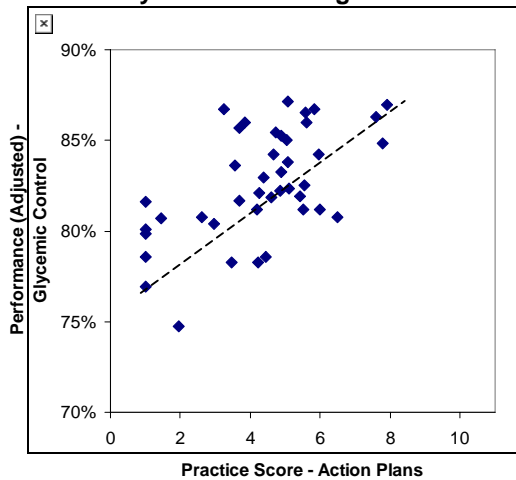
### Implantation régionale des plans d'actions des patients



21

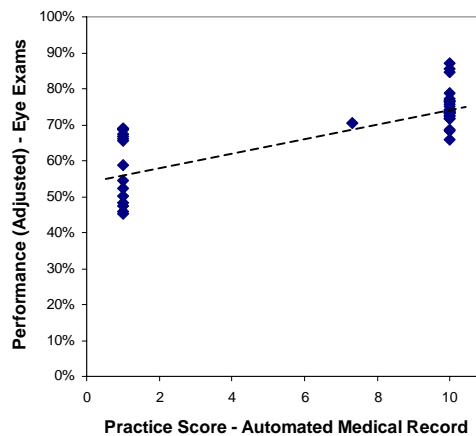
## Associer la performance élevée aux pratiques opérationnelles – exemples

### Glycemic Screening x Action Plans



Les valeurs de performances sont adaptées à toutes les autres pratiques en se basant sur des estimations de modèles

### Eye Exams x AMR



22

## Associer la performance élevée aux pratiques opérationnelles

- Pratiques les plus associées à une performance élevée
  - Plans d'action des patients
  - Incitatifs financiers
  - Dossier médical informatisé
  - Approche et suivi
  - Avertissement de l'intervenant et rappels
  
- Pratiques parfois associées à la performance, mais moins solides ou cohérentes
  - Registre
  - Distribution de lignes directrices et formation
  - Coordination des soins

23

### Asthma Can Be Controlled

If you or your child have asthma, you are not alone. Nearly 20 million Americans also have this condition. Risks of uncontrolled asthma may include asthma attacks, scarring of the airways, Emergency Department visits, hospitalization, and even death. There is no cure for asthma, but it can be controlled in most people.

With proper self-care and the help of your medical team, you can be free of asthma symptoms. Kaiser Permanente wants to help you control your asthma. Using this self-management plan will help you breathe easier so you can live a healthy, active life.

### Asthma Medicines

**"Controller"/"Preventer" Medicines**  
Take *daily* as prescribed for long-term control (see Green Zone).

Examples: QVAR<sup>®</sup>, Advair<sup>®</sup>, cromolyn (Intal<sup>®</sup>), Pulmicort<sup>®</sup>, Tilade<sup>®</sup>, Flovent<sup>®</sup>, Singulair<sup>®</sup>, Accolate<sup>®</sup>, Aerobid<sup>®</sup>, and Azmacort<sup>®</sup>.

Serevent<sup>®</sup> or Foradil<sup>®</sup> may be used as a booster (or add-on) but not alone.

### "Quick-Relief" Medicines

Take for quick relief (see Yellow and Red Zones). Take 5 to 10 minutes before exercise, if needed. Do not overuse — know the "Rule of 2's."

Examples: albuterol (Proventil<sup>®</sup> and Ventolin<sup>®</sup>), Alupent<sup>®</sup>, Maxair<sup>®</sup>, Xopenex<sup>®</sup>, and Atrovent<sup>®</sup>.

### "Burst" Medicines

These medicines may be prescribed for use during a severe asthma attack (see Red Zone). Ask your asthma care professional if a "Burst" medicine is right for you.

Examples: prednisone, Medrol<sup>®</sup>, Predone<sup>®</sup>, Pediapred<sup>®</sup>, and OraPred<sup>®</sup>.

### Green Zone... Go ahead

Your asthma is in good control

#### No Symptoms:

- You can sleep without waking
- You are wheeze-free
- "Quick-Relief" medicines are rarely needed (except for exercise)
- You can participate in most activities without asthma symptoms
- Work or school is not missed
- You rarely, if ever, need emergency care

#### Go ahead...

Take "Controller"/"Preventer" medicine(s) *daily* as prescribed to keep asthma in good control.

Always tell your asthma care professional when you have a severe asthma attack.

If you are thinking of changing or stopping your asthma medicine(s) be sure to talk with your asthma care professional first.

care management | institute  
KAISER PERMANENTE.

### Yellow Zone... Be aware

You are having a mild asthma attack

#### Symptoms may include:

- Some coughing
- Mild wheezing
- Slight chest congestion and/or tightness
- Breathing when resting may be slightly faster than normal
- Peak flow is 50 to 80 percent of your "personal best"

#### Be aware...

- 1 Take "Quick-Relief" medicine every 4 hours as needed to relieve symptoms.
- 2 Double the dose of the inhaled "Controller"/"Preventer" medicine until you no longer need "Quick-Relief" medicine and are back in the Green Zone. Do not double Advair<sup>®</sup>, Serevent<sup>®</sup>, or Foradil<sup>®</sup>.
- 3 If symptoms continue more than 2 days, or if "Quick-Relief" medicine is needed more than every 4 hours, see Red Zone. Call for advice if needed.

### Red Zone... Stop and take action

You are having a severe asthma attack

#### Symptoms may include:

- Constant coughing and/or wheezing
- Difficulty breathing when at rest
- Waking from sleep because of coughing, wheezing, or shortness of breath
- Peak flow level is 50 percent or below your "personal best"

#### Take action...

If you need "Quick-Relief" medicine every 2 to 4 hours and you still have Red Zone symptoms:

- 1 Start "Burst" medicine if prescribed by your asthma care professional. Keep in mind that it may take 4 to 6 hours for "Burst" medicine to work.
- 2 You may take "Quick-Relief" medicine every 20 minutes for up to 1 hour.
 

However, if shortness of breath is causing you difficulty walking or talking, or in the case of a child, there is sucking in between the ribs, widening of the nostrils, or blue lips, go to the nearest Emergency Department or call 911 **now!**
- 3 If you have tried the above steps and there is no relief, you are having a severe asthma attack. Go to the nearest Emergency Department or call 911 **now**, and continue to take "Quick-Relief" medicine as needed.

24

## Control Your Asthma

✓ **Read and fill in your information**  
Fill in "My Asthma Plan," keep it current, and refer to it when needed.

✓ **Avoid triggers**  
Triggers are things that make asthma worse, such as colds, dust, pets, or smoke. Avoid triggers when you can.

✓ **Check your peak flow level**  
If you have a peak flow meter (your early warning tool), check your readings as often as directed by your asthma care professional.

✓ **Know your color zones**  
For good asthma control it is important to know the color zones. Think of a stop light and what each color means.

✓ **Take your medicines as prescribed**  
Know the different kinds of medicines prescribed for you and how and when to take them. Talk to your asthma care professional if you have questions.

## My Asthma Plan



### Asthma Medicines

■ "Controller"/"Preventer" Medicine(s)  
Take *daily* for long-term asthma control

\_\_\_\_\_

■ "Quick-Relief" Medicine

\_\_\_\_\_

■ "Burst" Medicine

\_\_\_\_\_

### Peak Flow Levels

■ "Personal best" \_\_\_\_\_

■ "50 to 80 percent level" \_\_\_\_\_

■ "50 percent level" \_\_\_\_\_

### Contact Information

■ Name of Asthma Care Professional(s):

\_\_\_\_\_

■ Call Center (Appointments/Advice/Messages):

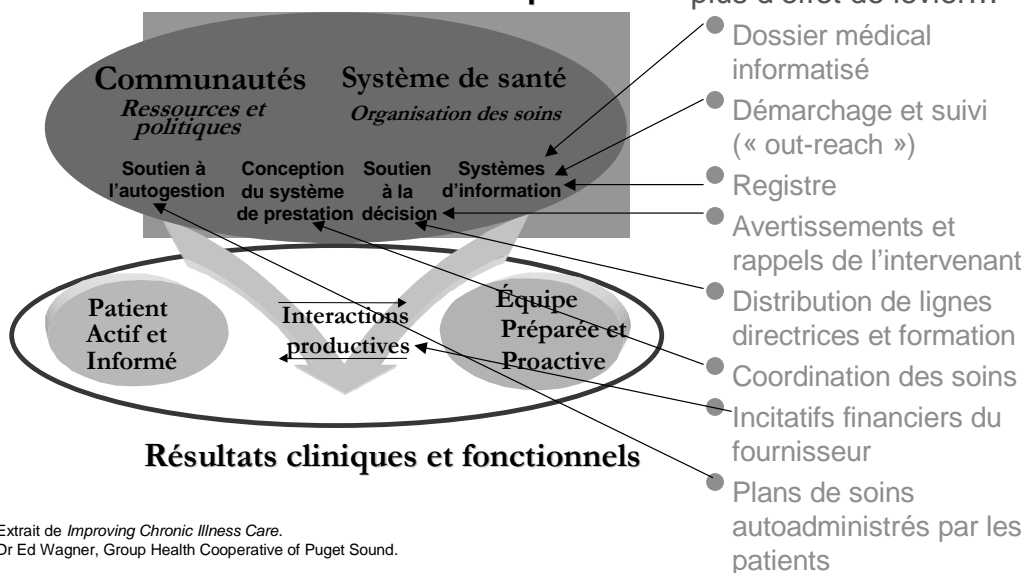
\_\_\_\_\_

■ Health Education Department:

25

## Miser sur le modèle de soins chroniques

### Modèle de soins chroniques



Extrait de *Improving Chronic Illness Care*.  
Dr Ed Wagner, Group Health Cooperative of Puget Sound.

26

## Où cela nous mène-t-il?

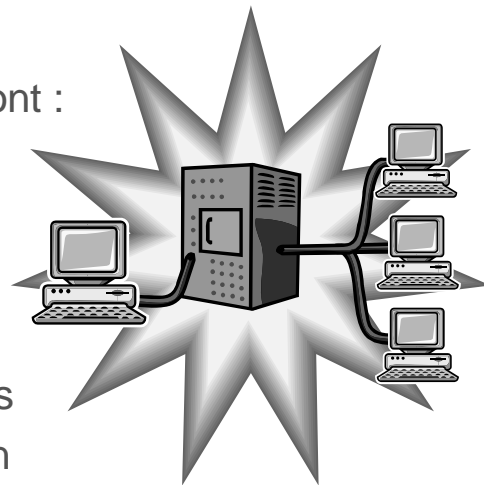


27

## Actuellement, le dossier électronique de santé est conçu pour aider lors de la visite au cabinet du médecin

Les fonctions du dossier électronique de santé (DES) sont :

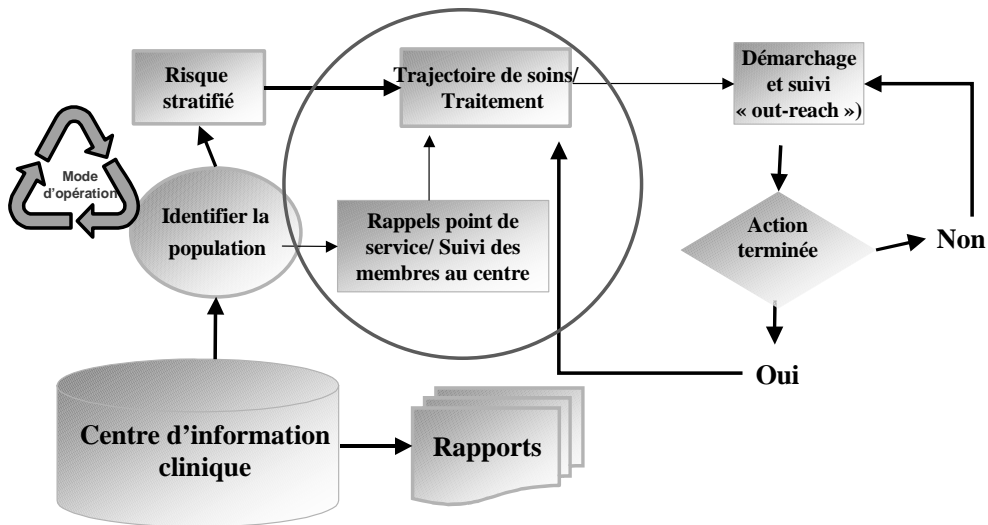
- Accès rapide à l'historique médical
- Rapports de résultats
- Documentation sur les signes vitaux et les notes d'évolution
- Gestion des listes de problèmes



28

## Déroulement des opérations pour les soins à la population

### Fonctions des visites au cabinet médical



29

## Fonctions nécessaires pour appuyer la prise en charge de la population

1. Identification de la population
2. Stratification de la population
3. Suivi des membres
4. Gestion des soins / des cas
5. Suivi des membres au centre (« in-reach »)
6. Démarchage et suivi (« out-reach »)
7. Information fournie par le patient
8. Suivi et rapport

30

## Ce qui manquait dans la gestion des dossiers médicaux électroniques : lacunes dans les exigences

1. Identification de la population
  - Capacité à recueillir et à organiser les données sur le patient à partir de multiples systèmes sources
2. Stratification de la population
  - Capacité à calculer et à mettre à jour le niveau de risque des patients et à l'afficher dans le dossier médical électronique (DES)
  - Logiciel de modelage prédictif
3. Gestion des soins / des cas
  - Capacité à afficher l'état de la gestion des soins du patient dans le DES
  - Capacité à interroger de longues listes de patients afin de déterminer les prochaines étapes du plan de soin

31

## Lacunes dans les exigences

1. **Démarchage et suivi (« out-reach »)**
  - Capacité de gérer des approches à grande échelle dans la langue du patient et dans son mode de communication préféré
2. **Suivi des membres au centre (« in-reach »)**
  - Aucune lacune importante
3. **Suivi des membres**
  - Capacité à suivre à travers l'épisode de soin
4. **Information fournie par les patients**
  - Aucune lacune importante
5. **Suivi et rapport**
  - Capacité à faire des liens entre le rapport et le dossier du patient
  - Capacité à produire des rapports *ad hoc*

32

## Gestion des maladies et modèle de soins chroniques : faire soi-même ou acheter

COMMENTARY

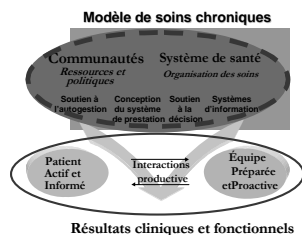
JAMA 293(4): 485-488. 2005

### Disease Management and the Organization of Physician Practice

Lawrence P. Casalino, MD, PhD

**T**HERE IS A LARGE GAP BETWEEN WHAT PHYSICIANS DO for patients with chronic diseases and what should be done. Most physicians lack the time, information technology, and financial incentives to develop organized processes to systematically improve the quality of care.

When a potential problem such as rapid weight gain is identified, the case manager calls the patient to inquire about symptoms, diet, and medications and transmits the information to the patient's physician, usually via fax, and then follows up with the patient after an appropriate time interval. Disease management companies also notify physicians, and in some cases patients, of apparent deviations from evidence-based care.

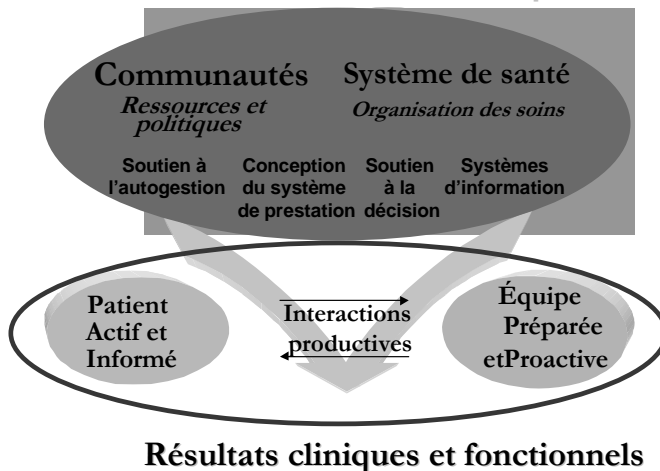


- Qu'avez-vous besoin de construire ou d'obtenir chez un partenaire pour créer et maintenir la cohérence nécessaires à des soins chroniques optimaux dans votre environnement?

33

## Puier dans le modèle des soins chroniques

### Modèle de soins chroniques



- Structure
  - (Les parties)
- Fonction
  - Intégration
  - Ententes
  - Cohérence
- Résultats
  - **Santé**

Extrait de Improving Chronic Illness Care  
Ed Wagner, MD, Group Health Cooperative of Puget Sound.

34



# période de questions

Gestion des soins – Faciliter les bonnes actions  
Un modèle de gestion de la santé basé  
sur la population

**Par Dr Paul J. Wallace**  
Directeur général  
Care Management Institute

# No 1

## **Objet de la question : L'intégration des équipes multidisciplinaires au Québec.**

Au Québec, les médecins sont payés à l'acte et non pas pour les interventions des autres professionnels avec le même patient. Dans une équipe intégrée telle que vous nous la présentez, le médecin doit participer aux rencontres avec ces professionnels, en plus d'être la personne responsable de l'équipe. Ainsi, de quelle façon est-il possible de rémunérer le médecin?

### **Réponse**

Chez Kaiser Permanente (KP), les médecins sont salariés et il y a des subventions qui complètent le salaire. Est-ce vraiment différent des revenus que toucherait un médecin si ses services étaient complétés par une ressource additionnelle financée par le système de santé? Il faut trouver un mécanisme de rémunération, pas forcément pour un contact direct avec le patient, mais pour le lien que le médecin a avec le patient dont il a la responsabilité. Il y a une panoplie de solutions. Il faut payer pour l'étendue des services et tout le monde ne doit pas être payé de la même façon : il peut s'agir d'un salaire ou d'un paiement à l'acte.

