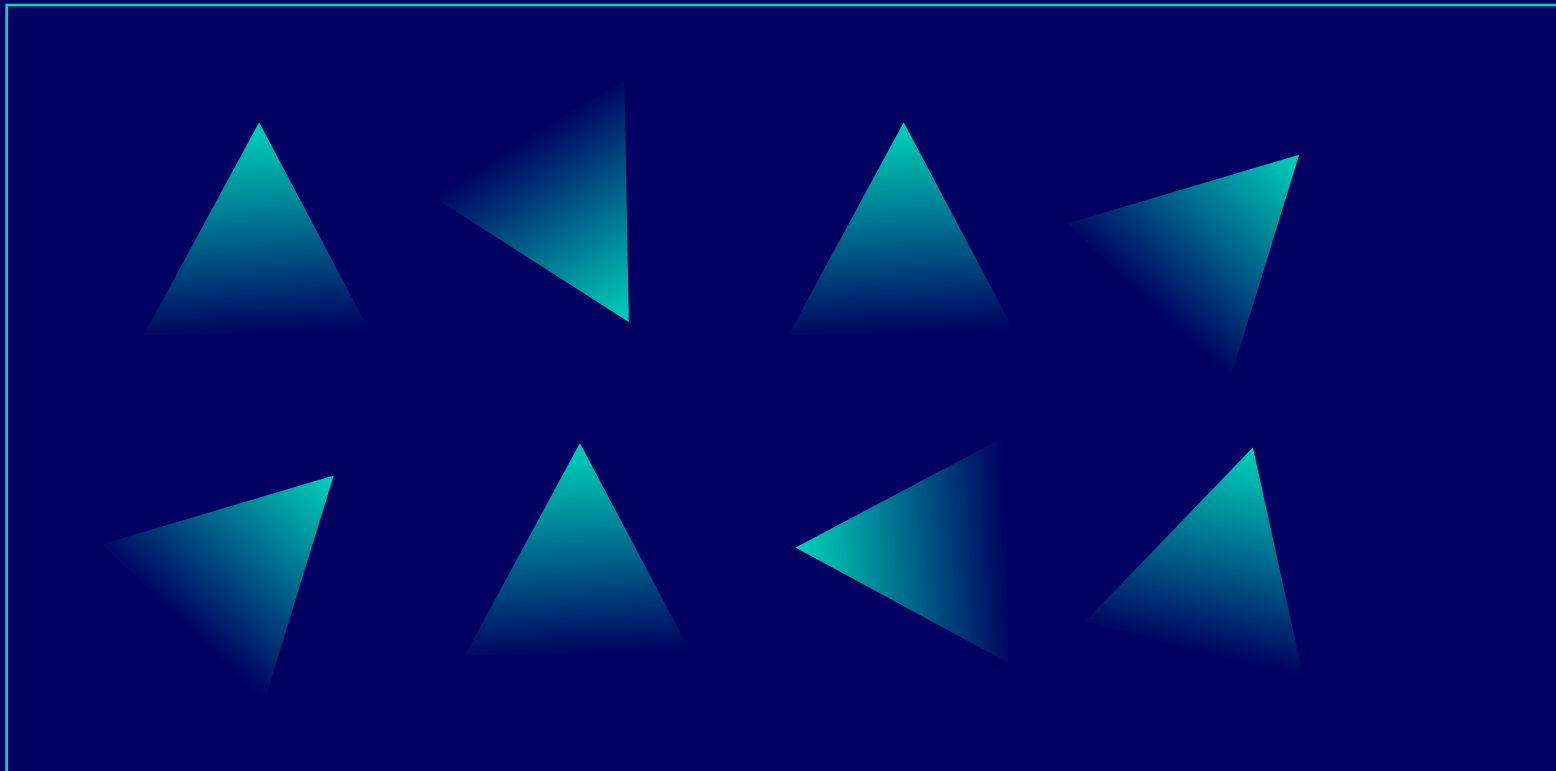




LA CONTRIBUTION DE L'APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE AU DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AXÉ SUR LA VALEUR

Perspective
stratégique du
Commissaire à
la santé et au
bien-être

Février 2025

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Recherche et rédaction

Pierre-Henri Roux-Levy

MD, PhD, stagiaire postdoctoral au CSBE et au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Emna Ben Jelili

Conseillère scientifique au CSBE, MSc., candidate au doctorat en santé publique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

Soutien scientifique

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Jean-Louis Denis

Professeur au département de politiques en santé, de gestion et d'évaluation de l'École de santé publique, à l'Université de Toronto

Révision linguistique

Gilles Bordage

Réviseur linguistique et rédacteur

Graphisme

Pro-actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-555-00540-2

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40

Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être :

www.csbe.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS 7

PRÉSENTATION DU RAPPORT ET OBJECTIFS POURSUIVIS 8

CONTEXTE 10

1. À l'international 10
2. Au Québec 12
3. Enjeux 13

MÉTHODOLOGIE 16

1. Synthèses ciblées de la littérature 16
2. Études de cas 17
 - 2.1. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES 17
 - 2.2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 18

SECTION 1

DÉFINITION CONCEPTUELLE DE L'APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE 19

1. Éléments clés 21
2. Synthèse 24

APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ET AUTRES GRANDES ORIENTATIONS SYSTÉMIQUES CONTEMPORAINES 26

1. Le continuum de soins et de services 27
2. Les niveaux d'intervention 27
 - 2.1. LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE 28
 - 2.2. LES SOINS DE DEUXIÈME LIGNE 28
 - 2.3. LES SOINS DE TROISIÈME LIGNE 28
 - 2.4. APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ET NIVEAUX D'INTERVENTION 29
3. Les soins de santé primaires 30
4. Les soins de santé intégrés 32
5. Les soins de santé axés sur la valeur 34
 - 5.1. DÉFINITION 34
 - 5.2. APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ET VBHC 36
6. Les soins de santé axés sur l'équité 39
7. Les systèmes de santé apprenants 40
8. Synthèse 41