Chez KP, il y a des gestionnaires de soins qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins dans l'équipe multidisciplinaire. Ils reçoivent des directives de la part des médecins. Le médecin fait un rapport des besoins du patient et d'autres interviennent dans le suivi du patient et s'assurent que les choses se font. Il faut trouver l'équilibre entre les rôles différents des intervenants. Les médecins doivent faire les choses qui leur reviennent. La tâche d'appeler un patient pour une prise de sang n'en fait pas partie.

# No 2

## **Objet de la question : Les équipes multidisciplinaires**

L'approche de l'équipe multidisciplinaire est-elle meilleure pour prévenir la prise de poids? Y a-t-il des preuves de la réussite de cette approche? Quand vous dites que vous offrez de meilleurs soins à votre communauté, je me demande si votre population est une communauté qui travaille. Si oui, la prévention coûte moins cher que pour une population vieillissante. Est-ce qu'au niveau régional votre population n'est pas différente de la nôtre?

### **Réponse**

Environ 25 % de nos patients sont âgés de 65 ans et plus, ce qui représente la situation démographique américaine générale. Aussi, 45 % des personnes qu'on dessert sont âgées de 18 à 65 ans. On ne peut donc pas dire que c'est efficace à cause de la sélection des patients.

## No 3

### **Objet de la question : Les équipes multidisciplinaires**

On ne parle pas assez des analyses économiques de la prévention secondaire et on mélange la qualité des soins et les économies. Parfois, les meilleurs soins, les équipes multidisciplinaires, les soins de prévention et les interventions sociales coûtent plus cher, mais offrent de meilleurs résultats. Il semble qu'on ne s'attaque pas véritablement à ces questions. Avez-vous des commentaires?

### **Réponse**

Lorsqu'on parle de la qualité, il y a trois attributs : la sous-utilisation, les abus et la surutilisation. La sous-utilisation est quelque chose qui serait bénéfique. La surutilisation existe pour beaucoup de choses, par exemple la chirurgie du dos et celle de la prostate aux États-Unis. Entre la sécurité des patients et les coûts du système, il faut trouver un équilibre. Les coûts font partie de la valeur, mais il n'y a pas que ça qui doit peser dans la balance.

## No 4

### **Objet de la question : Relations médecins-patients**

À titre de médecins de famille, on s'intéresse aux liens avec les patients et on appuie les équipes multidisciplinaires. Notre inquiétude est que l'accès aux médecins de famille soit limité pour les patients. Ceux-ci veulent discuter avec les médecins des résultats de laboratoire. Il y a des rumeurs qui courent au sujet de certaines pratiques aux États-Unis. Le système y limite-t-il l'accès aux médecins? Je pense que ça affaiblit le lien médecin-patient, sans être contre ces équipes multidisciplinaires.

### **Réponse**

Il faut conserver ce lien et optimiser le rôle des deux interlocuteurs. Ce que j'aimerais mesurer et prévenir, c'est la durée de la rencontre préliminaire. Il faut reconnaître que certaines interventions peuvent se faire autrement, pas toujours en face à face, pour le bénéfice du patient et du médecin. Il faut trouver un équilibre. Il faudrait décharger le médecin de tout ce qui est possible en fonction de ses préférences et de celles du patient. Ainsi, lorsque les deux parties veulent vraiment se parler, ils en ont le temps. On reconnaît que pour un patient qui a seulement besoin d'information, ça peut se faire au téléphone ou par Internet. On ne minimise pas les visites en face à face, mais on doit se rappeler qu'il y a un certain temps, dans les banques, on pensait qu'on ne pouvait retirer d'argent si on ne parlait pas à une caissière... En ce qui concerne les maladies chroniques, c'est surtout un échange d'informations. C'est le patient qui a le manuel. Mais on veut qu'il l'utilise de façon avisée. Lorsqu'on devient un conseiller, c'est bien. Nous ne sommes pas encore là, mais c'est un défi emballant pour les prochaines années.

## No 5

### **Objet de la question : Gestion des connaissances médicales**

Comment KP gère-t-elle les connaissances médicales, quel est le capital intellectuel investi et comment est-il soutenu? KP est-elle une organisation d'apprentissages et d'éducation, et si oui, comment cela est-il mis en oeuvre? Par exemple, y a-t-il un agent d'information?

#### **Réponse**

On doit s'assurer que tout le monde travaille à partir des mêmes protocoles, c'est une médecine fondée sur des résultats probants. Ça prend de 10 à 20 ans pour que les nouveaux apprentissages se rendent aux patients et aux praticiens. Une fois la meilleure pratique identifiée, on doit diffuser ces connaissances pour qu'elles soient utilisées. Chez KP, il y a un réseau de partage d'informations. Nous nous sommes aperçus qu'il s'agit d'un cycle. En opposition à la médecine basée sur les résultats probants, qui a un début et une fin, il s'agit davantage de cycles d'apprentissage et de formation, où on prend la connaissance et on la transmet aux soins et ensuite ces soins sont reflétés dans les connaissances. Ce qui est important pour une organisation, c'est la rapidité du cycle et combien de cycles peuvent se répéter en même temps. C'est un design différent au sein duquel les technologies de l'information sont très importantes pour éviter de perdre les données. Dans le système de santé, le volume de données perdues est énorme. On ne peut pas voir un patient sans posséder toutes les données. Il faut arrêter de trouver des prétextes pour expliquer au patient pourquoi on n'a pas l'information nécessaire le concernant. À partir du moment où on arrêtera de perdre les données, on pourra les utiliser pour le transfert des connaissances dans les soins et vice-versa.

## No 6

### **Objet de la question : Recrutement des médecins**

Comment recrutez-vous tous ces médecins chez KP?

#### **Réponse**

Ça fait plus de soixante ans que KP existe, mais il y a quarante ans, le recrutement était très difficile. Dans les années 1950, la médecine socialisée était vue comme une médecine socialiste ou communiste, ce qui rendait les conditions particulièrement ardues. Ce sont donc des visionnaires entêtés qui ont fondé KP. Pour avoir 12 000 médecins en Californie, un candidat est accepté pour dix qui se présentent. Des médecins quittent la pratique privée payée à l'acte. Ils veulent contourner le système traditionnel et s'occuper davantage du patient comme chez KP. Ce sont les médecins qui décident si quelque chose est bien ou non. C'est comme ça qu'on arrive à recruter.

## No 7

### **Objet de la question : La pyramide des patients**

L'élément clé de votre discours est d'empêcher les patients du bas de la pyramide de monter en haut, où il y a les malades chroniques. Au Québec, on s'occupe bien du haut et du milieu de la pyramide, mais pour la base, nous n'avons pas assez de main-d'œuvre et nous n'avons pas de stratégie de soins par équipe. Des médecins se plaignent qu'ils ne sont pas assez payés, qu'ils n'ont pas suffisamment de temps. Comment faire pour empêcher ces personnes de grimper dans le haut de la pyramide?

#### **Réponse**

Une partie importante est de travailler avec les gens dans le temps. Les interventions à la base sont très différentes de celles qui visent les malades chroniques. On fait davantage des choses persistantes plutôt qu'intenses. On applique une stratégie dans le temps et de façon cohérente plutôt que de s'attarder sur une personne en particulier. Par exemple, on demande à chaque visite d'un patient s'il pense arrêter de fumer. C'est peut-être après la vingtième demande qu'il arrêtera, mais nous serons prêts à l'accueillir et le supporter. On peut changer la façon dont les gens pensent. Par exemple, il y a des manuels d'autogestion des soins, une présence d'aliments sains dans les cafétérias des hôpitaux, des podomètres pour les employés et membres de KP, etc. Ce sont donc les petits gestes qui comptent.

## No 8

### **Objet de la question : Ratio médecins-patients**

Quels sont les ratios médecins-patients chez KP

#### **Réponse**

Je ne connais pas les chiffres par cœur. On abordera la question plus tard.

#### **Réponse de David Levine**

Cette question est très intéressante. À Montréal, nous avons plus de médecins pour notre population que KP pour ses membres et on dit qu'il manque des médecins à Montréal. Il faudra regarder cette question de plus près.



# La prestation des soins de santé chez Kaiser Permanente

Par M. Guy Chicoine  
Directeur des opérations  
Care Management Institute



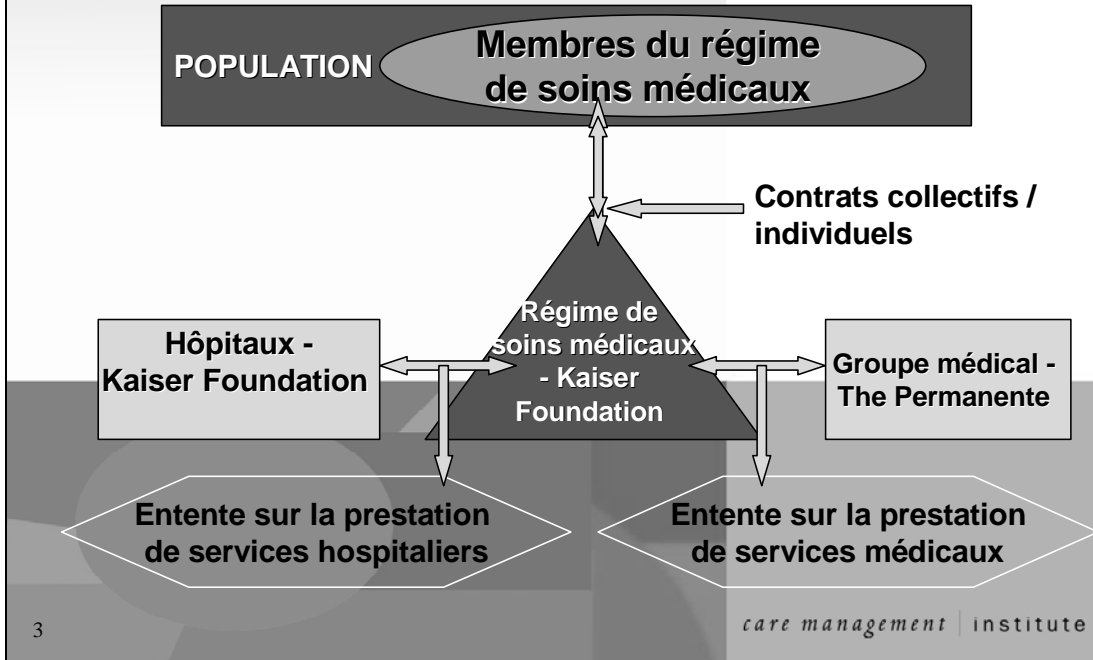
# La prestation des soins de santé chez Kaiser Permanente

Guy Chicoine  
Directeur des opérations  
Care Management Institute

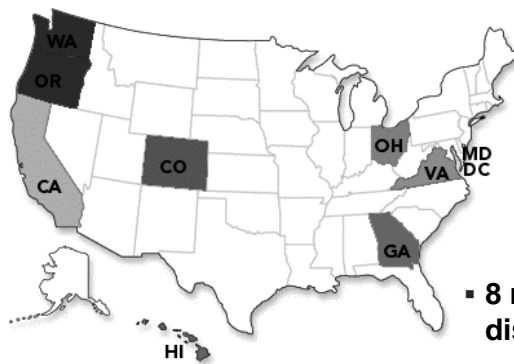
## Kaiser Permanente

- **Programme de soins médicaux dans la communauté qui offre à ses membres une gamme complète de soins médicaux, chirurgicaux, hospitaliers et ambulatoires de même que des services pharmaceutiques**
- **Structure intégrée de financement et de prestation des soins**
- **Trois organisations distinctes (régime de soins médicaux, hôpitaux, groupe médical) liées par le partenariat et des relations contractuelles mutuellement exclusives**
- **Programme de base (*Kaiser Classic*) unique sur presque tous les marchés où nous sommes présents; différent du reste du «système» de soins de santé aux États-Unis**
- **Marché concurrentiel pour les membres, les médecins et les employés; concurrence en fonction de la *performance* sur les plans de la qualité, de l'efficacité, de la satisfaction des patients et de la qualité de la vie professionnelle**

## Structure (mise en place en 1955)



## Le plus important programme de soins médicaux sans but lucratif en Amérique du Nord



- Système intégré de soins de santé
- 8,3 millions de membres
- Plus de 12 000 médecins
- 134 000 employés
- 8 régions servant 9 États ainsi que le district fédéral de Columbia

- 30 hôpitaux et centres médicaux
- 431 cabinets de médecin
- 450 000 chirurgies
- 85 000 accouchements
- Revenus de 30 milliards de dollars par année

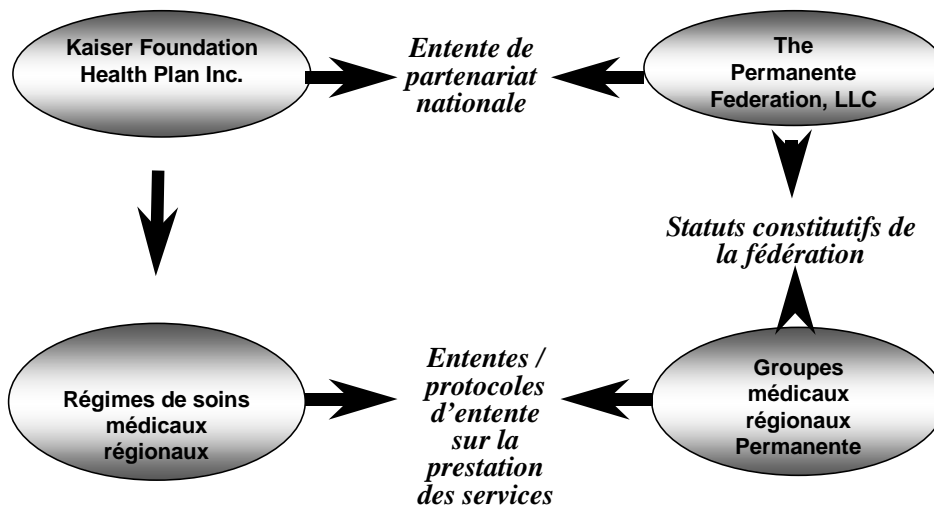
## Mission et aspiration

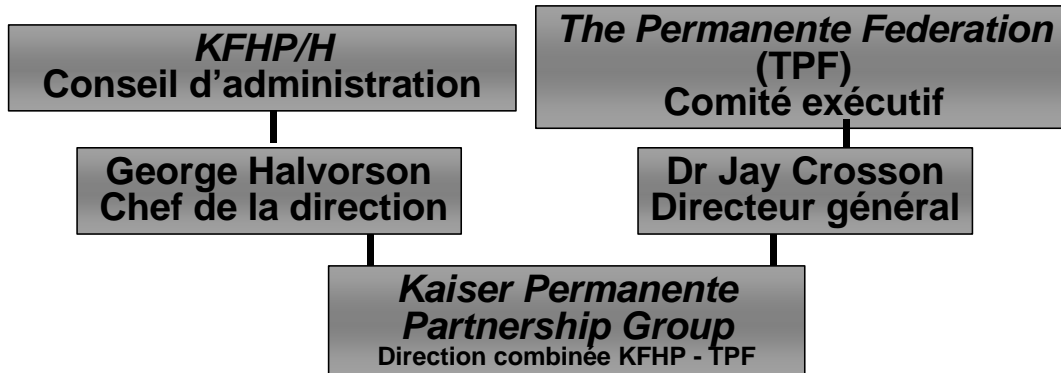
Offrir des services de santé *de qualité à prix abordables* à nos membres et nos patients, améliorer la santé de nos membres et améliorer l'*état de santé des communautés que nous servons*.

Nous aspirons à être le chef de file mondial en matière d'amélioration de la santé en fournissant des services de santé de qualité entièrement intégrés et à prix abordables.

Nous nous distinguerons par la force de notre engagement social, par la *responsabilité du médecin dans la prise de décisions cliniques* et par les liens de partenariat durables entre notre régime de soins médicaux, nos groupes médicaux et nos partenaires syndicaux.