SECTION 2

LEVIERS SOUTENANT LA TRANSFORMATION VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ POPULATIONNELLE AXÉ SUR LA VALEUR 44

1. Description des cas étudiés 46

- 1.1. CONTEXTE DES SYSTÈMES DE SANTÉ 46
- 1.2. OBJECTIFS 46
- 1.3. POPULATION CIBLÉE 46

2. Leviers pour soutenir le changement vers une approche de santé populationnelle 47

- 2.1. LA GOUVERNANCE ET LA RESPONSABILISATION 47
- 2.2. LE LEADERSHIP À TOUS LES NIVEAUX 49
- 2.3. L'ACTION À MENER POUR QUE LA SANTÉ SOIT PRISE EN COMPTE DANS TOUTES LES POLITIQUES 53
- 2.4. LES RESSOURCES, LA FINANCE ET LES CAPACITÉS 56

3. Synthèse des leviers qui soutiennent une approche de santé populationnelle au sein des cas étudiés 57

SECTION 3

APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ET NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT 59

1. L'importance des incitatifs 61
2. L'importance de la cohérence des incitatifs dans les modèles de base et complémentaires de financement 62
3. Les différents modèles de rémunération 64
4. Leçons internationales qui favorisent la mise en place d'une approche de santé populationnelle à travers des modes de paiement alternatifs 73
 - 4.1. LA FRANCE 73
 - 4.2. LES ÉTATS-UNIS (ACO) 75
 - 4.3. LE PAYS BASQUE 77
5. Vers une adaptation évolutive des mécanismes de financement 78
6. Synthèse 80

CONCLUSION 81

BIBLIOGRAPHIE 82

ANNEXE 1 : GRILLE DE VÉRIFICATION 95

ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE 97

ABRÉVIATIONS

ACO : Accountable Care Organisation

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CMS : Centers for Medicare & Medicaid Services

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DME : Dossier médical électronique

DRG : Diagnostics regroupés pour la gestion

IHI : Institute for Healthcare Improvement

IHO : Integrated health organisation

IPCDC : Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences

IZA : Integraal ZorgAkkoord — IZA/Integral Care Agreement

LSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NHS : National Health Service

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

RA : Rémunération à l'acte

RAP : Rémunération à la performance

RLS : Réseau local de services

VBHC : Value Based Healthcare

VBP : Value Based Payment

PRÉSENTATION DU RAPPORT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Ce rapport vise à informer le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après « MSSS ») et le public intéressé sur des stratégies pour mettre en œuvre une approche de santé populationnelle à l'échelle du système de santé et de services sociaux en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

L'approche de santé populationnelle est au cœur des réformes du système de santé et de services sociaux au Québec depuis plusieurs décennies. Elle renvoie à la contribution possible du système à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi qu'à sa responsabilité d'offrir des soins et services de qualité, apportant une valeur ajoutée à l'ensemble des citoyens. Au Québec, elle s'est traduite par le concept de responsabilité populationnelle. Plus spécifiquement, une stratégie forte de responsabilité populationnelle implique de s'intéresser à l'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population d'un territoire, plutôt que de se limiter uniquement aux personnes qui font appel au système.

Au Québec, la responsabilité populationnelle est reconnue depuis au moins 2005, et intégrée à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »), comme un moyen d'améliorer les résultats et la performance des soins et services de santé. Malgré cette reconnaissance et des avancées prometteuses à l'échelle locale et régionale, le développement de cette approche n'a pas connu l'essor escompté. La réforme de 2015 a notamment été perçue comme un frein à la mise en œuvre d'une approche de santé populationnelle sur le territoire.

Il apparaît également nécessaire de mieux définir le concept d'«approche de santé populationnelle» et d'en clarifier la compatibilité avec d'autres concepts favorisant les transformations et améliorations systémiques, tels que celui de «système axé sur la valeur», une orientation adoptée dans le cadre du Plan santé 2022 du MSSS (MSSS, 2022).

Ce projet vise donc à combler trois lacunes en clarifiant :

- le concept de santé populationnelle et ses liens avec d'autres orientations systémiques proposées au Québec et ailleurs;
- les leviers qui favorisent l'approche de santé populationnelle et les moyens nécessaires pour appuyer cette transformation;
- les modes de financement pouvant soutenir le déploiement d'une approche de santé populationnelle.

Après une mise en contexte et la présentation de la méthodologie, ces trois objectifs seront abordés dans des sections distinctes.

CONTEXTE

1. À L'INTERNATIONAL

Les systèmes de santé des pays occidentaux subissent depuis le début de ce siècle des pressions importantes, largement influencées par les transitions démographiques et épidémiologiques, telles que le vieillissement de la population et le coût croissant lié aux maladies chroniques. Parallèlement, les progrès technologiques renforcent les capacités d'intervention des systèmes de santé, mais engendrent également une augmentation du fardeau social et économique. Dans ce contexte, les gouvernements cherchent à améliorer l'organisation et la gestion des services de santé afin d'optimiser les retombées des ressources investies sur la santé des populations servies. En effet, depuis plusieurs dizaines d'années, différentes instances internationales promeuvent une amélioration de la santé des populations dans une perspective globale ou systémique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient une approche globale dans laquelle « les personnes, les professions, les politiques, les procédures et les informations sont considérées de façon intégrée », permettant ainsi la prestation de soins et services qui puissent répondre adéquatement aux besoins de santé individuels, mais aussi collectifs d'une population en adéquation avec ses valeurs (Boelen et Organisation mondiale de la santé, 2001). Elle propose pour cela une approche de santé populationnelle permettant de cibler « une population de référence de taille raisonnable, dans un territoire donné, en utilisant un modèle favorisant l'intégration dans la prestation des services et en évaluant ses performances grâce à un système global d'information sur la santé ». En 2008, l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) proposait trois objectifs afin de guider la transformation des systèmes de santé et une transition vers une approche de santé populationnelle : améliorer l'expérience des usagers, réduire le coût des soins de santé par habitant et améliorer la santé de la population en général (Berwick et al., 2008). L'IHI propose maintenant cinq objectifs pour la transformation et l'amélioration des systèmes de santé en ajoutant l'amélioration de l'expérience des intervenants offrant des soins et services, ainsi que l'équité en santé globale (Nundy et al., 2022).