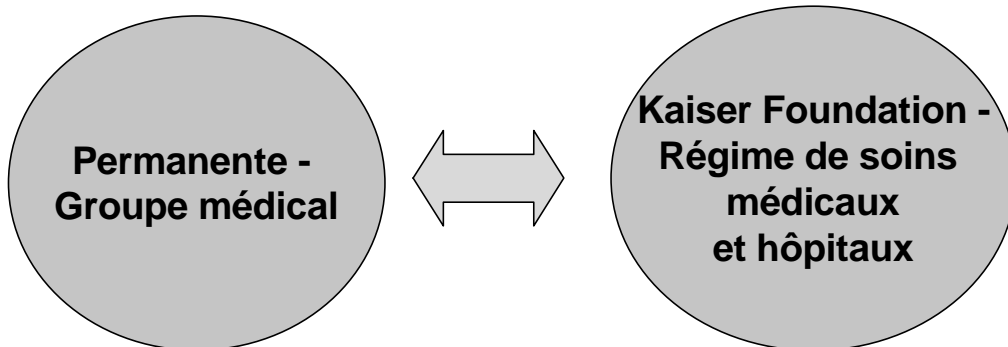
## Partenariats de KP





### ***Kaiser Permanente Partnership Group (KPPG)***

- Direction composée de l'équipe de direction nationale de KFHP/H et du comité exécutif de *The Permanente Federation*
- Définit les structures et les processus de gouvernance et de surveillance de la stratégie nationale
- Élabore les politiques nationales communes sur les questions de réglementation et les questions juridiques et gouvernementales
- Élabore la stratégie nationale en matière de croissance, d'objectifs, d'investissements, d'affectation des capitaux et de différenciation commerciale (stratégie de la marque)



- **Vision commune**
- **Exclusivité**
- **Gouverne et prise de décisions conjointes**

9

Finalité sociale / vocation sans but lucratif

Responsabilité partagée pour la réussite du programme

- ◆ Propriété conjointe des médecins et des cadres et gestionnaires du régime de soins médicaux
- ◆ Exclusivité mutuelle
- ◆ Incitatifs cohérents
- ◆ Prépaiement au régime; capitation au groupe médical pour les services professionnels; salariat des médecins et des employés

Intégration à dimensions multiples

- ◆ Financement et soins médicaux
- ◆ Sur tout le continuum des soins
- ◆ Intégration dans le temps (conception qui y voit un investissement plutôt qu'un « ratio de pertes médicales »)

Accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie depuis le début

Prépaiement au lieu du paiement à l'acte, d'où la possibilité d'investir et de réinvestir

10

Engagement dès le départ à assurer une couverture complète

- ◆ Minimiser les obstacles qui empêchent de donner les bons soins au bon patient au bon moment

Groupe médical *Permanente* indépendant, autoadministré, auto-géré dans chaque région dans le cadre d'un partenariat d'égal à égal avec le régime de soins médicaux de la région

- Autogestion
- Autogouvernance
- Responsabilité collective
- Qualité des services cliniques
- Relation médecin-patient
- Gestion responsable des ressources

### ➤ Autogestion:

- ◆ Les médecins gèrent tous les aspects des activités du groupe médical; ils président à la prise de toutes les décisions de nature clinique et décident de l'organisation et du fonctionnement du système de prestation des soins.
- ◆ Le chef de direction, les médecins-chefs et les médecins-chefs de département embauchent et encadrent.
- ◆ Beaucoup de médecins ont des fonctions et des titres d'administrateur ou de gestionnaire.
- ◆ « Chaque médecin est un leader »; le recrutement se fait en fonction du leadership.
- ◆ Cogestion et partenariat avec les cadres du groupe régime de soins médicaux pour la prise des décisions opérationnelles et commerciales.

### ➤ Autogouvernance:

- ◆ Société de services professionnels
- ◆ Conseil d'administration interne formé moitié-moitié de gestionnaires de haut niveau et de représentants désignés par les pairs; représentation géographique
- ◆ Processus d'approbation des nominations des dirigeants : choix du chef de la direction effectué par le conseil d'administration et entériné par tous les actionnaires; nominations des médecins-chefs par le chef de la direction entérinées par les actionnaires locaux
- ◆ Processus d'accession à l'actionnariat sur une période de trois ans
  - Droit de vote à 2 ans et à 3 ans
  - Engagement financier
  - Participation à la propriété de l'entreprise
- ◆ Processus représentatif de prise de décisions : le médecin a le droit et la responsabilité de contribuer aux décisions collectives

### ➤ Responsabilité collective

- ◆ Culture de la responsabilité partagée pour la qualité et le coût des soins de santé - gérance
- ◆ Culture de la responsabilité entre pairs
- ◆ Culture de la double responsabilité, envers chaque patient et envers l'ensemble des membres
- ◆ Responsabilité collective comme source d'autonomie individuelle
- ◆ Accent mis sur la sensibilisation et l'information plutôt que sur des règles
- ◆ Échanges d'informations et d'appréciations entre pairs
- ◆ Transparence – partage des données nominatives pertinentes sur la performance des pairs
- ◆ Investissement dans l'enseignement clinique, la formation en communication entre médecins et patients, la formation en gestion et le développement des aptitudes au leadership
- ◆ Culture de l'apprentissage continu de l'art et de la science de la médecine et de la gestion d'un système de prestation de soins de qualité

### ➤ Science : la recherche de la « solution appropriée »

- ◆ Recherche épidémiologique
- ◆ Analyses systématiques des données
- ◆ Élaboration de lignes directrices en matière de pratiques cliniques fondées sur des données probantes
- ◆ Conception et mise au point de programmes de gestion des soins en fonction de certaines priorités cliniques (asthme, diabète...) et de certaines populations (personnes âgées à la santé fragile...)
- ◆ Quantification des résultats et mise en évidence des pratiques efficaces

## Tout mettre en oeuvre pour appliquer la solution appropriée

- Incitatifs cohérents
  - ◆ Régime de soins médicaux, hôpitaux, groupe médical
  - ◆ Destin commun, exclusivité mutuelle
  - ◆ Partenariat entre parties égales
  - ◆ Médecins de première ligne et spécialistes : partage des locaux et de la responsabilité pour les patients et les problèmes cliniques; facilitation des envois en consultation (*e-Consult*)
  - ◆ Soins hospitaliers donnés par des « hospitalistes »
- Incitatifs équilibrés
  - ◆ Aucun incitatif lié à la « production »
  - ◆ Aucune récompense et aucun incitatif ou avantage personnel pour la sous-utilisation des ressources
  - ◆ Prépaiement / capitation au groupe médical; médecins salariés
  - ◆ Incitatifs liés à la qualité des résultats et à la satisfaction des patients
  - ◆ Performance : qualité, service, charge de travail, contribution au groupe

## Pratiques chez Permanente

- Relations entre médecins et patients
  - ❖ On encourage chaque membre à avoir un médecin de première ligne.
  - ❖ Les membres choisissent eux-mêmes leur médecin de première ligne.
  - ❖ Chaque fournisseur de soins primaires doit répondre aux besoins des membres susceptibles de faire appel à ses services.
  - ❖ La personnalisation des soins est une priorité du groupe médical pour les médecins de première ligne et les médecins spécialistes.
  - ❖ Nous faisons appel à la technologie pour optimiser les rapports entre les membres et leurs médecins.

- Gestion responsable des ressources
  - ❖ Médecine fondée sur des données probantes
    - Assurer la qualité des services cliniques reçus par les patients
  - ❖ Culture du groupe médical *Permanente*
    - Appliquer la « solution appropriée »
    - Soutien et encadrement par les pairs
  - ❖ Dépenser prudemment l'argent des membres du régime de soins médicaux KP
    - Faire en sorte que nos décisions profitent à nos membres

- Offrir des services cliniques dont la qualité inégalée sur le marché nous distingue de nos concurrents.
- Traiter nos membres et nous traiter les uns les autres comme nous voudrions qu'on traite nos parents et amis.
- Établir une relation entre chaque membre et un médecin personnel de son choix en qui il ou elle a confiance.
- Assurer un accès en temps opportun aux soins urgents, aux soins primaires courants et aux consultations avec les spécialistes.
- Recruter et conserver d'excellents médecins, infirmières et autres membres du personnel en devenant l'employeur de choix dans le domaine de la santé.
- Faire en sorte que nos systèmes d'information exploitent pleinement les possibilités offertes par notre intégration.
- Gérer nos ressources avec efficacité afin de maintenir notre stabilité financière et de générer les capitaux dont nous avons besoin pour investir dans nos installations, nos équipements et notre technologie.

### Kaiser Permanente

- Processus dirigé par le médecin
- Approche fondée sur la collaboration
- Examen proactif, interne et concerté de l'utilisation des soins
- Partage des systèmes de gestion des connaissances
- Répertoire de données cliniques
- Capacité de reconnaître et de transférer les pratiques exemplaires
- La qualité détermine le coût
- Modèle d'investissement

### Ailleurs

- Processus dirigé par l'assureur
- Relations conflictuelles
- Barrières posées par les autorisations préalables, examen après coup de l'utilisation des soins
- Aucun moyen direct de mettre les connaissances en commun
- Processus basé sur les demandes d'indemnisation
- Aucun moyen de réduire les variations inexplicables
- Le coût détermine la qualité
- Modèle du ratio de pertes médicales

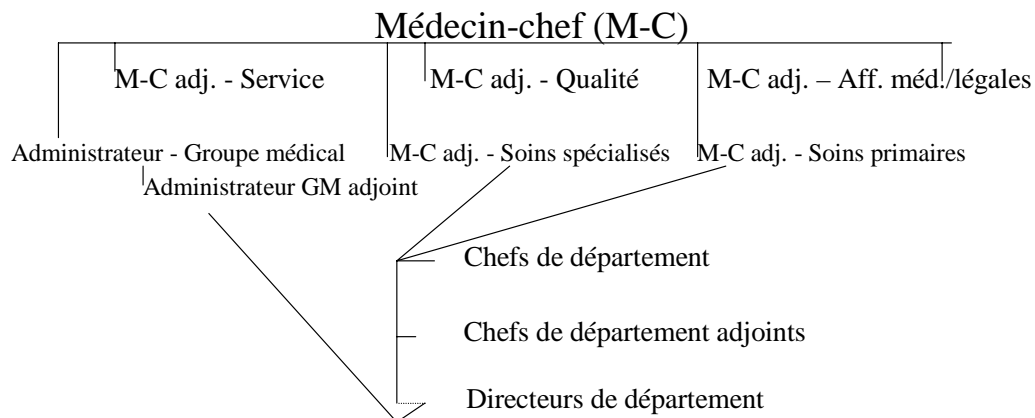
- Hôpitaux – relèvent du régime de soins médicaux *Kaiser Foundation* (KFH) en étroite collaboration avec le groupe médical (radiologie, laboratoires et urgences relèvent des Groupes médicaux Permanente); KFH assure aussi le contrôle des services pharmaceutiques (aux malades hospitalisés et externes).
- Grandes cliniques externes appuyées par plusieurs cliniques satellites :
  - Cliniques externes : soins primaires (médecine interne, médecine familiale, pédiatrie, obstétrique / gynécologie), allergologie, cardiologie, dermatologie, ophtalmologie, gastro-entérologie, chirurgie cervico-faciale, neurologie, médecine du travail, oncologie, orthopédie, pathologie, physiothérapie, podologie, psychiatrie, pneumologie, chirurgie générale, urologie.
  - Cliniques satellites : soins primaires, dermatologie, laboratoires, radiologie (mammographies, radiographies), services pharmaceutiques.

## Un centre médical typique (quelques faits)

- Comprend un hôpital de 250 à 300 lits
- Couvre de 250 000 à 275 000 membres
- Trois cliniques satellites (servant de 20 000 à 30 000 membres chacune)
- Environ 500 médecins
- Répartition égale entre les soins primaires et les soins spécialisés (50 % / 50 %)
- 3000 à 4000 accouchements
- Centres d'excellence

23

## Un centre médical typique (structure)



- Réunion générale mensuelle
- Réunions de département mensuelles

24

### Structure du module « Médecine interne / médecine familiale »

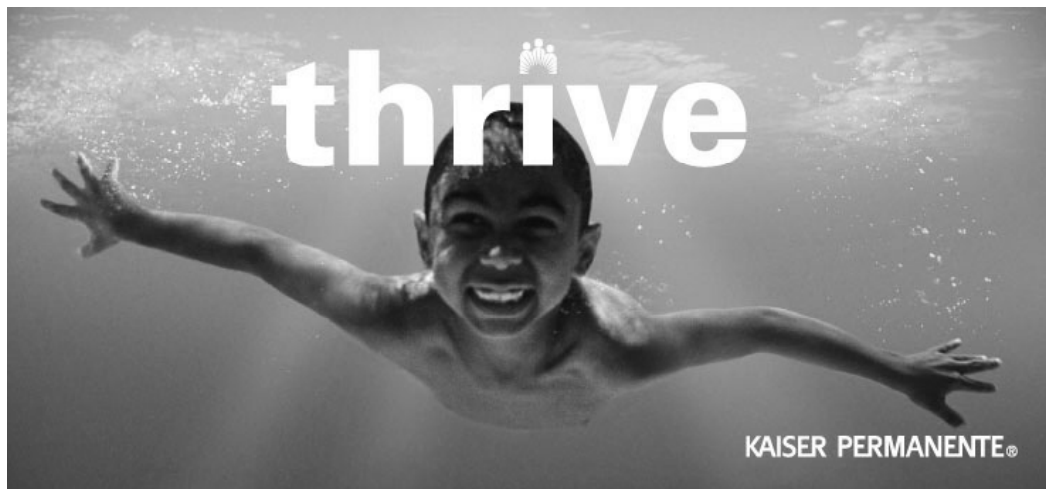
- chef de module (médecin)
  - chef de module non médecin
  - 6 à 7 médecins
  - 1 infirmière praticienne
  - 7 à 8 adjoints médicaux
  - 1 infirmière auxiliaire
  - 0,5 infirmière autorisée (centralisation des rendez-vous et des conseils)
  - 1 thérapeute comportementaliste
  - 1 éducateur sanitaire
- 
- Taille moyenne de la sélection de médecins disponibles : 2600
  - Réunion mensuelle de tous les membres du module
  - Séances de FMC pour médecins et infirmières autorisées

### Étapes :

- Appel téléphonique au centre d'appels
- Prise de rendez-vous
- Visite chez le médecin
- Tests de laboratoire
- Envoi en consultation chez le gestionnaire des soins ou l'éducateur sanitaire
- Inscription au registre
- Rapports périodiques au médecin

« Si vous êtes bon dans ce que vous faites, vous allez avoir beaucoup de concurrents, et cela va vous aider dans votre travail. Les autres vont inévitablement vous imiter. Votre tâche doit donc être de veiller à ce que votre modèle soit le meilleur modèle de tout le pays et qu'il reste digne d'être imité. »

Propos tenus par Henry Kaiser au Dr Sidney Garfield devant le barrage Grand Coulee en 1938



# période de questions

La prestation des soins de santé  
chez Kaiser Permanente

**Par M. Guy Chicoine**  
Directeur des opérations  
Care Management Institute

# No 1

## **Objet de la question : Inscription au registre**

Quelle est l'importance du registre?

### **Réponse**

La clé, ce sont les systèmes informatiques dont font partie les registres. Pour les maladies chroniques, on a le nom du patient, ses derniers résultats de labo, etc. L'intérêt est d'avoir un endroit pour consulter pour que le patient reçoive les soins appropriés d'un point de vue de médecine fondée sur des résultats probants. Ça fonctionne très bien pour les administrateurs, les gestionnaires de soins et les médecins. Le médecin consulte le dossier des patients et prend des décisions, comme par exemple le besoin d'un rendez-vous avec un éducateur. Le médecin doit avoir du temps à consacrer à cette étude des registres.

# No 2

## **Objet de la question : Série de questions**

Combien de patients un médecin de KP voit-il par jour en médecine générale?

**Réponse :** 22 à 25.

Combien d'heures par jour?

**Réponse :** 7 h 30 environ.

Combien de jours/semaine?

**Réponse :** Ça dépend des régions, mais un équivalent temps plein c'est environ 5 jours par semaine, 8 h par jour. Il y a de plus, des heures supplémentaires non payées.

Combien de jours de congé les médecins ont-ils?

**Réponse :** Ça dépend de l'ancienneté du médecin. Par exemple, entre 5 et 10 ans de pratique, ce sont 5 semaines de congé et 1 semaine pour de la formation.

Combien y a-t-il de patients par médecin?

**Réponse :** Il n'y a rien de magique. Les régions sont différentes. C'est 26 000 patients pour un médecin à temps plein avec son personnel. Mais il y a beaucoup de médecins à temps partiel, surtout chez les femmes.

Quel est le ratio de médecins au personnel de soutien, professionnel ou non?

**Réponse :** Il y a 12 000 médecins et environ 150 000 employés.

Quel est l'accès des patients aux spécialistes?

**Réponse :** Un de nos associés offre l'accès direct à tous les spécialistes. Et ailleurs, c'est un accès à certains spécialistes comme les dermatologues, les allergologues. Ça dépend des centres.

Quel est le temps d'attente pour le remplacement d'une articulation?

**Réponse :** Je ne sais pas, mais c'est très court.

## No 3

### **Objet de la question : Technologie de la santé**

Comment cette approche vers les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments se traduit-elle auprès des patients et des médecins?

#### **Réponse**

Si le médecin a une bonne relation avec le patient, celui-ci l'écouterà en retour et le médecin pourra lui expliquer pourquoi tel médicament est préférable pour lui et le patient sera plus réceptif.

Il faut que la nouveauté (produits pharmaceutiques et technologies cliniques) ajoute une valeur à la pratique et ce sont les médecins qui en décident. Il y a dans chaque région un comité thérapeutique, composé de spécialistes des médicaments et de médecins, qui fait des recommandations au groupe médical.

## No 4

### **Objet de la question : Prise en charge de la population**

Chez KP, quels sont les critères de la prise en charge de la maladie chronique, par exemple le temps d'attente? Utilisez-vous la capacité diagnostique d'un médecin, qui était la vieille méthode d'évaluation des bonnes pratiques? Avez-vous d'autres mesures pour les bonnes pratiques?

#### **Réponse**

On évalue davantage autour des mesures cliniques. Dans le cas du diabète, par exemple, la mesure est le taux de cholestérol, le taux d'hémoglobines, etc. On examine les différentes régions et leurs mesures. S'il y a un outil plus efficace de contrôle dans une région, on ira voir ce qu'elle a adopté comme bonnes pratiques. On regardera son plan et ses pratiques particulières pour avoir de meilleurs résultats partout. On n'utilise pas la capacité de diagnostic rapide, mais plutôt la personne qui peut réagir rapidement une fois le diagnostic posé.

Généralement, c'est le chef des services qui se concentre sur le bon diagnostic et les soins qui suivent. Ce n'est donc pas au niveau national, mais dans les cliniques.

## No 5

### **Objet de la question : Le droit des patients**

Vous liez tous vos membres à un médecin de soins primaires et vous promettez d'offrir des services de différents types : d'urgence, de routine et spécialisés. Ensuite, vous expliquez comment vous procédez. Avez-vous des protocoles pour changer le droit inhérent du patient d'avoir accès à un service de clinique sans rendez-vous? Faites-vous des protocoles qui nient ce droit aux gens?