Au cours des dernières années, plusieurs définitions d'une approche de santé populationnelle et de ses composantes ont été proposées (Agence de la santé publique du Canada, 2013; Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014). Elles favorisent une approche axée sur la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, plutôt qu'une approche biomédicale individuelle axée uniquement sur les utilisateurs de soins et services. Elles soulignent aussi l'importance de la collaboration de nombreux acteurs et organisations pour atteindre les objectifs de santé fixés.

De plus, il est aujourd'hui unanimement admis qu'il est essentiel de surveiller les déterminants de la santé de l'ensemble de la population et d'agir sur ceux-ci afin de réduire les inégalités de santé et de soutenir la création de « sociétés soucieuses de n'exclure personne, équitables, économiquement productives et en bonne santé » (OMS, 2011). L'OMS suggère notamment de « renforcer les systèmes de santé pour assurer une couverture universelle équitable et promouvoir l'accès de personnes de tous âges à des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation de qualité, principalement axés sur des [soins de première ligne] complets et intégrés ». Elle préconise une collaboration multisectorielle axée sur les déterminants de la santé et propose des conseils pratiques ainsi que des exemples d'application de cette collaboration afin d'intégrer la santé dans toutes les politiques. Cette approche s'articule autour de quatre piliers : la gouvernance et la responsabilisation; le leadership à tous les niveaux; l'action à mener pour que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques; les ressources, le financement et les capacités (OMS, 2023a).

Dans cette optique, les systèmes et organismes de santé internationaux s'efforcent de développer et d'implanter une approche centrée sur l'amélioration de la santé de la population, en adaptant leurs actions aux besoins locaux des communautés sur leur territoire respectif, en développant des stratégies intersectorielles et en intervenant sur les déterminants généraux et notamment sociaux de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2013; Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Galea et al., 2019; Dougall, s. d.; Mousquès, 2017). Ces initiatives ont pris différentes formes, allant de l'adoption de nouvelles législations et politiques de santé jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions jugées efficaces pour améliorer la santé de la population.

2. AU QUÉBEC

Le Québec a été l'un des pionniers du développement d'une approche de santé populationnelle en inscrivant dans la loi, dès 2003, une approche de responsabilité populationnelle lors de la réforme du système québécois de santé et de services sociaux (Irosoft, s. d.; INSPQ, s. d.). La loi a non seulement défini les composantes d'une telle approche, mais elle a également développé une structure organisationnelle intégrée jugée propice à son implantation avec la création des réseaux locaux de services (RLS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le Québec est alors découpé en 95 RLS, chacun chapeauté par un CSSS. Les CSSS ont la responsabilité de mettre en œuvre l'approche de santé populationnelle sur leur territoire (Fleuret, s. d.). Ces organisations avaient un mandat clair concernant l'amélioration de la santé d'une population selon une approche globale, dont la prise en compte des déterminants de la santé et l'intégration des soins et services sur un territoire. En plus de fournir des soins de santé et des services sociaux de qualité pour répondre aux besoins individuels des personnes en matière de santé et de bien-être, cette approche de santé populationnelle vise donc des objectifs plus globaux d'amélioration de la santé d'une population.

En 2015, les éléments structurants de la réforme de 2003 ont été modifiés : les agences de santé ont été supprimées, et les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont été créés (Observatoire des politiques publiques de l'Université de Sherbrooke, s. d.). Le gouvernement a procédé à la fusion et à l'intégration des CSSS au sein des CISSS et des CIUSSS. Les CISSS et les CIUSSS sont ainsi devenus responsables d'une plus grande unité territoriale et les ressources affectées aux agences de santé ont été déplacées et vouées à d'autres missions. Ainsi, les RLS et les CSSS ont été abandonnés au profit de la création de grandes organisations, implantées sur de vastes zones géographiques. La gouvernance est alors plus centralisée avec un risque de rendre les lieux de concertation moins pertinents, pouvant ainsi provoquer un resserrement des organisations sur leurs propres priorités plutôt que sur les besoins de la population (Couturier et al., 2018). Ces modifications structurelles ont déstabilisé l'opérationnalisation de l'approche de santé populationnelle en favorisant une conception managériale plutôt que participative de la gouvernance (Couturier et al., 2018; Observatoire des politiques publiques de l'Université de Sherbrooke, s. d.). Malgré tout, plusieurs CISSS et CIUSSS continuent à travailler à la mise en place d'une approche de santé populationnelle tout en adoptant des modalités d'opérationnalisation diverses tenant compte de ce nouveau contexte (CIUSSS de l'Estrie, 2016). Aujourd'hui, au Québec, cette responsabilité populationnelle dévolue aux CISSS et CIUSSS et à leurs collaborateurs reste légalement établie à la

fois dans la législation sur la santé et les services sociaux ainsi que dans le Programme national de santé publique (Barrette et Charlebois, s. d.; INSPQ, s. d.). Elle englobe actuellement l'engagement à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population dans un territoire spécifique (Barrette et Charlebois, s. d.; INSPQ, 2013; INSPQ, s. d.) :

- en fournissant un accès à une gamme de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- en assurant un accompagnement et un soutien appropriés aux individus qui ont besoin d'aide pour maintenir leur autonomie fonctionnelle, là où ils se trouvent dans leur parcours de soins;
- en agissant en amont et en s'attaquant aux déterminants de la santé.