### **Réponse**

Une des choses que nous avons apprises, c'est comment identifier la demande d'une population en termes de rendez-vous. Une fois cela fait, vous vous assurez d'avoir fait ce qu'il faut pour répondre à la demande. Ça, c'est mesurable et prévisible. Le problème est que si on se concentre seulement là-dessus, on crée une machine à rendez-vous. Il faut aider les membres à recevoir des soins à l'extérieur des rendez-vous, par exemple par courriel, par rencontre téléphonique ou en groupe. Ces façons différentes de fonctionner sont souvent plus efficaces pour le patient. Si on se concentre uniquement sur les rendez-vous en étudiant l'offre et la demande, c'est un risque. Il y a beaucoup d'études sur l'accès, sur comment créer la demande pour certains types de rendez-vous pour les soins primaires et spécialisés. Mark Murray a notamment beaucoup écrit là-dessus.

Une chose importante dans une bonne organisation de l'horaire du médecin est de savoir que si vous appelez votre médecin, vous pouvez le rencontrer si c'est urgent. Nous avons des protocoles pour mener les patients vers le médecin qu'ils ont choisi comme étant leur médecin principal. Il faut tous être prudents lorsqu'il s'agit de la maladie chronique. Que pouvons-nous faire pour rendre les visites plus efficaces?

## No 6

### **Objet de la question : Les coûts d'assurances**

Une personne inscrite chez KP a tous les soins couverts. C'est un rêve pour un omnipraticien. Mais on est loin de cela au Québec. On est loin de 10 employés permanents pour un médecin. Quel est le coût moyen par an pour s'inscrire dans votre système?

### **Réponse**

Il faut savoir d'abord que le groupe des 10 employés pour un médecin comprend les commis, les concierges, etc.

Quant aux cotisations annuelles, elles varient, car différents employeurs offrent différents avantages sociaux. En moyenne, pour un adulte moyen, ça représente 150 \$ par mois. Parfois, l'employeur paye toute la cotisation, parfois la moitié, etc. Environ 10 % des membres ne payent rien. Pour une famille, ça représente donc 400 \$ par mois. Il y a eu des changements dans notre offre. Des régimes sont maintenant hautement déductibles.

## No 7

### **Objet de la question : Les centres médicaux**

Quel genre de technologie est disponible pour les médecins dans un centre médical typique chez KP?

### **Réponse**

Les centres médicaux sont près des hôpitaux, donc tout est possible. Ils n'en sont jamais plus loin que 30 milles.



# Gestion des soins : Évaluation et résultats

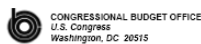
**Par Dr Paul J. Wallace**  
Directeur général  
Care Management Institute



# Gestion des soins : *Évaluation et résultats*

Dr Paul Wallace  
Care Management Institute  
Kaiser Permanente

[Paul.Wallace@kp.org](mailto:Paul.Wallace@kp.org)



CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE  
U.S. Congress  
Washington, DC 20515

Douglas Holtz-Eakin, Director

October 13, 2004

Honorable Don Nickles  
Chairman  
Committee on the Budget  
United States Senate  
Washington, DC 20510

Dear Mr. Chairman:

In response to inquiries by you and your staff about whether disease management programs can reduce the overall cost of health care and how such programs might apply to Medicare, the Congressional Budget Office (CBO) has prepared the attached analysis. It examines peer-reviewed studies of disease management programs for specific conditions—congestive heart failure, coronary artery disease, and diabetes (selected in part because they are highly prevalent among Medicare beneficiaries)—and broader reviews of the relevant literature published in major medical journals.

According to CBO's analysis, there is insufficient evidence to conclude that disease management programs can generally reduce overall health spending. It is important to note that such programs could be worthwhile even if they did not reduce costs, but CBO's analysis focused on the question of whether those programs could pay for themselves. The proposition that decreased use of acute care services might offset the costs of the screening, monitoring, and educational services in disease management programs is clearly appealing, but, unfortunately, much of the literature on those programs does not directly address health care costs. Instead, the focus is often on the processes of care or on intermediate measures of health, from which an overall impact on spending cannot reasonably be inferred. The few studies that report cost savings do so for controlled settings and generally fail to account for all health care costs, including the cost of the intervention itself. Furthermore, if disease management programs were applied to broader populations, the reported savings might not be attainable, and the programs could even raise costs. So while a few studies indicate that disease management programs could be designed to reduce overall health costs for select groups of patients (at least in the short term), little research directly addresses the issues that would arise in applying disease management to the older and sicker Medicare population.

CBO will continue to monitor this research as new information becomes available—in particular, the results of disease management demonstration projects now being developed by the Centers for Medicare and Medicaid Services.

« Selon l'analyse de la Commission des finances du Congrès (CFC), il y a suffisamment de preuves pour conclure que les programmes de gestion des maladies permettent généralement de réduire les dépenses générales de santé. Il est important de souligner que ces programmes pourraient être utiles même s'ils ne réduisaient pas les coûts, mais l'analyse de la CFC a cherché à savoir si ces programmes s'autofinancieraient. »

## Qu'est-ce que la « valeur » ?

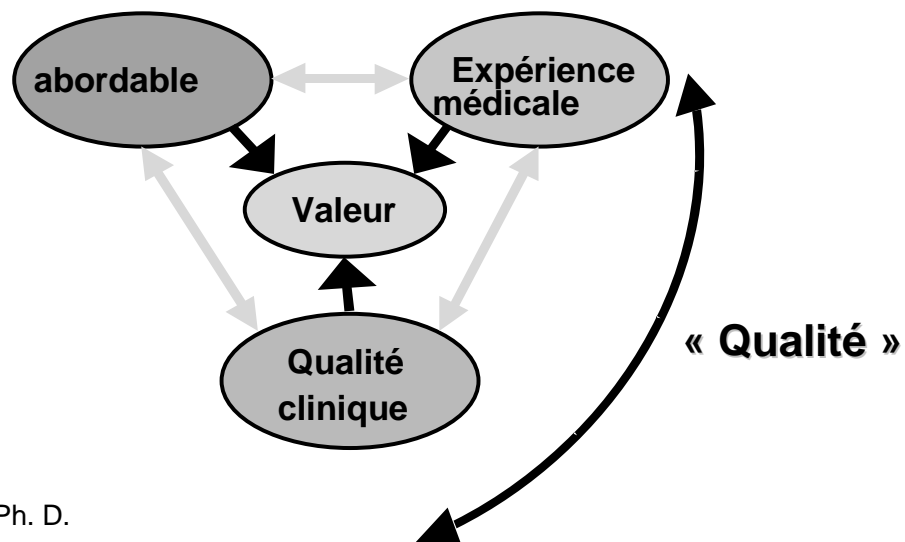
Valeur : *mérite, utilité, ou importance comparé à autre chose*

—Webster's Dictionary

### Caractéristiques de la valeur

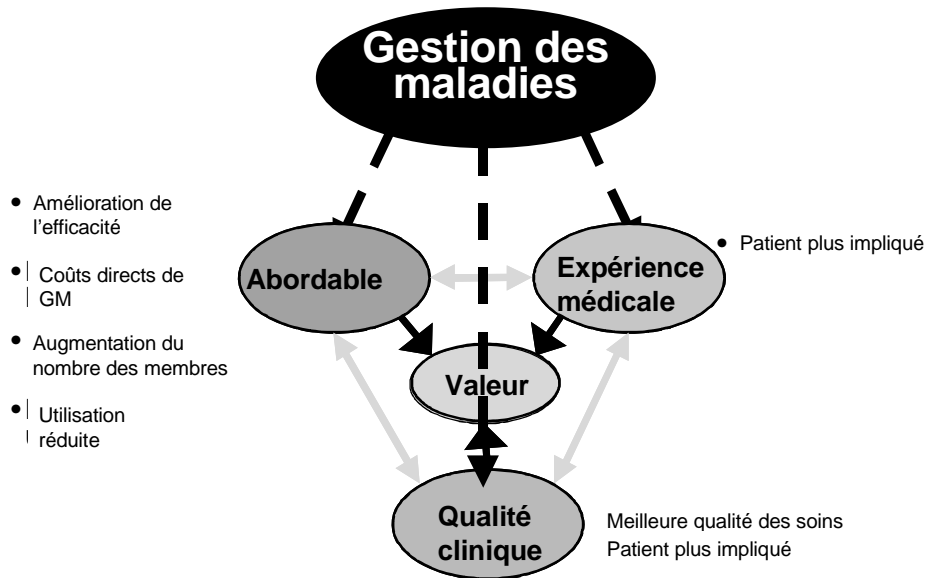
- La valeur est relative
- La valeur est subjective — chaque partie prenante est unique
- Valoriser une chose signifie davantage que la désirer
  - Qu'offrir en échange ?
  - Le test ultime de la valeur est le choix (les gens « votent avec leurs pieds »)
  - Pour le marché des biens, la valeur est indiquée par le montant d'argent qu'une personne paierait

## Modèle de valeur



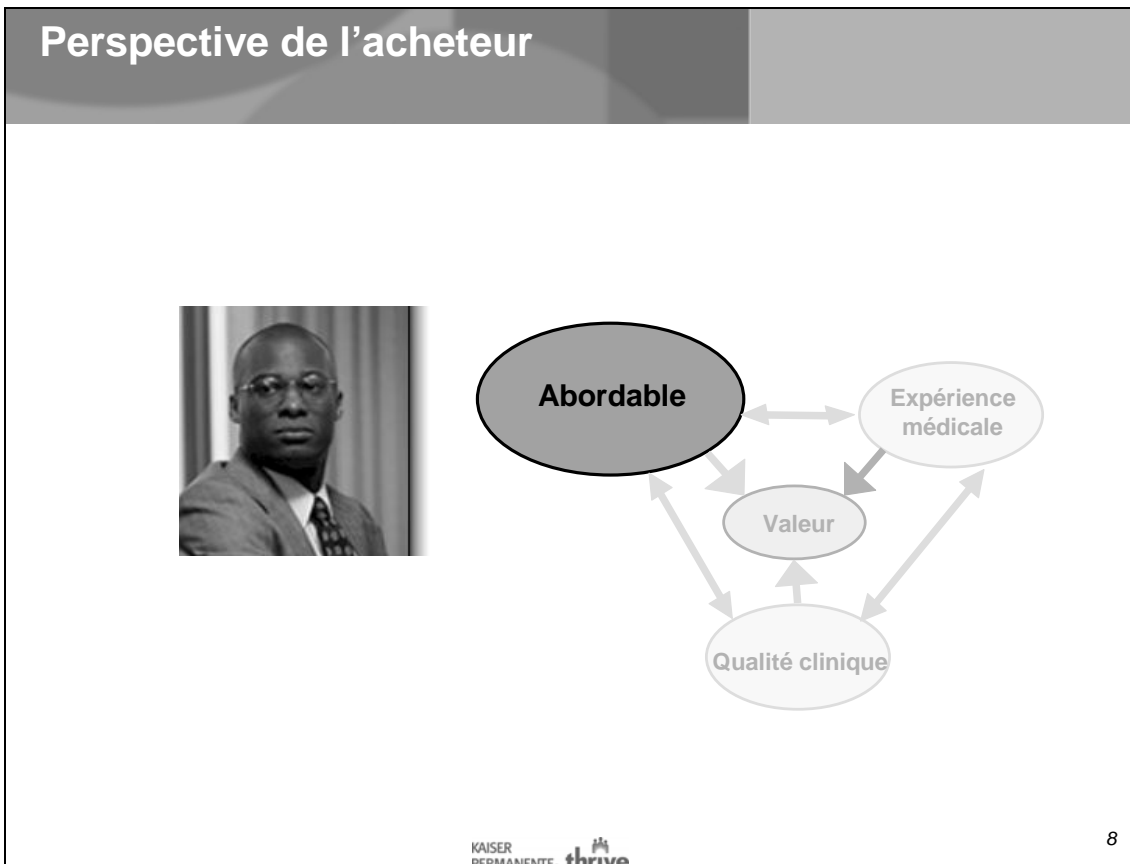
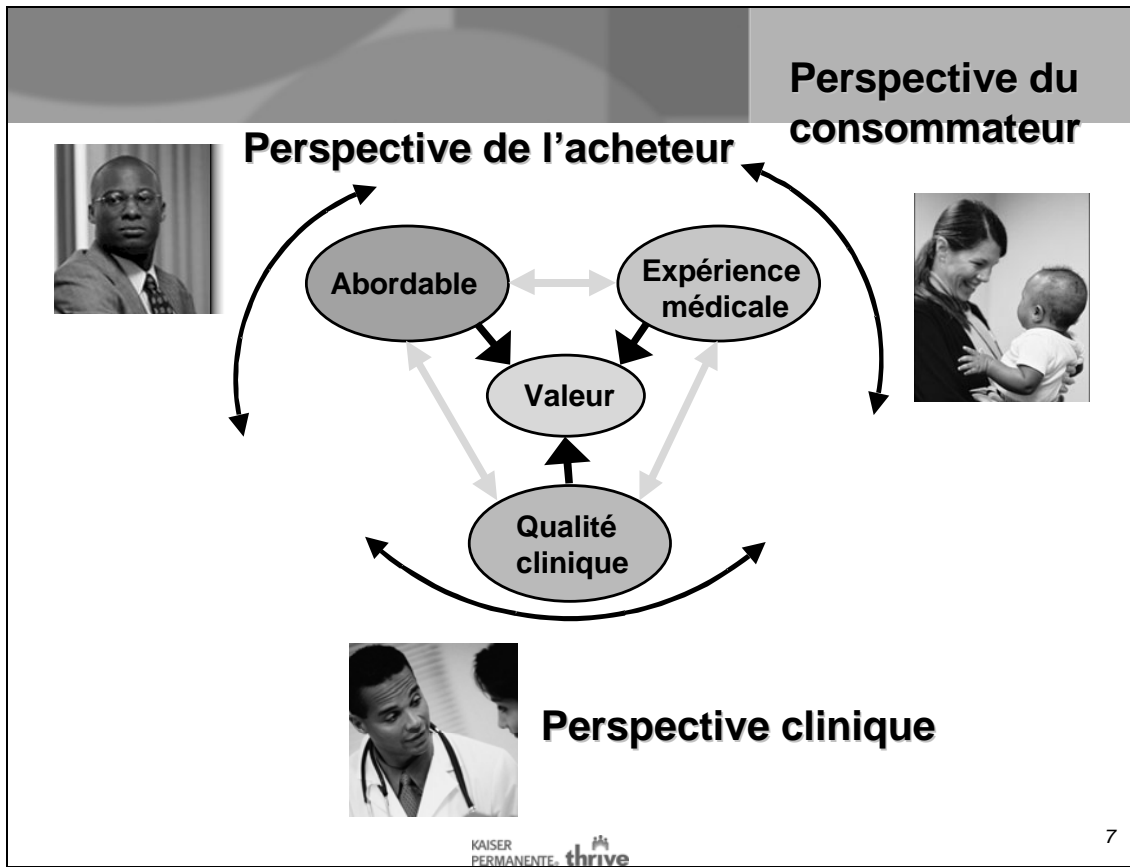
Merci à :  
Matt Stiefel  
Jim Bellows Ph. D.

## Impact de la gestion des maladies (GM) sur la valeur

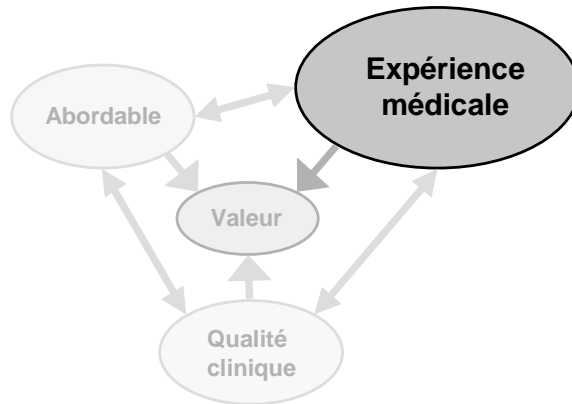


## Qui sont les principaux intervenants de la gestion des maladies?

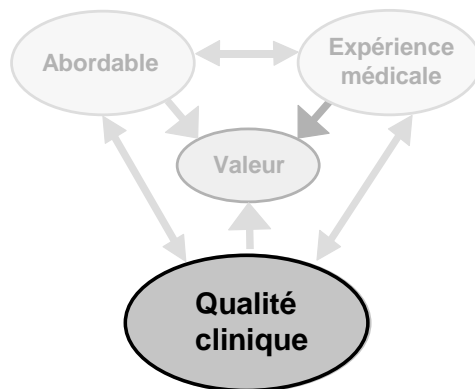
Consommateurs (membres, pré-membres)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consommateurs finaux</li> <li>■ Tendance — davantage d'investissements financiers</li> </ul>
Acheteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Payent la plus grande partie du transport (pour le moment)</li> <li>■ Capacité à diriger les consommateurs vers un régime de soins et des programmes de GM particuliers (ceux dont la valeur est la plus élevée?)</li> </ul>
Cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les programmes GM peuvent influencer les soins cliniques</li> <li>■ Intégration très variable des programmes GM et de leur pratique</li> </ul>
(Gestion du régime de soins)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ \$ investis dans les programmes GM qui pourraient servir à financer les services... combien investir?</li> <li>■ Les valeurs reflètent celles du consommateur et les contraintes organisationnelles</li> </ul>