3. ENJEUX

L'approche de santé populationnelle constitue donc un principe toujours présent du système de santé et de services sociaux québécois, où les intervenants fournissant des soins et services à la population d'un territoire partagent une responsabilité collective envers celle-ci en établissant une vision commune de la réalité territoriale des besoins exprimés et non exprimés de cette population. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement des individus dans le système, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population (Breton, 2009; Couturier et al., 2016; INSPQ, 2013; INSPQ, s. d.). Malgré cette adhésion à l'importance d'implanter un système avec une approche de santé populationnelle et des développements intéressants sur les plans local et régional au Québec, le MSSS reconnaît que la responsabilité populationnelle n'a pas connu l'essor attendu ni la portée systémique espérée : « La responsabilité populationnelle des établissements de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population sur leur territoire est appliquée de façon inégale, parfois faute de leviers ou de marge de manœuvre suffisante pour répondre aux besoins » (MSSS, 2022). La réforme de 2015 a notamment été perçue comme un frein à la mise en œuvre d'une santé populationnelle sur le territoire. Il existe des initiatives ad hoc qui comprennent des éléments pouvant se rapprocher d'une approche de santé populationnelle, comme des initiatives de soins et services coordonnés, voire intégrés (développement de communautés territoriales et de stratégies intersectorielles par le CISSS de l'Outaouais, projets structurants de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie [CISSS de l'Outaouais, 2020; IUPLSSS, s. d.]). Récemment, le développement du Plan santé 2022 visait à améliorer la marge de manœuvre des établissements : « À l'échelle locale, les

établissements bénéficieront d'un large degré d'autonomie et des moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités en faveur de soins et de services de proximité pour les usagers» (MSSS, 2022).

Aujourd'hui, l'intérêt porté au Québec pour l'approche de santé populationnelle s'inscrit dans un courant plus large sur le plan international visant à mieux adapter les systèmes de santé à l'évolution des besoins de la population, à prévenir les problèmes de santé, à améliorer la santé et le bien-être de la population et ultimement à réduire la demande de soins et services.

Ce regain d'intérêt pour l'approche de santé populationnelle au Québec s'est également accru à la suite de la pandémie du SARS-CoV-2 qui a notamment exacerbé une multitude de disparités dans les déterminants de la santé, mais aussi l'épuisement des professionnels déjà omniprésents dans toutes les disciplines (MSSS, 2022). De plus, il existe actuellement une difficulté d'intégration des soins et services malgré les réformes successives. L'organisation et l'offre de soins et services restent fragmentées et avec une coordination difficile. Les services de première ligne sont offerts par de multiples acteurs qui ne sont pas regroupés dans un modèle d'organisation permettant une meilleure réponse aux besoins (groupes de médecine de famille, pratique médicale individuelle, pratique médicale privée individuelle ou en groupe, clinique d'infirmières praticiennes spécialisées, pratique omnipraticienne dans les urgences, visites aux urgences, centres locaux de services communautaires, pharmacies communautaires et pharmacies d'établissement, etc.). Chacun des acteurs fonctionne avec des approches et des responsabilités différentes sans cohérence territoriale et populationnelle. Il existe peu ou pas de leviers de gouvernance pour assurer le développement d'une offre de services globale, intégrée, répondant aux besoins de la population des territoires (MSSS, 2022).

Par ailleurs, on constate ces mêmes enjeux de cohérence et de fragmentation dans les politiques publiques. Bien que de nombreuses politiques pour réguler les services de première ligne et les modalités de prestation de services des différents acteurs aient été rédigées, on constate peu de cohérence entre ces politiques et pas nécessairement d'approche intégrée des soins et services (Bernier, s. d.). Il semble essentiel que, d'une part, la gouvernance et l'organisation de l'offre de services tiennent compte des besoins de la population et des spécificités des territoires, et que, d'autre part, les gouvernements adoptent la santé dans toutes les politiques en tant que cadre politique global (Bernier, s. d.).

Enfin, le développement de nouveaux mécanismes de financement et d'évaluation des dépenses pour une approche de santé populationnelle semble indispensable. Par exemple, l'architecture actuelle financière pour les soins de santé et les services sociaux ne permet pas de mettre l'accent sur la santé publique ou les soins et services de première ligne (Hébert, Sully et Nguyen, 2017).

Nous souhaitons donc, par ce rapport, répondre aux objectifs suivants :

1. Section 1 : définir le concept d'« approche de santé populationnelle » et sa compatibilité avec d'autres concepts porteurs de transformations et d'améliorations systémiques, tels que celui de « système axé sur la valeur » (orientation adoptée dans le cadre du Plan santé 2022 du ministère de la Santé et des Services sociaux) (MSSS, 2022);
2. Section 2 : déterminer les leviers propices à la réalisation d'une approche de santé populationnelle sur un territoire en agissant à la fois sur les déterminants de la santé et sur l'intégration des soins et services;
3. Section 3 : identifier les nouveaux mécanismes de financement disponibles pour soutenir le déploiement d'une approche de santé populationnelle.

MÉTHODOLOGIE

Notre analyse s'appuie sur deux approches méthodologiques : deux synthèses ciblées de la littérature (objectifs 1 et 3) et des études de cas (objectif 2).

1. SYNTHÈSES CIBLÉES DE LA LITTÉRATURE

Par synthèse ciblée, nous entendons une approche sélective de la littérature visant à repérer les grandes catégories, dimensions et idées permettant de mieux comprendre les enjeux de la gouvernance et de sa transformation dans les systèmes de santé (Young, 2004). Cette synthèse s'apparente à la méthodologie des synthèses critiques interprétatives développée par Dixon-Woods (Dixon-Woods et al., 2006) dans le domaine de la recherche sur les systèmes et les organisations de santé. Ce type de synthèse ne vise pas l'exhaustivité des sources, mais une analyse approfondie et critique d'un ensemble plus limité de publications. La synthèse critique interprétative est une approche fondée sur le raisonnement, les connaissances et l'expérience d'auteurs et d'autrices dans un domaine donné. Elle est donc à la fois sélective et informée. Dans le cadre des synthèses ciblées, nous nous sommes appuyés sur un ensemble de travaux publiés dans des revues scientifiques dotées de comités de lecture (révision par les pairs) ou sur des documents de littérature grise (rapports gouvernementaux, sites Internet d'organismes institutionnels).

Pour l'objectif 1, la revue visait à définir le concept de santé populationnelle et à le positionner par rapport à des concepts ou approches fréquemment évoqués pour soutenir la transformation et l'adaptation des systèmes de santé et leur performance. Nous avons porté attention aux documents décrivant notamment les concepts de santé populationnelle, de responsabilité populationnelle, d'approche de santé populationnelle et de systèmes de santé populationnelle. Les travaux se rapportant au pilotage du changement dans des systèmes de santé ont également fait l'objet d'une attention particulière.

Pour l'objectif 3, la revue visait à approfondir le rôle des modes de financement et plus largement des incitations dans le développement et la mise en œuvre d'approches de santé populationnelle ou d'approches apparentées. Les travaux s'intéressant à de nouveaux modes de financement des professionnels de la santé et des établissements de santé ont également eu une attention particulière.

2. ÉTUDES DE CAS

2.1. Collecte et analyse des données

L'objectif 2 visait à déterminer les leviers ou mécanismes favorisant une approche de santé populationnelle et les moyens mis en œuvre en vue de soutenir cette transformation.

Afin de répondre à cet objectif, nous avons réalisé des études de cas à partir de sources secondaires d'information sur des systèmes de santé ayant misé sur une approche de santé populationnelle. Les cas ont été sélectionnés à partir des connaissances de l'équipe de recherche dans ce domaine et d'une analyse exploratoire de la littérature. Afin de vérifier si ces cas correspondaient bien à une approche de santé populationnelle, une grille de vérification a été conçue à partir des éléments clés de la définition développée dans l'objectif 1 (annexe 1). Cinq cas ont été étudiés (Pays basque, Angleterre, Pays-Bas, France, Danemark).

Les informations concernant chaque cas ont été basées sur les données disponibles dans la littérature grise et scientifique. Une grille d'analyse basée sur les éléments de la définition de la responsabilité populationnelle et des facteurs proposés pour sa diffusion ainsi que le maintien et l'extension des innovations en santé (Côté-Boileau et al., 2019) a été développée pour documenter chacun des cas à l'étude. La grille est présentée à l'annexe 2.

2.2. Présentation des résultats

Nous avons choisi de structurer la présentation synthèse des études de cas en fonction des leviers de gouvernance mobilisés dans chacune des juridictions pour développer et mettre en œuvre une approche de santé populationnelle. Les leviers représentent les stratégies ou les moyens concrets utilisés par un système de gouvernance pour influencer les comportements des acteurs et des organisations essentiels au fonctionnement et à la performance d'un système donné (Capano et Howlett, 2020). Ces leviers visent à utiliser des connaissances et des preuves pour influencer ou modifier de manière rationnelle ou délibérée le comportement des acteurs ou des organisations. Ils ont également une dimension sociale, car ils structurent les relations entre l'État et les organisations ainsi que les acteurs concernés par la gouvernance (inspiré de Denis et al., 2006; Salamon, 2002; Gilbert et al., 2007). Les différents leviers ont été répartis selon les quatre piliers définis par l'OMS dans son approche pour intégrer la santé dans toutes les politiques (OMS, 2023a; WHO, 2023b) :

- la gouvernance et la responsabilisation;
- le leadership à tous les niveaux;
- l'action à mener pour que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques;
- les ressources, le financement et les capacités.

L'OMS s'est notamment servie de ces quatre domaines d'intervention pour élaborer des conseils pratiques et des exemples de collaboration multisectorielle durable pour agir sur les déterminants de la santé, de l'équité et du bien-être (OMS, 2023a).

SECTION 1
DÉFINITION
CONCEPTUELLE DE
L'APPROCHE DE SANTÉ
POPULATIONNELLE

Dans cette première partie, nous allons tout d'abord définir notre objet d'étude. Ce concept, qui a évolué dans le temps, existe sous différents termes. Les termes francophones les plus utilisés sont « approche de santé populationnelle », « approche populationnelle », « santé populationnelle » et « approche axée sur la santé de la population » (Agence de la santé publique du Canada, 2013; Couturier et al., 2016). Le terme « responsabilité populationnelle » est celui qui a été utilisé dans le débat public et les politiques québécoises. Il est également utilisé en France, mais l'expérimentation est elle-même basée sur le modèle québécois. Les termes anglais les plus utilisés sont « population health », « population health approach », « population-based approach », « population health system » (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Kindig et Stoddart, 2003; Public Health Agency of Canada, 2013). En somme, il n'existe pas une seule appellation ou définition de ce concept. Nous allons présenter les éléments clés transversaux des principaux concepts d'approche de « santé populationnelle » décrits dans la littérature ainsi que celle adoptée en contexte québécois. Certains de ces concepts s'appuient sur des éléments complémentaires en plus de ce socle commun.