## Perspective du consommateur



## Perspective du clinicien



## Les perspectives peuvent changer... Exemple du consommateur

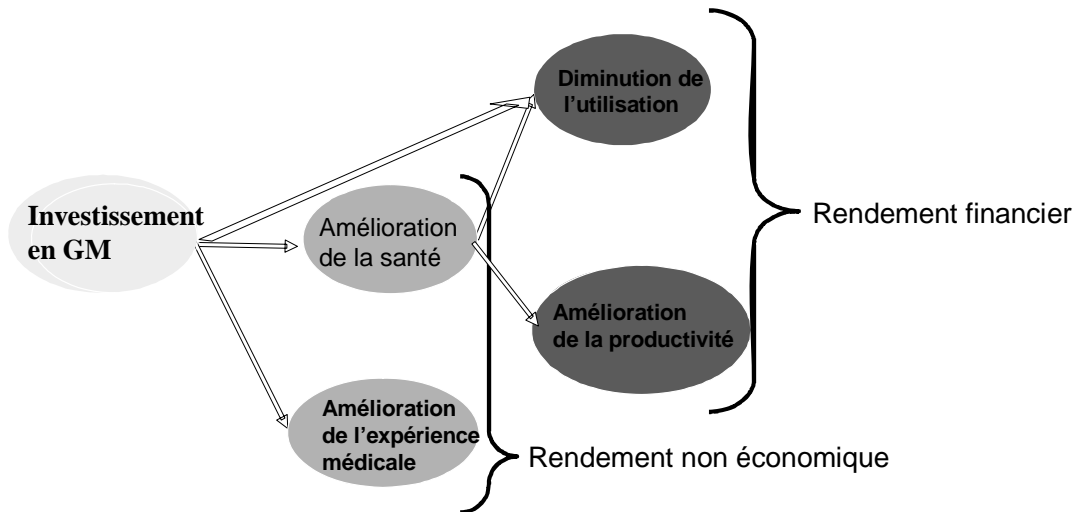
- **Augmentation des coûts partagés pour le consommateur**
  - Comme les acheteurs transfèrent davantage de responsabilités en matière de coûts de santé aux consommateurs, ces derniers font davantage attention à l'aspect abordable des soins
- **Facteur temps**
  - Les grossesses ou les chirurgies importantes planifiées peuvent augmenter l'importance relative de la qualité clinique

## Différences au sein du même segment

- **Consommateurs**
  - *Malade* par opposition à *en santé*
  - Degré d'aversion envers le risque
- **Acheteurs**
  - Acheteurs de « valeur » plutôt qu'acheteurs de prix
  - Main d'œuvre : âge, mandat, nombre
  - Autoassurance
- **Cliniciens**
  - Degré d'intégration du programme de GM dans la pratique
  - Taille du groupe



## Retour sur l'investissement Trajectoires causales



## Points de décision — Compromis sur la valeur

- **Consommateur**
  - Choisir un régime de soins ou un clinicien
  - Adhérer au plan de soins
- **Clinicien**
  - Coordination avec le programme de GM
  - Recommandations de traitement pour chaque patient
  - Gestion des groupes de patients
- **Acheteur**
  - Choisir un régime de soins
  - Exclusion de la GM
  - Autoassurance
- **Régime de soins**
  - Investir dans la GM (y compris l'impartition)



## Façonner la valeur

***Les choix des principaux intervenants sont influencés par l'information qu'ils reçoivent.***

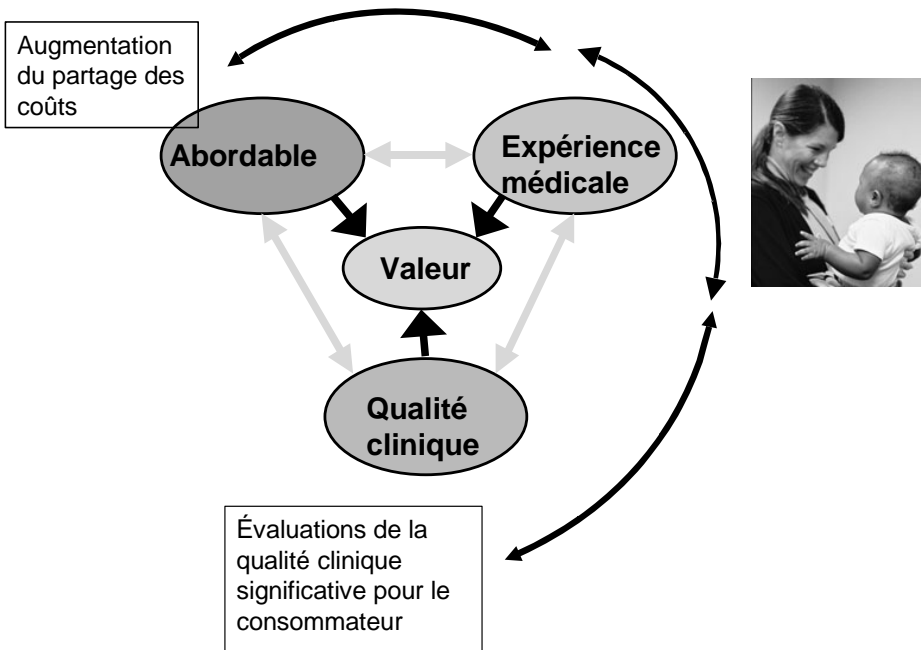
- Le contenu de l'information ainsi que la façon dont elle est diffusée déterminent la compréhension des choix des principaux intervenants
- Les paramètres (« framing ») des valeurs peuvent affecter les choix
- La diversité des sources d'information, y compris les outils de marketing, les déclarations réglementaires, les demandes de proposition et l'évaluation des consultants

## Façonner la valeur (suite)

***Les choix des principaux intervenants sont influencés par l'information qu'ils reçoivent.***

- Exemple
  - Dans le monde réel, les choix sont basés sur une qualité et un prix *relatifs*
  - Mais quel est le cadre de référence? Comparer avec la concurrence? L'amélioration dans le temps? Avec les « soins courants »?
- La décision clé pour évaluer et démontrer la valeur concerne les paramètres (« framing ») à appliquer

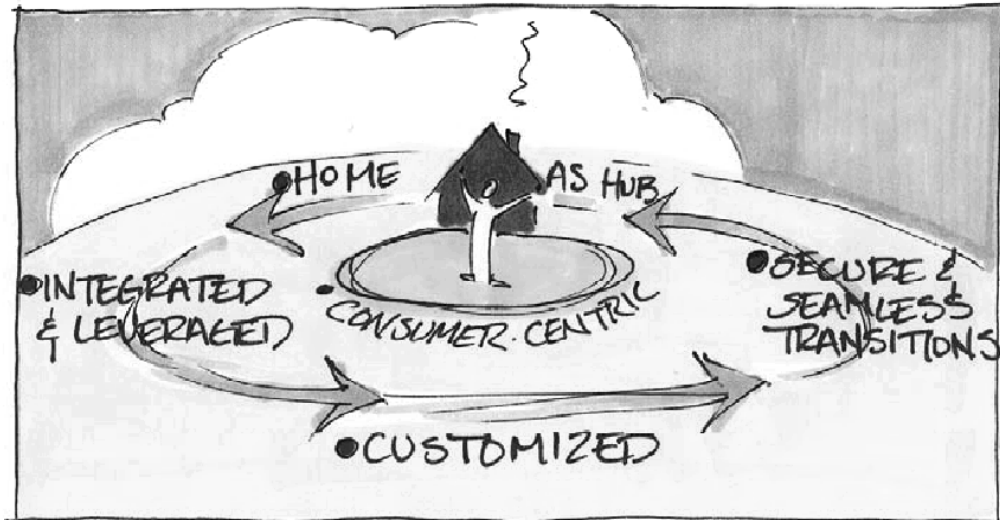
## Élargir la perspective du consommateur



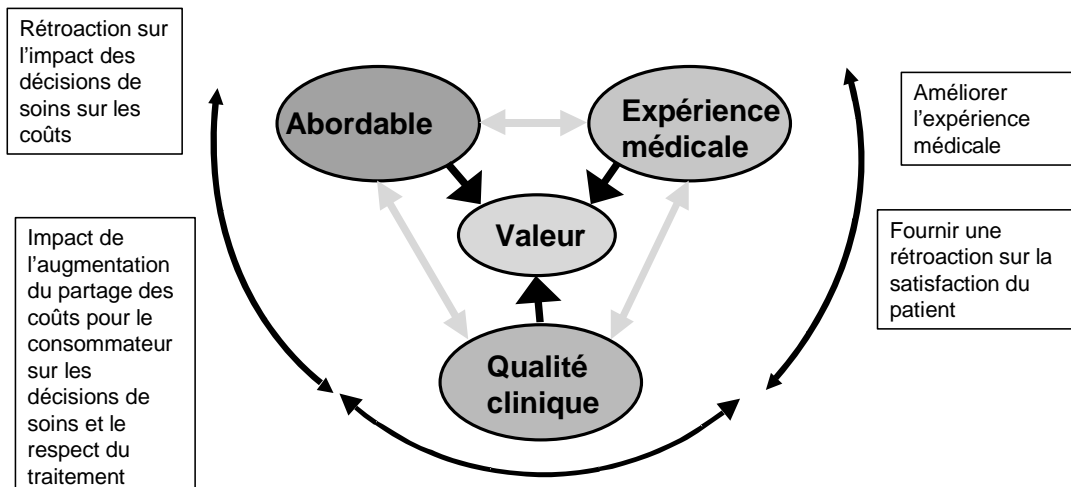
## Comment attirer l'attention du consommateur?

- Modèle « règles du jeu »
  - Gestion des maladies
  - Gestion de cas pour les participants à risque élevé
- Modèle « investir dans la compagnie »
  - Copaiements à plusieurs niveaux
  - Coassurance
  - Régimes de soins hautement déductibles
  - Réseaux à plusieurs niveaux : hôpitaux, spécialistes, SSNA
  - Plan orienté vers le consommateur
- Modèle « tout le monde participe »
  - Style de vie sain, activités favorisant le bien-être
  - Autogestion des soins et des conditions chroniques
  - Partage de la prise de décision
  - Outils de soutien à la décision accessibles sur Internet

## Le patient au centre des soins



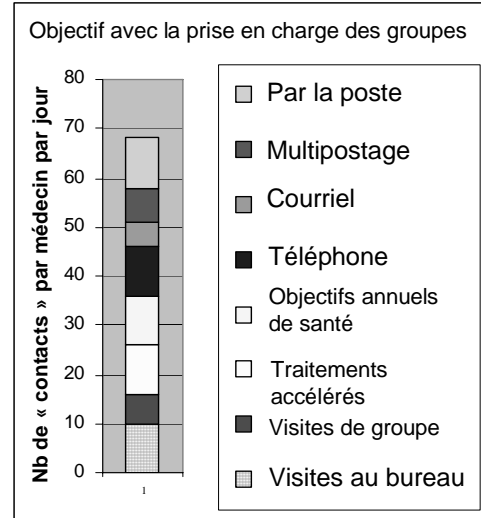
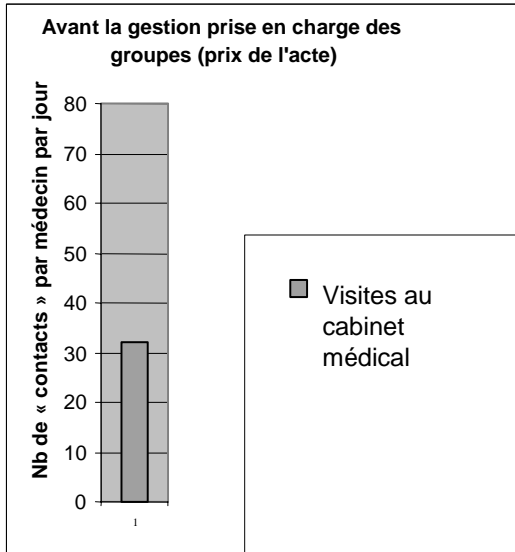
## Élargir la perspective du clinicien



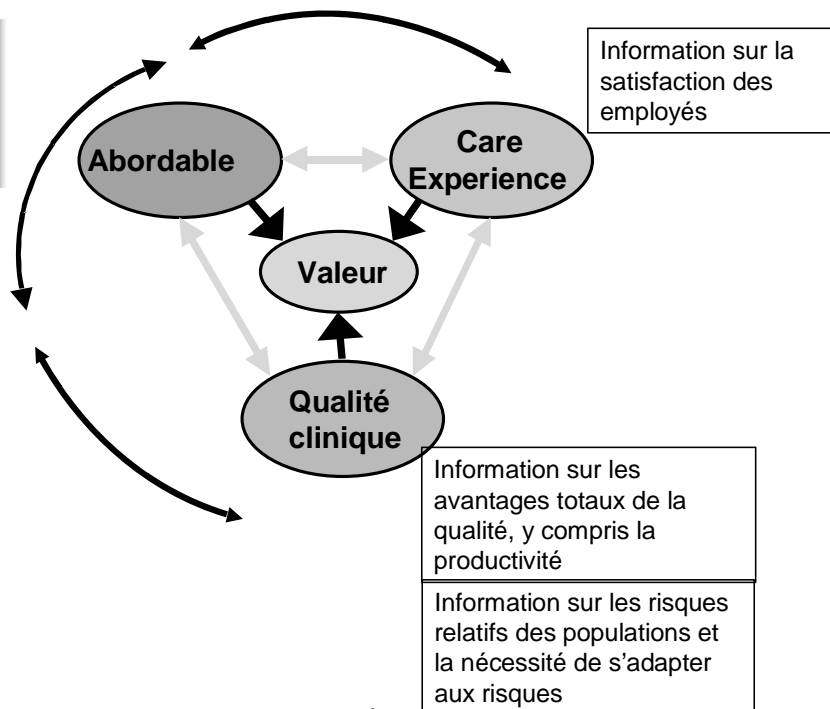
### Perspective du clinicien

# Médecins de première ligne et prise en charge de leur groupe de patients

Chaque système est conçu à la perfection pour produire exactement ce qu'il fournit...



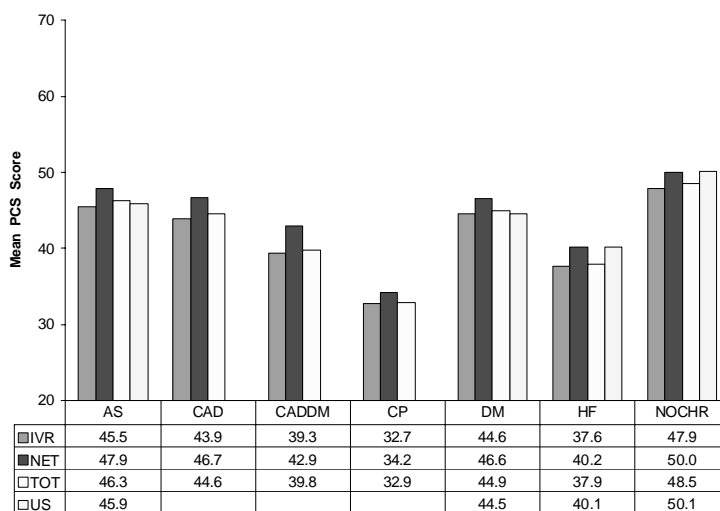
# Élargir la perspective de l'acheteur



## Évaluation de l'impact sur la santé Outil d'enquête

- SF-8™ enquête sur la santé (état physique et mental)
- Questions spécifiques aux maladies
  - Autogestion (confiance pour gérer la maladie)
  - Autoefficacité (confiance en sa capacité d'empêcher la maladie de perturber les activités quotidiennes)
  - Absentéisme (nombre de journées d'absence à l'école ou au travail au cours des 12 derniers mois)
  - AIS-6 (résultat de l'impact de l'asthme pour la cohorte de l'asthme)

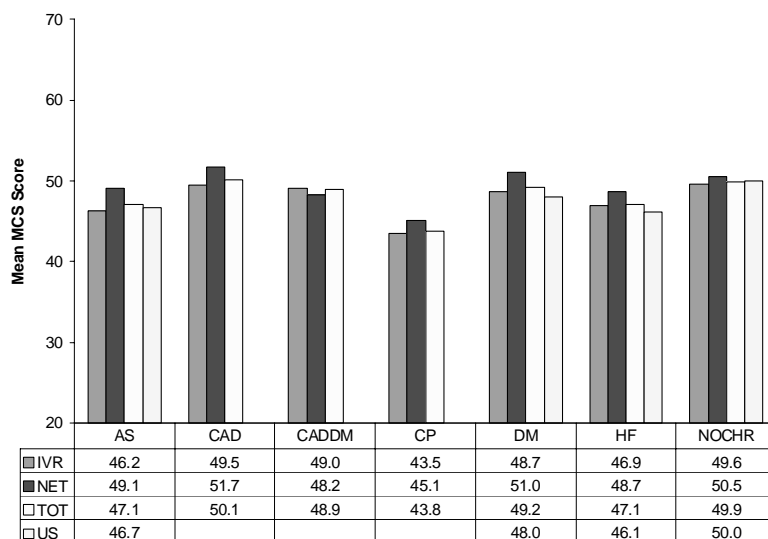
## Résumé des résultats à composante physique par cohorte de condition chronique et mode de gestion<sup>1, 2</sup>



<sup>1</sup> Pour les conditions chroniques, comprend les membres à qui on a dit un jour qu'ils avaient une condition chronique.

<sup>2</sup> Une différence de 5 points entre les groupes est considérée significative du point de vue clinique.

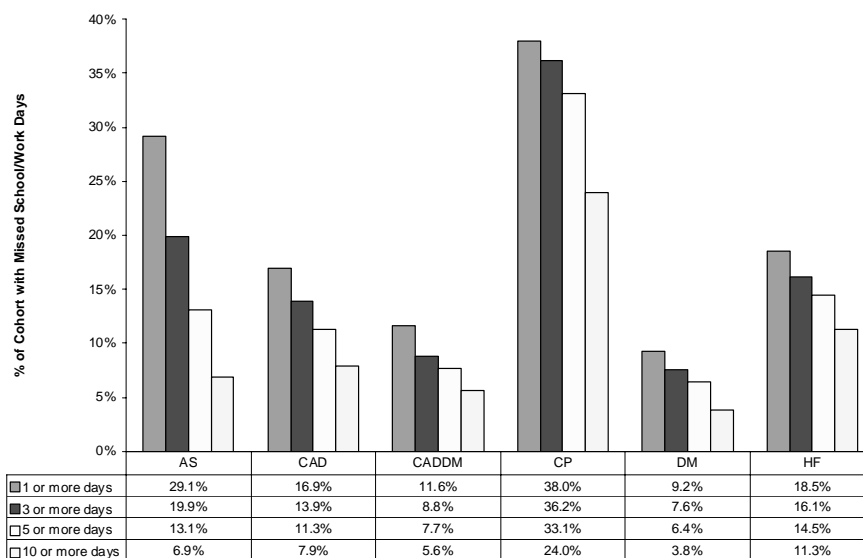
## Résumé des résultats à composante mentale par cohorte de condition chronique et mode de gestion<sup>1, 2</sup>



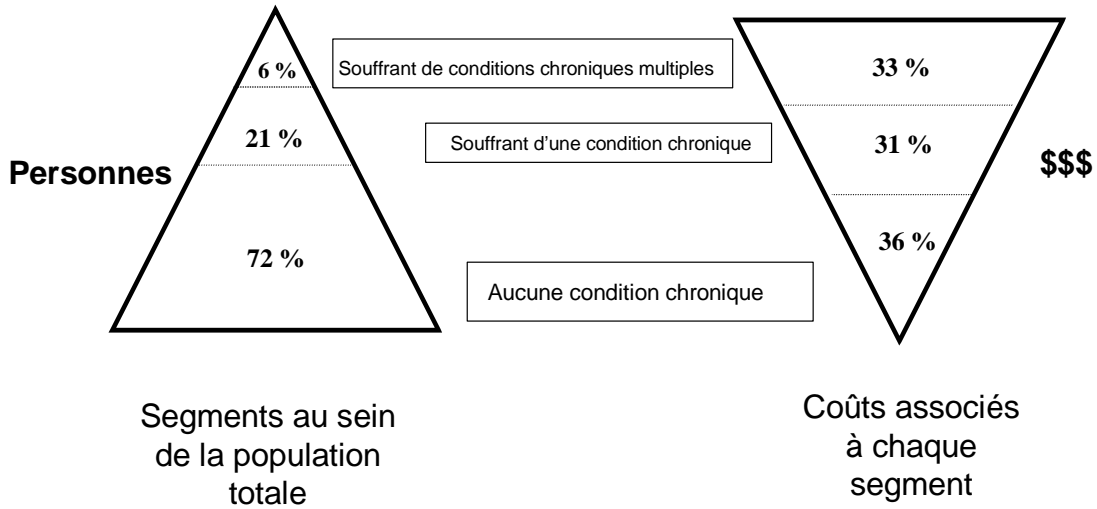
<sup>1</sup> Pour les conditions chroniques, comprend les membres à qui on a dit un jour qu'ils avaient une condition chronique.

<sup>2</sup> Une différence de 5 points entre les groupes est considérée significative du point de vue clinique.

## Journées d'école ou de travail manquées à cause des conditions chroniques un an avant l'entrevue



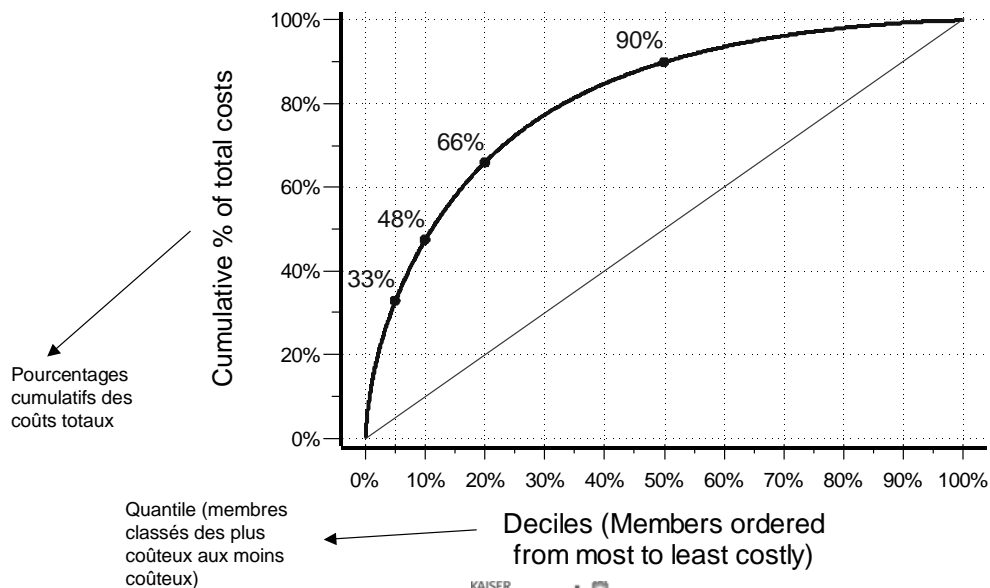
## À quoi sont consacrés la plupart des coûts de santé de la population?



Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

## Insuffisance cardiaque

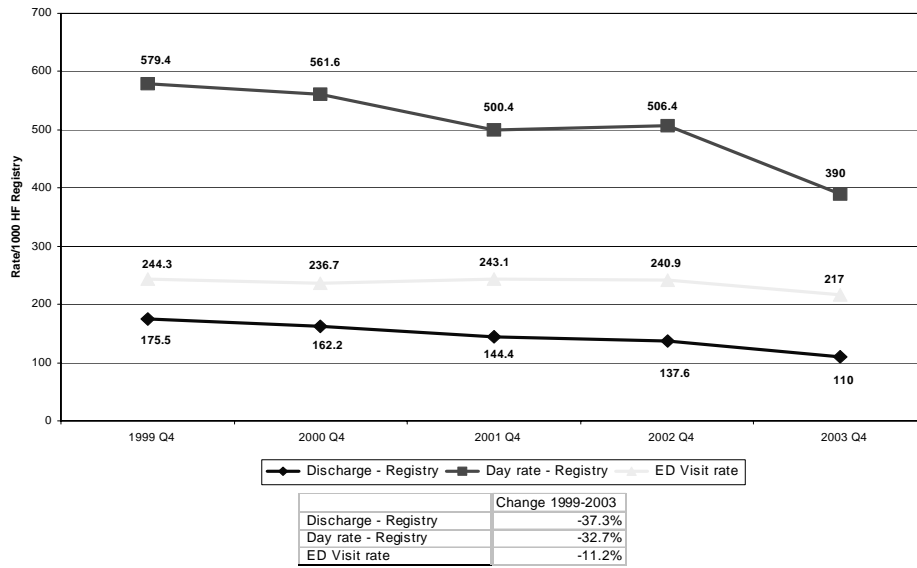
% des coûts totaux occasionnés par les 5 %, 10 %, 20 %, et 50 % des membres les plus coûteux



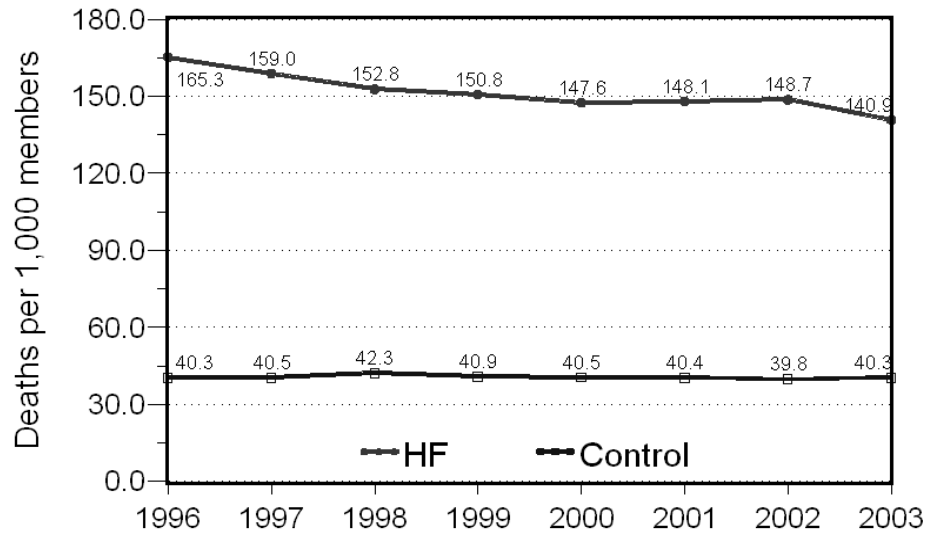
# Tendances en matière d'insuffisance cardiaque à KP

Tendances jusqu'en 2003 Q 2

HF Disease Specific Monitoring Report

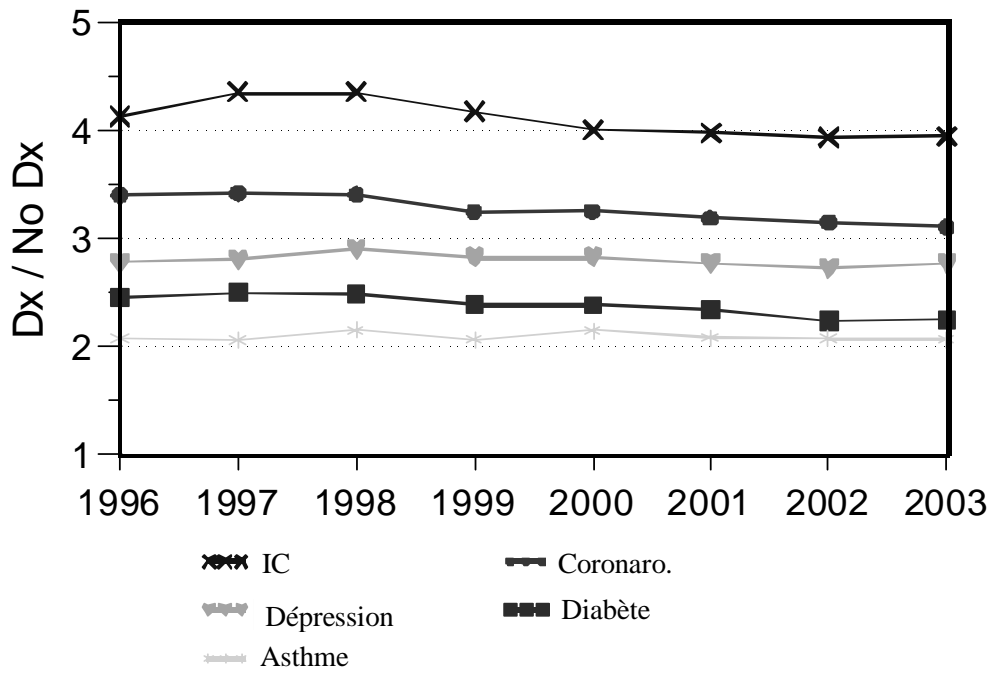


# Tendances : mortalité pour l'insuffisance cardiaque (IC)



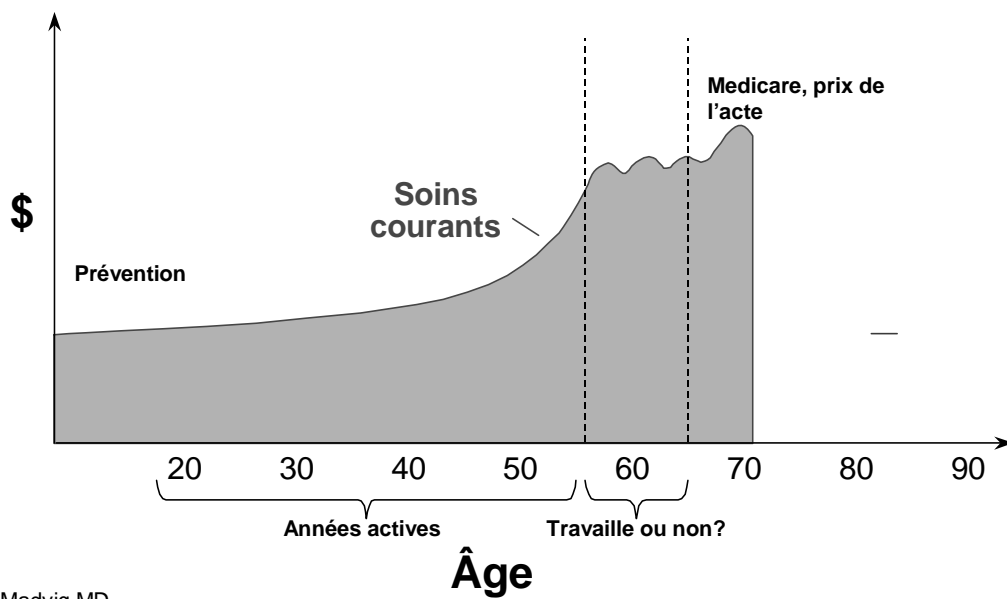
La mortalité de la population souffrant de IC a diminué de 15 % comparée à aucun changement pour la cohorte appariée selon le genre ou l'âge

## Tendances : rapports de coûts totaux pour cinq conditions chroniques courantes



31

## Penser aux soins futurs

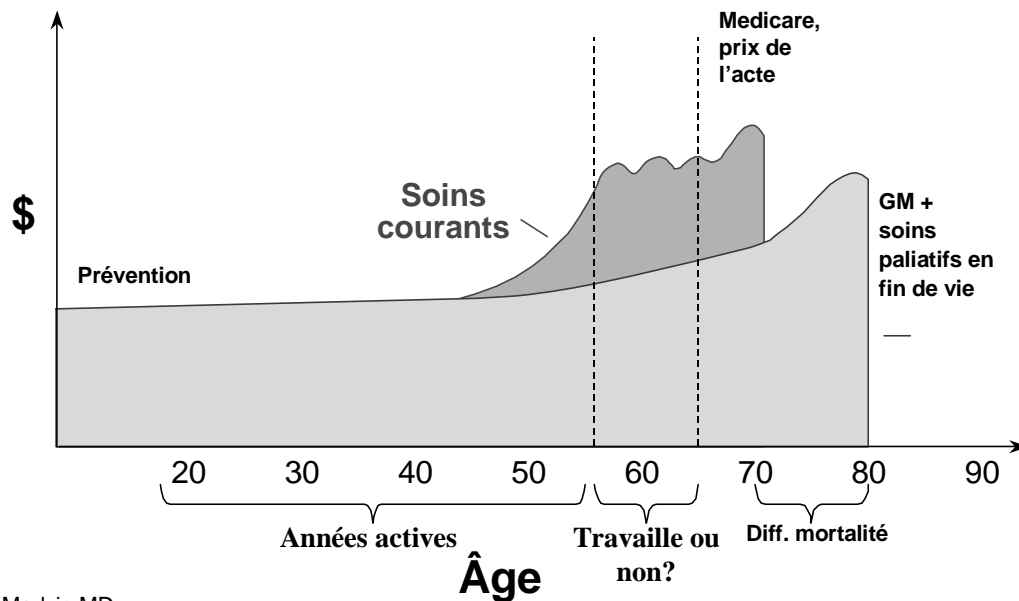


Phil Madvig MD  
The Permanente Medical Group

KAISER PERMANENTE thrive

32

## Penser aux soins à l'avenir



Phil Madvig MD  
The Permanente Medical Group

KAISER  
PERMANENTE thrive

33

## Est-ce que la gestion des soins permet d'économiser de l'argent? L'expérience KP

En 2003, les programmes pour le diabète, l'insuffisance cardiaque, la coronaropathie, l'asthme et la dépression ont permis d'économiser ~ 200 M\$ *relatifs aux tendances de prix de revient* en Californie du Nord (~3 millions de membres).

- Ces programmes n'ont pas produit d'économies absolues – en 2003, nous avons dépensé plus pour les soins **de tous les membres** atteints des maladies ci-haut mentionnées qu'en 2002.
- (En faisant de plus en plus de choses rentables, mais qui ne permettent pas d'économiser sur les coûts, on n'économise pas d'argent).
- On a réussi à augmenter considérablement les évaluations des processus et des résultats cliniques pour le diabète, l'insuffisance cardiaque, la coronaropathie, l'asthme et la dépression.
- Ces programmes continuent à produire une valeur absolue du point de vue des parties prenantes du système de santé.

Fireman, *et al. Health Affairs*, 2004, 23 (6), p. 63-75.  
Crosson, *et al. Health Affairs*, 2004, 23 (6), p. 76-78.