1. ÉLÉMENTS CLÉS

L'approche de santé populationnelle est fondée sur l'objectif de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être d'une population (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2013). Cette approche est axée sur la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, contrairement à une approche biomédicale individuelle axée uniquement sur la population sollicitant le système de santé. Elle implique non seulement l'intégration d'une perspective axée sur la population, mais aussi un changement significatif dans la manière dont les soins et services sont offerts aux usagers. Il ne suffit pas de considérer le citoyen simplement comme un usager à prendre en charge, mais il est essentiel de le traiter à la fois en tant qu'individu ayant une « expertise sur sa propre réalité » et en tant que « membre d'une communauté citoyenne ».

L'approche s'inscrit dans un territoire donné (local, régional) afin de tenir compte des particularités du territoire et des communautés au sein desquels la population vit (Buck et al., 2018; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Kindig et Stoddart, 2003).

Elle vise :

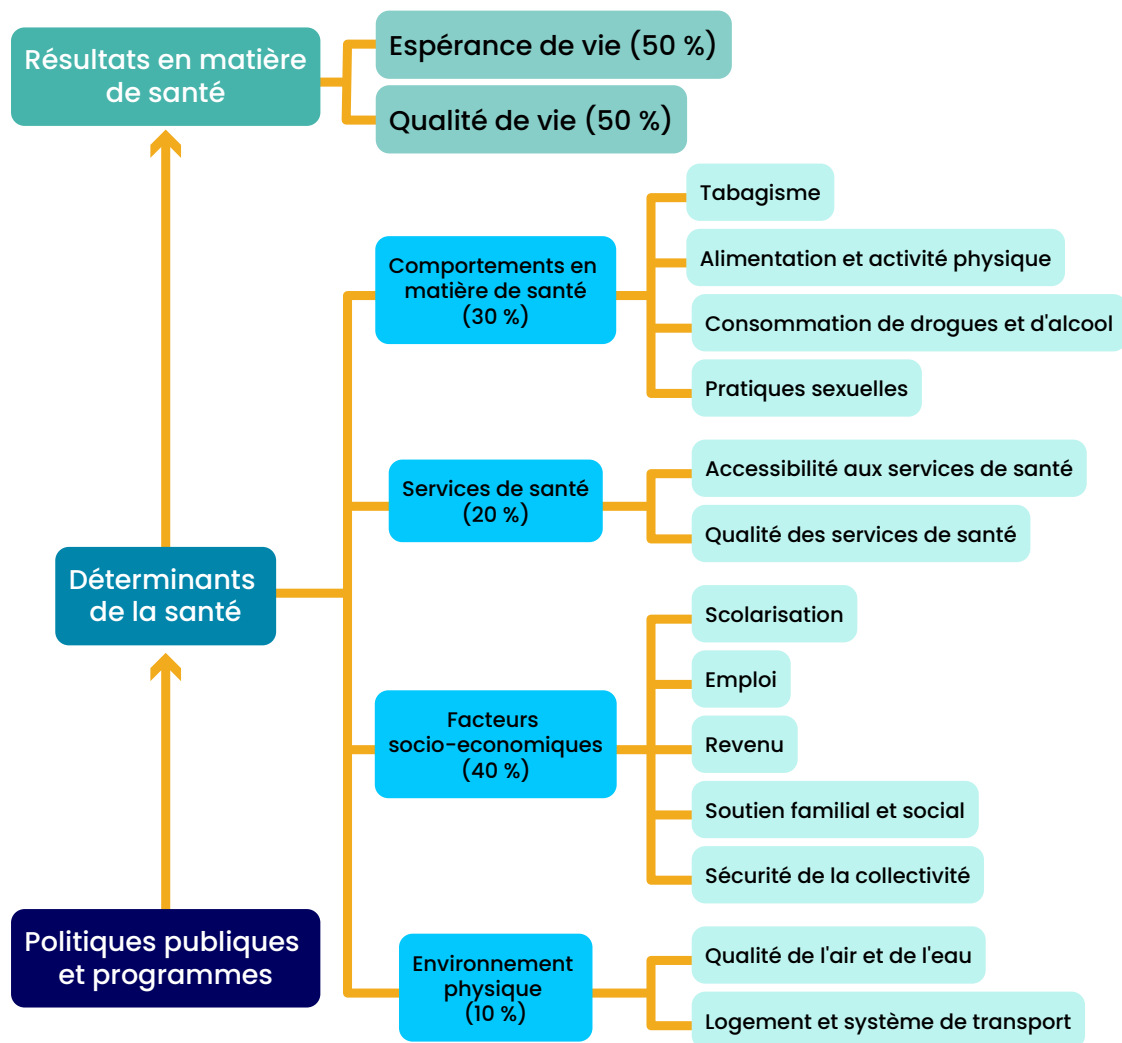
- **à répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population** (Cohen et al., 2014). En effet, il est nécessaire de convenir d'une vision commune des besoins exprimés et non exprimés de la population, ainsi que des ressources disponibles pour y répondre. Les besoins non exprimés peuvent exister pour différentes raisons (besoin non ressenti ou inconscient, honte, déni, situation de vulnérabilité ou de marginalisation, etc.). Par exemple, il est possible que les personnes en perte d'autonomie aient des besoins non exprimés si elles sont en situation d'isolement social et il est important de les identifier pour la mise en place de stratégies efficaces d'intervention. Ainsi, il devient essentiel de cerner collectivement les enjeux, de définir ensemble les priorités, de planifier les changements en intégrant une approche de santé populationnelle et de gérer de manière collaborative les ressources nécessaires à la mise en œuvre des projets afin d'améliorer la santé de la population;

- **à réduire les inégalités de santé et à favoriser l'équité en santé** (Buck et al., 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Kindig et Stoddart, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2013). La réduction des inégalités en matière de santé passe par la réduction des inégalités matérielles et sociales et l'action sur les déterminants de la santé. L'objectif est de garantir une équité en matière de santé entre les populations ou les sous-groupes populationnels qui présentent des disparités importantes.