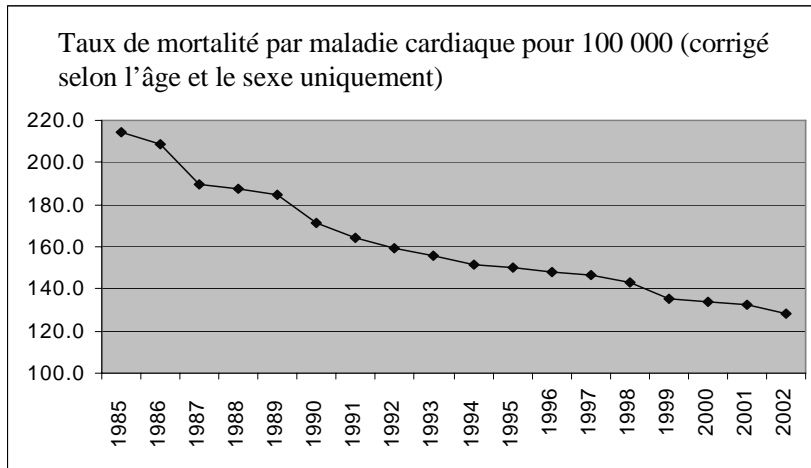
KAISER  
PERMANENTE thrive

34

## Taux de mortalité reliée aux maladies cardiaques

### Population KP

- Réduction de 25 % des décès par maladies cardiaques entre 1990 et 2002
- Les maladies cardiaques ne sont plus la principale cause de décès des membres KPNC
- Les membres KPNC ont 30 % moins de risque de décéder d'une maladie cardiaque

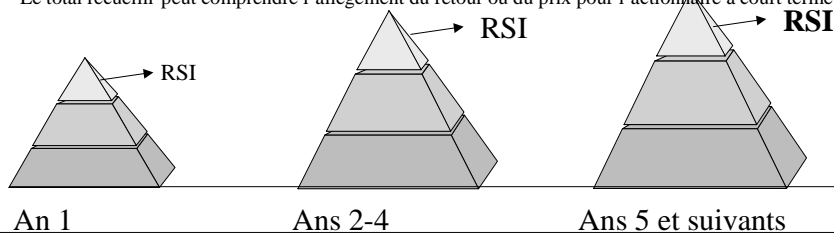


B. Fireman, et.al, DOR 2004.

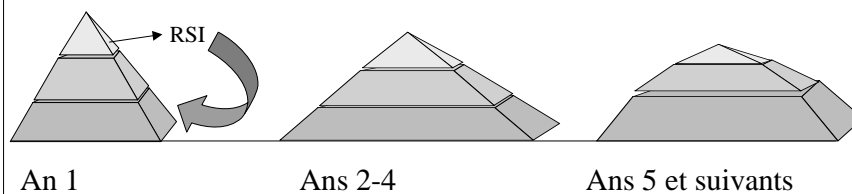
## Retour sur l'investissement... ...et réinvestissement

Scénario 1 : RSI « recueilli »\* (et laisse de côté les populations plus importantes de l'exercice financier ultérieur, mais avec les mêmes proportions de soins nécessaires que la 1<sup>re</sup> année)

\* Le total recueilli peut comprendre l'allègement du retour ou du prix pour l'actionnaire à court terme

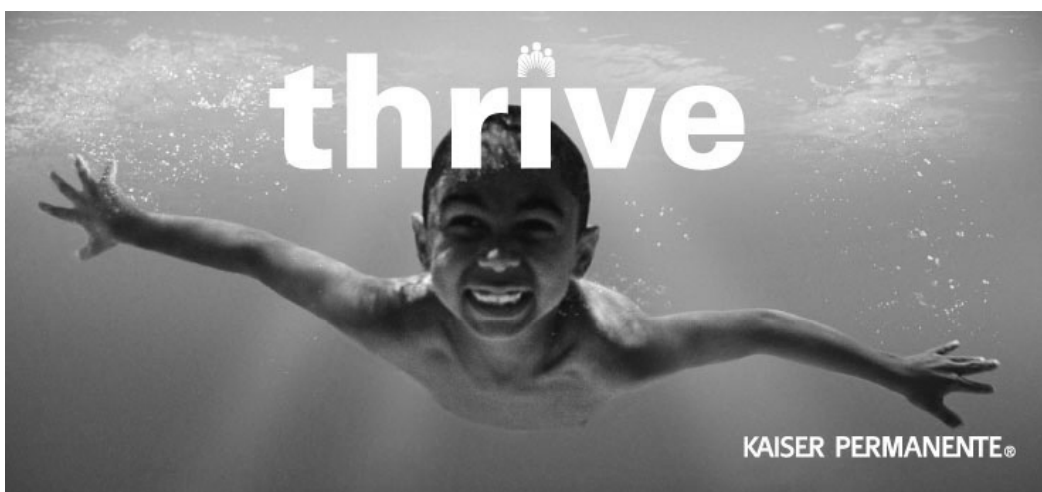


Scénario 2 : RSI « recueilli » et réinvesti en amont pour la population croissante, se traduit par la redistribution des besoins médicaux de la population dans les exercices ultérieurs (suppose des activités de prévention primaire et secondaire avec le RSI de l'exercice suivant)



## Résumé

- La valeur de la gestion des maladies (GM) dépend de celui qui la regarde
- L'évaluation que les acteurs font de la valeur et les compromis qu'ils sont prêts à faire reflètent leurs perspectives et leur situation
- Aucune évaluation de la valeur n'englobe tout, bien que les évaluations visant à soutenir des perspectives différentes évoluent
- Il est nécessaire de comprendre et d'équilibrer les différentes perspectives pour évaluer la valeur générale de la GM



# Annexe : Évaluer la valeur

## Évaluer la valeur — défis

- Composantes intrinsèques à la valeur
  - Abordable
  - Expérience médicale
  - Qualité clinique
  
- Composantes extrinsèques à la valeur
  - Retour sur l'investissement
  - Rentabilité

## Évaluer les coûts et le prix

<i>Sources et méthodes</i>	<i>Défis d'évaluation</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Commission des finances du Congrès</li> <li>■ Comité consultatif sur l'évaluation de l'efficacité</li> <li>■ Guide DMAA de l'évaluation de programme</li> <li>■ <i>Bridges to Excellence</i></li> <li>■ Gestion des maladies</li> <li>■ Consortium d'acheteurs               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'agrément pour l'évaluation des économies en GM</li> </ul> </li> <li>■ Gestion au plan national</li> <li>■ Groupe de travail sur la santé du Congrès</li> <li>■ Autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Régression à la moyenne</li> <li>■ Biais de sélection : inclusion par rapport à tous les membres; sous-ensembles de population par rapport à la population totale</li> <li>■ Économies dues à la tendance par rapport aux économies absolues</li> <li>■ Adaptation au risque d'un plan à l'autre</li> <li>■ Coûts totaux par rapport aux coûts spécifiques à une maladie</li> <li>■ Économies : pour qui?</li> <li>■ Beaucoup plus...</li> </ul>

## Évaluer la qualité clinique

<i>Sources et méthodes</i>	<i>Défis d'évaluation</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>HEDIS</i></li> <li>■ Forum national sur la qualité</li> <li>■ <i>Ambulatory Care Quality Alliance</i></li> <li>■ Agrément : NCQA, URAC, JCAHO...</li> <li>■ CMS</li> <li>■ États</li> <li>■ Demandes de propositions des acheteurs</li> <li>■ Autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Agrégation des évaluations de la qualité               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de paramètres standards dans la pratique (par ex. « QALYS »)</li> <li>• « Trop, trop peu » de problèmes</li> </ul> </li> <li>■ Coordination</li> <li>■ Évaluer l'état fonctionnel et la qualité de vie</li> <li>■ Décalage des résultats en santé</li> </ul>

## Évaluer l'expérience médicale

### *Sources et méthodes*

- CAHPS
- Enquête DMAA sur la satisfaction des patients

### *Défis d'évaluation*

- ? Agrégation / traduction des données des enquêtes en résultats d'accréditation significatifs
- ? Échantillonnage
- ? Coûteux

## Évaluer la valeur globale

### *Sources et méthodes*

- Guide DMAA de l'évaluation de programme de GM
- *American Healthways* / livre blanc de Johns Hopkins
- Consortium d'acheteurs gestion des maladies
- NCQA : combinaison des paramètres de qualité et de consommation de ressources

### *Défis d'évaluation*

- Estimation des améliorations de la qualité
- Question de « vivre pour utiliser »
  - Cœur contre hanche
  - Unité de soins intensifs contre soins palliatifs

# période de questions

Gestion des soins : Évaluation et résultats

**Par Dr Paul J. Wallace**  
Directeur général  
Care Management Institute

# No 1

## **Objet de la question : La prise de médicaments et les ordonnances**

Est-ce que les personnes qui ne prennent pas leurs médicaments coûtent plus cher au système?  
Comment gérer les prescriptions dans un modèle de prise en charge de la population?

### **Réponse**

Les expériences placebo démontrent que la seule adhésion aux traitements influence le résultat. Mais ce qu'on ne sait pas, c'est jusqu'à quel point la non-adhésion compromet le résultat. La couche moyenne de la pyramide est celle où nous devons agir, car c'est là que se trouvent ceux qui prennent des médicaments. Pour réduire les hospitalisations, il faut en réduire le besoin. En ce qui concerne la prise de médicaments, il faut savoir, à l'aide de certains moyens et indications (comme remplir une prescription), si le médecin a raté une occasion par rapport à son patient. Il faut avoir un système de rétroaction, entre autres pour savoir si les médicaments choisis sont les meilleurs. Par exemple, les médecins connaissent-ils les génériques? Une partie de la rétroactivité est de connaître l'efficacité des soins, mais aussi de caractériser son efficience dans le temps. Donner de nouveaux moyens aux praticiens, des analyses comparatives avec d'autres organisations, c'est un incitatif pour mener vers de meilleures pratiques.

# No 2

## **Objet de la question : Les tests de laboratoire**

Est-ce que vos médecins utilisent moins les tests de laboratoire?

### **Réponse**

Oui, mais c'est relatif. On les utilise moins, mais de meilleure façon.

## No 3

### **Objet de la question : L'accès aux services**

Au Québec, nous avons un problème d'accès aux soins primaires et de satisfaction des usagers. Si on regarde l'étude d'évaluation des HMO, il semble que California Permanente ne se classait pas bien au niveau de la satisfaction des patients. Que s'est-il passé?

#### **Réponse**

Historiquement, les données rapportées par la NCQE concernent la qualité clinique. Le dernier rapport a adopté une nouvelle formule qui jumelle les services et l'expérience des soins à la qualité clinique. Nous étions toujours en tête de liste en terme de qualité clinique, mais en joignant les deux nous n'avons pas un aussi bon résultat. Il y a de multiples façons d'améliorer la qualité des services. Depuis 10-15 ans, on s'est attaqué à la qualité clinique, on investit les mêmes efforts pour la qualité des services jusqu'au niveau « micro-système » pour appliquer des pratiques exemplaires. La diversité des pratiques est une occasion de trouver les bonnes mesures et de les appliquer ailleurs. Il y a des domaines où nous sommes excellents, mais pas partout. Il faut identifier les meilleures pratiques et les appliquer chez nous.

## No 4

### **Objet de la question : La motivation des médecins**

Quels sont les leviers pour motiver les médecins? Y a-t-il des primes à la fin de l'année?

#### **Réponse**

On veut une diversité de médecins. Mais quelles en sont les limites? La gestion médicale est faite par les pairs. Donc, la pression se fait entre médecins. Il faut établir un dialogue plutôt que des sanctions. Par ailleurs, nous avons une structure d'incitatifs, mais qui sont en fonction du rendement du groupe et non en fonction de la performance individuelle. Ils sont aussi en fonction de la satisfaction et du rendement financier et d'exploitation, pas du taux d'utilisation de produits. Les primes représentent un petit pourcentage, soit de 1 à 2 % seulement.

# No 5

## **Objet de la question : Le retour sur l'investissement dans l'amélioration des processus cliniques**

Il faut faire des investissements, par exemple dans les nouvelles technologies, mais on nous dit que ça ne mène jamais vers des économies, car il faut toujours réinvestir dans le système. Au Québec, on ne peut pas investir encore plus pour ces choses-là, même si elles sont nécessaires. Il faudrait que le milieu médical change sa façon de voir pour qu'il y ait un minimum d'investissement et qu'en retour on obtienne un rendement positif.

### **Réponse**

Les rendements positifs sur l'investissement existent. Par exemple, si l'insuffisance cardiaque ou le diabète sont bien gérés, il y a un impact réel sur l'investissement, parce que moins d'hospitalisations sont nécessaires. Pour ce qui est de l'impact sur la population de diabétiques toutefois, le retour sur l'investissement est au niveau des coûts. Mais ce n'est évidemment pas assez pour faire des économies pour l'instant. Dans 10 ans, ce sera autre chose. Du côté de l'avancement technologique, nous investissons beaucoup chez KP dans les dossiers électroniques des patients. Nous sommes convaincus que ça nous mènera vers un rendement positif bientôt. On réduit le nombre de tests de 10 % en ayant un dossier électronique des usagers, car on ne perd plus les résultats de laboratoire. Il y a donc de multiples façons de faire qui vont se payer d'elles-mêmes. Il faut investir d'abord pour ensuite récolter. Quant à la gestion thérapeutique, il y a des rendements à court terme, mais si on investit réellement, ce sera bénéfique pour la population entière. Ce rendement servira ensuite à élargir la prise en charge. Il faut que les gens participent et que les investissements initiaux soient bien gérés.

# Les patients comme partenaires : aide à l'autogestion des soins chez Kaiser Permanente

Par Mme Beth Trudell  
Responsable de la formation et du développement  
Kaiser Permanente



# **Les patients comme partenaires : aide à l'autogestion des soins chez Kaiser Permanente**

Beth Trudell  
Responsable de la formation et de l'éducation  
Kaiser Permanente International

## **Pourquoi?**

- **Le système actuel, qui est fait de courtes visites non planifiées chez le médecin et de réponses médicales rapides, ne favorise pas les soins continus adéquats aux maladies chroniques.**
- **L'amélioration de la santé dépend du bon diagnostic, du bon traitement ET de toute une série de choix, de décisions et de comportements sains de la part du patient.**
- **Les patients prennent déjà en charge leur santé et ainsi prennent des décisions à ce sujet (pour le meilleur ou pour le pire).**

## **Pourquoi?**

- **Les patients ont besoin d'aide pour se prendre en charge et prendre de saines décisions. Ils doivent être informés et motivés**
  - Information compréhensible, exacte et au bon moment
  - Implication dans la prise de décision en collaboration avec l'équipe de soins
  - Objectifs et résolutions des problèmes
  - Aide pour gérer les questions psychologiques
- **Les soins doivent être restructurés en tenant compte de ce qui se produit avant, pendant et après les visites, et être supportés par une équipe préparée et proactive**

## **Questions clés**

- **Où se trouvent les ressources excédentaires et celles qui sont sous-utilisées dans le système de santé?**
- **Où sont les liens entre les besoins des patients et les ressources en santé pour des soins efficaces et efficients?**
- **Comment trouver des solutions pour les consommateurs, les fournisseurs et aussi pour les systèmes de santé?**

## Réponses clés

- Repenser les solutions
- Restructurer le système
- Former de nouveaux employés
- Former à nouveau le personnel actuel

## L'aide à l'autogestion signifie davantage que l'éducation du patient

### Éducation du patient

- Enseignement de compétence et information
- Généralement centrée sur la maladie
- Suppose que la connaissance entraîne un changement de comportement
- L'objectif est le respect du traitement
- Les enseignants sont des professionnels de la santé
- Didactique

### Aide à l'autogestion des soins

- Enseignement de compétences destinées à résoudre les problèmes identifiés par le patient
- Les compétences peuvent être généralisées à toutes les conditions chroniques
- Suppose que la confiance entraîne de meilleurs résultats
- L'objectif est d'augmenter l'auto-efficacité
- Les enseignants peuvent être des professionnels ou des pairs
- Interactive

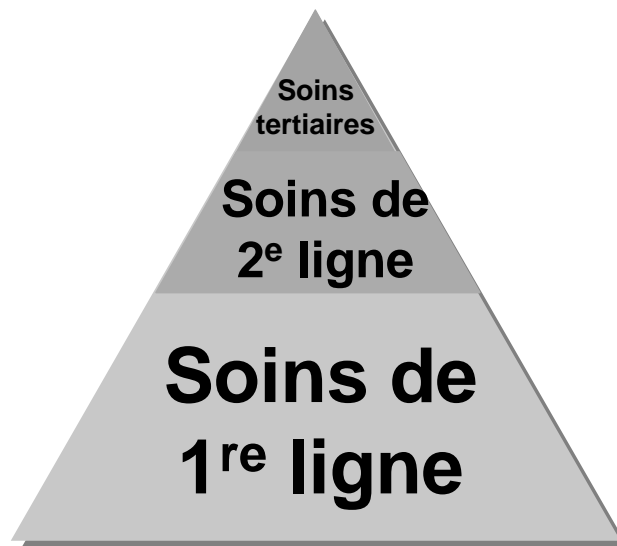
**KAISER PERMANENTE**

## Un programme pour tous les membres

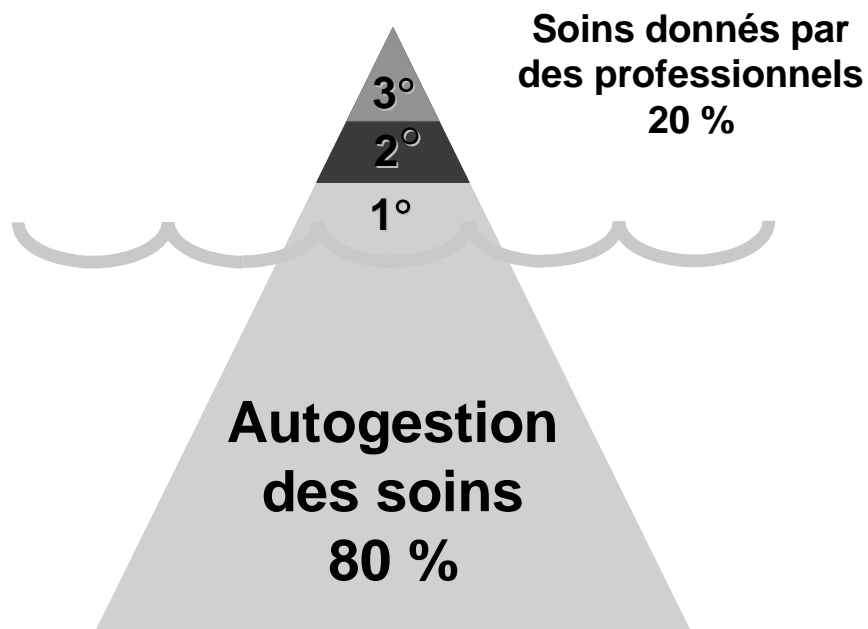


**KAISER PERMANENTE**

## Le système de santé



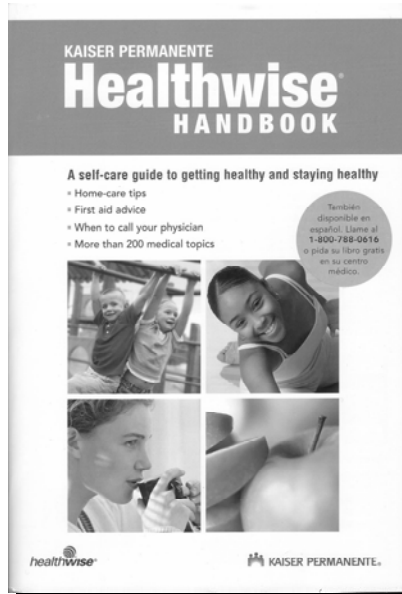
## Systeme de santé caché



## Autogestion des soins : les patients sont les fournisseurs

- Plus de 80 % de tous les symptômes médicaux sont diagnostiqués et traités par les patients eux-mêmes sans l'aide d'un professionnel de la santé
- Les patients agissent souvent comme intervenants de 1<sup>re</sup> ligne envers eux-mêmes et leur famille
- Comment les systèmes de santé peuvent-ils éduquer, équiper et habiliter les patients?

## Le manuel *Healthwise* de Kaiser Permanente



## Résultats de l'étude pilote

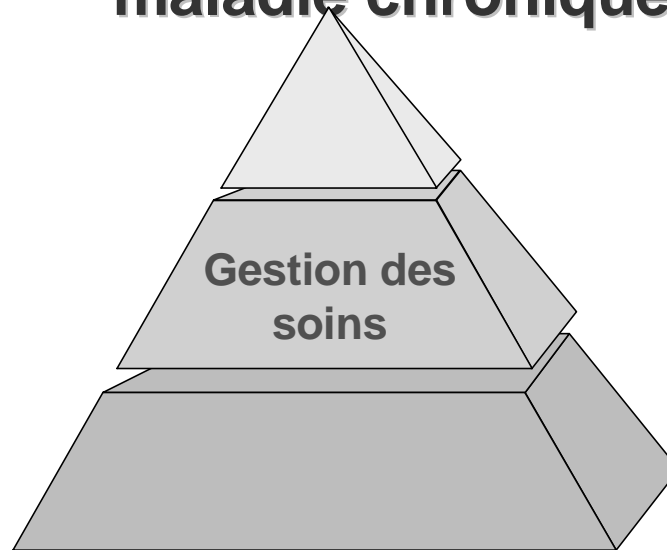
- Grande utilisation du manuel
  - **70 % au cours des 6 derniers mois**
- Amélioration de la confiance en soi chez les membres
  - **71 % plus confiants**
- Augmentation de la satisfaction des membres
  - **60 % plus positifs à propos de KP**
- Utilisation plus appropriée
  - **50 % des membres rapportent avoir économisé un appel ou une visite chez le médecin**
- Amélioration de la satisfaction du personnel

**KAISER PERMANENTE**

## **Groupes dirigés par les pairs**

**KAISER PERMANENTE**

**Un programme pour les membres atteints d'une maladie chronique**



## **Groupes dirigés par des pairs**

- **Petits groupes de 10 à 16 personnes**
- **2 heures et demie par semaine pendant 6 semaines**
- **Personnes atteintes de maladies différentes dans le même groupe**
- **Dirigés par des personnes qui souffrent d'une maladie chronique**
- **Processus : autoefficacité, planification des actions, échange**

Chronic Conditions Self-Management Program  
<http://www.stanford.edu/group/perc/>

## **Leaders des groupes**

- **Patients n'appartenant pas au domaine médical et atteints d'une maladie chronique ou plus**
- **Les leaders suivent une formation de 4 jours**
- **Les recrues reçoivent un manuel détaillé du leader qui est un guide destiné à enseigner le programme point par point**

## Contenu du programme

- **Élaborer un programme d'exercices et le suivre**
- **Gérer la fatigue**
- **Faire face à la colère et à la dépression**
- **Gérer la douleur et le stress**
- **Développer des habiletés de communication**
- **Utiliser les médicaments appropriés**
- **Adopter une saine alimentation**
- **Développer des compétences en résolution de problèmes et en prise de décision**

## Résultats

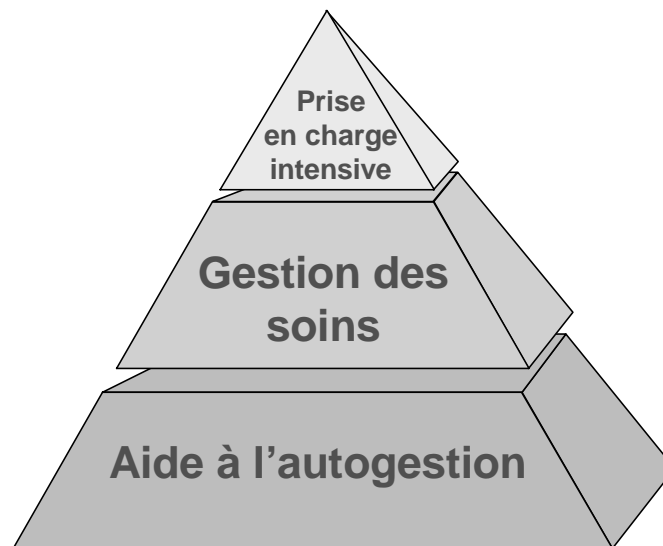
- **Amélioration des comportements face à la santé, l'autoefficacité et l'état de santé**
- **Rentabilité – le retour sur l'investissement est estimé entre 5:1 et 10:1 à cause d'une réduction des séjours hospitaliers et des visites à l'urgence et chez le médecin**
- **Les résultats durent longtemps et sont solides (2 ans et +)**

Lorig K., et al., *Medical Care*, 1999, 37, p. 5-14.  
Lorig K., Sobel DS, *Effective Clin Practice*, 2001, 4, p. 256-262.  
Lorig K., et al., *Medical Care*, 2001, 39, p. 1217-1223.

## Résultats

- **État de santé**
  - Moins de fatigue
  - Moins d'incapacité
  - Amélioration du rôle et de la fonction
- **Autogestion**
  - Plus de minutes d'exercice
  - Augmentation du recours aux techniques de gestion de la douleur et du stress
  - Meilleure communication avec les médecins
  - Une plus grande confiance en sa capacité à gérer sa condition

## Un programme pour tous les membres



## Soins en ligne

The screenshot displays the Kaiser Permanente website interface. At the top, the logo and navigation links (Home, Sign on, Web site map, Search) are visible. Below the navigation, there are links for 'Get health advice', 'Appointments/Rx refills', 'Your plan', 'Locate our services', and 'Mailbox'. A large 'Members' section is prominent, listing benefits such as 'No referral needed for mammograms', 'Take a step to better health', and 'Get the latest health information'. A 'Featured health topics' dropdown menu is open, showing options like Asthma, Arthritis, Depression, Diabetes, Pregnancy/newborn care, and Weight management. A sidebar on the right contains a 'A vital step: Have you selected a physician?' section with a photo of a doctor.

## KP sur Internet

- **Accès au dossier médical**
  - Consultation de la liste des problèmes, des résumés de dossier, de la médication, des allergies, des prochains rendez-vous, des résultats de laboratoire, des rappels et des avertissements concernant la santé
- **Communication par courriel avec l'équipe de soin**
- **Prise et annulation de rendez-vous**
- **Renouvellement des médicaments**
- **Inscription aux cours d'éducation en santé**
- **Encyclopédies sur la santé et les médicaments**
- **Programmes de vie**
- **Tableaux de messages**

## Page d'accueil du médecin

- Information sur le médecin
- Liens vers les programmes de promotion et d'information sur la santé
- Envoyer un courriel à mon médecin


The screenshot shows the 'My Home Page' for Dr. David Sobel. It includes a navigation menu on the left with links like 'Home', 'Advance Health Care Directive Form', and 'PHASE: Prevent Heart Attacks and Strokes Everyday'. The main content area displays the doctor's name, specialty (Preventive Medicine), facility (Santa Teresa Medical Center), address, telephone number, and office hours. A 'Welcome To My Home Page!' message is also visible.

## Orientation vers des programmes sur Internet

- **Succeed®**, un outil d'évaluation complet
- **Relax®** pour réduire le stress
- **Balance®** pour la gestion du poids et de la condition physique
- **Nourish®** pour une bonne alimentation
- **Breathe®** pour cesser de fumer

The screenshot shows the 'your programs' section of the HealthMedia website. It features a 'hello Heather' greeting and a list of health programs: Succeed@ (Health Assessment), Balance@, Breathe@, Nourish@, and Relax@. A message indicates that the user has a 12/31/2006 deadline to access these programs. A 'Tell Us What You Think!' section encourages feedback. The footer includes links for Help, Feedback, Privacy, and the website URL, along with a copyright notice for HealthMedia, Inc.

**KAISER PERMANENTE**



## LEARN AND LIVE Healthy Living from Kaiser Permanente


It's about being well informed. And well prepared. It's about making good choices. And making tomorrow better than today. So take a closer look at our classes, programs, and resources below. And learn how to live healthier every day.

- Health classes**  
Stretch your knowledge, maybe even your body. Join a class to discover new ways to deal with familiar challenges.
- Featured health topics**  
Be your own teacher. Read the latest information on selected health topics.
- Health calculators**  
Check out these virtual tools to see when your baby is due, if you're at a healthy weight, and more.
- Message boards**  
Learn from the personal experiences of our members as they share their success stories, suggestions, and advice.
- Weight Watchers®**  
Lose some extra pounds, at a healthy discount. We've teamed with Weight Watchers® to help you save money on regular membership fees.
- Healthy lifestyle programs**  
Achieve balance with personalized plans designed to reshape your way of life and improve your health.
- Take care of the whole you**  
Enjoy discounts on health and fitness books and videos, massage therapy, and select fitness club memberships.
- Health encyclopedia**  
We've got a few pages (actually more than 40,000) with information about health conditions and treatment options.
- Drug encyclopedia**  
Research for yourself the uses, side effects, and precautions of medications you're taking.
- 10,000 Steps® Program**  
Use a pedometer to count your steps each day, then track your progress online. You'll get the support you need every step of the way.

**KAISER PERMANENTE** Home Sign on Web site map Search

Change your region: California - Northern

Get health advice Appointments/Rx refills Your plan Locate our services Mailbox



## Get health advice

- Featured health topics**  
Want to thoroughly research selected health topics? While learning about these common conditions, you'll also discover our related tools, classes, online discussions, and health plan benefits and services.
- Health encyclopedia**  
Research a health condition, learn more about treatment options, and get in-depth information to help you make decisions about your health.
- Drug encyclopedia**  
Look up detailed information on

## Autres programmes KP

- **Éducation sur la santé physique et mentale**
- **Rendez-vous avec le groupe médical**
- **Incitation à la prévention et à la promotion de la santé**
- **Cours de prise en charge d'une maladie particulière**

## Autres programmes

### **Programme d'autogestion des maladies chroniques**

- Améliore l'état fonctionnel et diminue les visites à l'urgence et le nombre de jours d'hospitalisation des patients atteints de maladies chroniques (Lorig K *et al.*, *Medical Care*, 1999, 37, p.5-14)

### **Forum Internet de discussion sur les maux de dos**

- Réduit les douleurs chroniques du dos, les invalidités et l'utilisation des services de santé. (Lorig K.R., *et al.*, *Arch Intern Med*, 2002, 162, p. 792-796)

### **Programme de gestion du stress**

- Diminue les épisodes et les risques cardiaques de 75 % (Blumenthal J.A., *Arch Internal Med*, 1997, 157, p. 2213)

### **Écrire sur les expériences stressantes**

- Améliore les fonctions pulmonaires de 12 % dans le cas d'asthme et l'activité en cas d'arthrite de 28 % (Smyth J.M., *et al.*, *JAMA*, 1999, 281, p. 104-109)

**KAISER PERMANENTE**



**INTERNATIONAL**



# période de questions

Les patients comme partenaires :  
aide à l'autogestion des soins chez  
Kaiser Permanente

**Par Mme Beth Trudell**  
Responsable de la formation et du développement  
Kaiser Permanente

# No 1

## **Objet de la question : Les rendez-vous de groupe**

Comment se passent les rendez-vous de groupe chez KP?

### **Réponse**

Le spécialiste parle avec les membres des bienfaits de certaines pratiques et ceux-ci parlent ensuite de leur expérience, des bons coups qu'ils ont faits. Après cette discussion, le médecin rencontre les personnes pour un examen de leur condition physique. Il y a des boîtes à outils pour les médecins afin que ces rencontres de groupe soient bénéfiques pour les deux parties.

# No 2

## **Objet de la question : Télétriage**

Comment fonctionne votre service en ligne?

### **Réponse**

Nous appelons ces centres d'appel *Centre de rendez-vous et de conseil*. En Californie du Nord, on en a trois. On prend les rendez-vous médicaux ou d'urgence, on dirige les gens vers des centres d'information audio préenregistrés pour certaines problématiques ou questions et vers des infirmières-conseils au téléphone. Le plus grand nombre d'appels provient de la part de personnes qui demandent des clarifications sur leur ordonnance. On espère que les dossiers électroniques seront d'un grand support à cet égard. L'utilisation de ce service téléphonique est en pleine croissance. On répond à une panoplie de questions. Par ailleurs, nous avons aussi une section, appelée *coaching médical*, qui combine le téléphone et le partage d'informations et qui vise l'autogestion des soins. On communique avec les gens là où ils sont.

# No 3

## **Objet de la question : Incitatifs aux patients**

Avez-vous des protocoles, des incitatifs particuliers pour les patients qui souffrent de certaines maladies, par exemple d'hypertension, afin qu'elles voient leur médecin ou qu'elles prennent leurs médicaments comme il se doit?

### **Réponse**

Cette question nécessite beaucoup d'apprentissage, on ne connaît pas tout. À titre d'exemple, des entreprises offrent des incitatifs à leurs employés, par exemple sur le financement des soins. En ce qui concerne les incitatifs directs aux patients, on examine la question de près.

## No 4

### **Objet de la question : Les conseils de prévention**

Qu'est-ce qu'il faut pour que ça marche? Avez-vous des cibles d'inscriptions par exemple? Comment informer votre population qui ne vient pas nécessairement à la clinique?

#### **Réponse**

Nous avons des protocoles, comme c'est le cas pour les infirmières-conseils. Ce n'est pas seulement pour les malades chroniques. On ne peut pas donner au patient 15 conseils de prévention, il faut prioriser pour que ça fonctionne. Par exemple, chez les femmes de plus de 50 ans, on priorise la prévention du cancer du sein avec des rappels pour une mammographie tous les deux ans. Pour informer la clientèle, il y a plusieurs façons de faire, par exemple des rendez-vous de groupe pour de l'information. On appelle les gens chez eux. Les médecins trouvent des idées et les partagent ensuite si ça fonctionne. De toute façon, les membres viennent au moins une fois dans notre système de santé, que ce soit pour un changement de lunettes ou un examen gynécologique. On en profite pour regarder leur dossier électronique et les attraper pour de la prévention.

## No 5

### **Objet de la question : L'autogestion des patients**

Est-ce que l'approche d'autogestion du patient a eu un impact sur les médecins? Ces médecins reçoivent-ils de la formation pour interagir avec les patients qui ont de plus en plus de connaissances?

#### **Réponse**

Les médecins reçoivent toutes sortes de formations, par exemple sur les façons de faire des entrevues de patients. On les forme sur des choses qu'on n'apprend pas à l'école, par exemple travailler en équipe multidisciplinaire. Les formations que nous offrons visent aussi la rétention des patients. On forme les médecins pour que les patients soient intéressés à venir et que leurs traitements et sessions d'information fonctionnent. La base de ces formations vient souvent d'une observation des meilleures pratiques qu'on tente d'appliquer ailleurs. On a aussi un programme de mentorat pour les nouveaux médecins.



# sommaire de l'évaluation de la journée

## Données

- 114 inscriptions
- 113 présences
- 25 feuilles d'évaluation complétées, soit 22 % des personnes inscrites

## Évaluation globale

- 96 % des répondants ont apprécié la journée.
- 92 % des participants considèrent que cette journée a répondu à leurs attentes.

## Conférences et échanges

- De façon générale (90 %), les répondants ont qualifié les conférences de « bonnes » ou « excellentes ».
- Les échanges avec les conférenciers ont été considérés comme « excellents » pour 72 % des répondants et comme « bons » pour le reste d'entre eux.

## Organisation logistique

- L'organisation logistique a été « très bien » appréciée par l'ensemble des participants.
- L'accueil et le déroulement de la journée ont reçu une excellente évaluation de la part de 92 % des participants.
- La salle et les repas étaient satisfaisants (entre « bons » et « excellents ») pour 90 % des répondants.

## Commentaires et suggestions

- Des participants considèrent que les avenues pour le Québec du modèle de Kaiser Permanente, qu'elles soient à court, moyen ou long terme, n'ont pas été abordées.
- Selon certains, il serait intéressant de discuter plus à fond du « modèle de soins chroniques ».
- Des participants s'interrogent sur les suites à donner à cette journée et espèrent que les directeurs généraux des CSSS et les différentes organisations médicales présentes à cette journée poursuivront la réflexion.
- Il serait intéressant, selon certains participants, d'avoir une suite à cette journée afin d'évaluer, de façon pratique, ce que le modèle de Kaiser Permanente signifie pour la population. Selon eux, les intervenants du milieu devraient être exposés, eux aussi, à la présentation des ces modèles.
- De l'avis de certaines personnes, il aurait fallu consacrer deux jours plutôt qu'un à la thématique de la prise en charge et prévoir des ateliers pour échanger avec les autres participants. Il manquait, selon eux, une discussion sur les « implications pour le système de santé québécois ».
- Certains sont déçus et considèrent que le modèle de Kaiser Permanente ne correspond pas à la réalité montréalaise. Cependant, malgré les difficultés à adapter un tel modèle chez nous, des leçons sont à tirer selon certains.
- Un participant propose une solution pour mobiliser les praticiens du territoire autour de l'approche populationnelle : la RAMQ pourrait bonifier les activités médico-administratives.

# remerciements

Merci à nos commanditaires



**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

**Québec** 