Cette santé populationnelle ne se limite donc pas seulement à offrir des soins et des services aux personnes qui en ont besoin, elle implique également d'agir sur les facteurs qui influent sur la santé pour éviter que ces personnes aient à recourir aux services de santé. Elle nécessite :

- **de développer des stratégies intersectorielles** pour favoriser les actions, la collaboration et les partenariats entre les divers secteurs et rendre accessible un ensemble de soins de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2013). De nouveaux liens sont nécessaires avec des organisations qui ne sont pas en temps normal associées à la santé, mais dont les activités peuvent avoir une incidence sur celle-ci. Cela suppose que les acteurs traditionnels du système de santé et de services sociaux partagent leur leadership avec des acteurs d'autres secteurs, dont le monde municipal;
- **d'agir sur les déterminants de la santé** (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Kindig et Stoddart, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2013). En effet, adopter une approche de santé populationnelle exige une compréhension approfondie des déterminants de la santé (figure 1) (Jacques-Brisson et St-Pierre, 2018). Ces déterminants englobent les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui ont une incidence sur la santé des individus ou des populations. Il est important de noter que les soins de santé et les services sociaux ne représentent qu'une partie des interventions contribuant à améliorer la santé d'une population. En réalité, la majorité de cette incidence est attribuable à des facteurs sociaux et économiques ainsi qu'à l'environnement physique, par exemple la qualité du logement. De nombreux leviers pour influencer ces facteurs relèvent de partenaires d'autres secteurs. Cela souligne la limite d'une approche exclusivement axée sur les besoins exprimés et les personnes sollicitant le système de santé pour maintenir et améliorer la santé de l'ensemble de la population.

Figure 1 : Les déterminants de la santé



Source : Jacques-Brisson et St-Pierre (2018).

2. SYNTHÈSE

Le tableau 1 présente les éléments clés de la définition d'une approche de santé populationnelle, en les reliant aux principaux concepts recensés dans la littérature.

Tableau 1 : Éléments clés de la définition d'une approche de santé populationnelle et leurs liens avec les principaux concepts recensés dans la littérature

	IPCCD 2013 Québec Responsabilité populationnelle	Cohen et al., 2014 Canada <i>Population health approach</i>	Buck et al. — The King's Fund 2018 Royaume-Uni <i>Population health system</i>	Agence de la santé publique du Canada 2013 Canada <i>Approche axée sur la santé de la population</i>	Fédération hospitalière de France 2018 France Responsabilité populationnelle	Kindig et Stoddart 2003 États-Unis <i>Population health</i>
Éléments clés de la définition						
Maintenir et améliorer la santé et le bien-être d'une population entière	X	X	X	X	X	
Agir sur un territoire donné	X		X		X	X
Développer des stratégies intersectorielles	X	X	X	X	X	
Agir sur les déterminants de la santé	X	X	X	X	X	X
Réduire les inégalités de santé		X	X	X		X
Répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés	X	X				
Autres	X		X	X		

Source : Buck et al. (2018); Cohen et al. (2014); Fédération hospitalière de France (2018); Institut national de santé publique du Québec (2013); Kindig et Stoddart (2003); Agence de la santé publique du Canada (2013)

En conclusion, les différentes dimensions de l'approche de santé populationnelle présentées dans ce tableau se rapportent à deux grandes composantes : 1) une adaptation des soins et services aux populations et aux territoires en vue de mieux répondre aux besoins exprimés et non exprimés, et 2) une action sur les déterminants de la santé afin de réduire les inégalités, d'assurer une couverture universelle équitable, et de promouvoir l'accès et la participation de personnes de tous âges, groupes sociaux ou communautés à des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation de qualité.

APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ET AUTRES GRANDES ORIENTATIONS SYSTÉMIQUES CONTEMPORAINES

Nous venons de décrire les éléments clés d'une approche de santé populationnelle. Les effets d'une telle approche dépendront à terme de son caractère systémique et systématique, ainsi que de ses interactions avec les éléments structurels du système de santé et de services sociaux, et les autres courants actuels de transformation et d'amélioration des systèmes de santé (soins de santé primaires, soins de santé intégrés, soins de santé axés sur la valeur, système de santé orienté vers l'équité, système de santé apprenant, etc.).

L'objectif de cette section est de clarifier les différents concepts gravitant autour de celui d'approche de santé populationnelle et de montrer leur complémentarité ou leurs divergences. La mobilisation de ces concepts nous permettra de mieux appréhender la portée systémique et l'efficacité présumée de l'approche de santé populationnelle 1) en enrichissant notre compréhension et notre définition de cette approche et 2) en identifiant de façon granulaire la spécificité de l'approche en regard de différentes stratégies de transformation des systèmes de santé.

Nous allons donc décrire les concepts organisationnels que sont le continuum de soins et de services et les niveaux d'intervention, puis nous aborderons les différents concepts que sont les soins de santé primaires, les soins de santé intégrés, les soins axés sur la valeur, le système de santé orienté vers l'équité et les systèmes de santé apprenants. Leurs relations avec le concept d'approche de santé populationnelle seront décrites pour chacun.

1. LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES

Le continuum de soins et de services tel que décrit par l'OMS va de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. Cette description pourrait être synthétisée par l'adage «prévenir, guérir, soigner» (OMS, 2021). Le continuum de soins et de services reste un élément structurel du système de santé. Il ouvre la voie à un élargissement du rôle des soins de santé au-delà du curatif et peut être considéré comme un élément de l'approche de santé populationnelle. Le concept de santé populationnelle propose une transformation systémique du système de santé et vise à maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population tout au long de ce continuum de soins. Une attention particulière est portée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en agissant notamment sur les déterminants de la santé et, ainsi, en intervenant avant la survenue de problèmes de santé et la sollicitation des soins de santé et de services sociaux.

L'opérationnalisation de ce concept dans les systèmes de santé se retrouve entre autres dans la prolifération des réseaux de santé (*health networks*) pour favoriser des interventions cliniques ou populationnelles plus efficaces (Cunningham et al., 2012; Ferlie et al., 2011; Booth et al., 2016).

2. LES NIVEAUX D'INTERVENTION

Le système de santé (ou de soins) est structuré selon différents niveaux. Ces niveaux permettent de comprendre les rôles respectifs des organisations et intervenants fournissant des soins et services. Une approche de santé populationnelle doit tenir compte de la complémentarité et de l'importance d'une articulation optimale de ces différents niveaux. Nous allons donc décrire les soins de première ligne, les soins de deuxième ligne et les soins de troisième ligne afin de mieux comprendre l'importance de leur articulation et de leur complémentarité, ainsi que le rôle que peut jouer la notion de santé populationnelle pour une orchestration efficace de ces différents niveaux (Agence de la santé publique du Canada, 2011).

2.1. Les soins de première ligne

Les soins de première ligne (ou soins primaires) constituent le premier niveau d'intervention et le point de contact avec le système de soins de santé : lorsque les gens ont des besoins en matière de santé, ils se tournent le plus souvent vers les soins et services de première ligne. Ils doivent permettre la coordination des services de soins de santé fournis aux usagers et assurer la continuité des soins. Aujourd'hui, les soins et services de première ligne ont des missions de plus en plus étendues et comprennent la promotion de la santé, la prévention, la prise en charge des enjeux de santé les plus fréquents, la gestion des urgences de base, les services en matière de santé mentale, les soins palliatifs et de fin de vie, le suivi de santé des enfants, la santé maternelle, les services de réadaptation ainsi que l'orientation des usagers vers ces services.

2.2. Les soins de deuxième ligne

Les soins de deuxième ligne sont le niveau d'intervention qui suit celui des soins de première ligne. Les soins de deuxième ligne sont généralement décrits comme des soins médicaux fournis par des spécialistes qui n'ont généralement pas de premier contact avec les usagers. Ce niveau d'intervention est généralement requis lorsqu'un usager a besoin d'une expertise, d'un traitement et/ou d'une surveillance spécialisée. Ils sont généralement fournis par des spécialistes dans les hôpitaux ou dans d'autres structures telles que les centres de santé communautaires ou les établissements de soins de longue durée. Dans le cas de soins de longue durée, de maladies chroniques ou de soins palliatifs, les soins de deuxième ligne peuvent être donnés à domicile, dans la collectivité ou dans d'autres établissements.

2.3. Les soins de troisième ligne

Les soins de troisième ligne sont généralement décrits comme des services médicaux hautement spécialisés fournis par des spécialistes pour des affections complexes ou rares. Les soins tertiaires sont offerts dans des centres médicaux spécialisés, des centres de référence pour des pathologies rares ou des hôpitaux universitaires, et peuvent comprendre des interventions telles que des chirurgies complexes, des traitements pour le cancer ou des soins intensifs.

2.4. Approche de santé populationnelle et niveaux d'intervention

L'approche de santé populationnelle offre la possibilité de structurer efficacement les rôles et les relations entre ces différents niveaux d'intervention. De plus, les soins de première ligne constituent un des éléments clés d'un système de santé populationnelle. En effet, comme vu précédemment, ce niveau de soins est celui qui permet notamment d'agir sur la promotion de la santé, la prévention et sur les déterminants de la santé.

L'approche de santé populationnelle peut ainsi jouer un rôle essentiel dans le renforcement des soins de première ligne en offrant une intervention proactive, centrée sur les personnes et fondée sur des données, pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être d'une population définie. En identifiant des sous-groupes présentant des caractéristiques et des besoins similaires, l'approche de santé populationnelle peut permettre aux professionnels de première ligne des interventions ciblées et adaptées qui tiennent compte des besoins des différents groupes et individus (WHO, 2023a). En se concentrant sur les déterminants de la santé et les besoins psychosociaux, elle va également les aider à adopter une approche holistique pour lutter contre les inégalités en matière de santé au niveau communautaire.

Par ailleurs, en renforçant le rôle des soins et interventions de proximité et en assurant une responsabilité des organisations ou intervenants à l'égard d'une population, elle permet aussi d'assurer l'accès aux autres niveaux d'intervention lorsque cela est requis.

3. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

L'objectif de cette section est de clarifier en particulier les notions de soins primaires et de soins de santé primaires qui font aujourd'hui référence à deux concepts différents.

En effet, l'OMS fait la distinction depuis plusieurs années entre soins de santé primaires et soins primaires (WHO, 2021). Ainsi, les soins de santé primaires font référence au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé. Les soins primaires, quant à eux, sont décrits comme un élément des soins de santé primaires et désignent les soins de premier contact, accessibles et dispensés dans un cadre communautaire. (WHO, 2021).

Comme pour les soins de santé primaires, il existe des nuances dans la définition des soins primaires. Dans son article intitulé « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », A. Crismer conclut que la Déclaration d'Alma-Ata a favorisé l'émergence de deux interprétations distinctes, les soins de santé primaires étant compris soit comme un niveau d'intervention, soit comme une approche globale du système de santé (Crismer et al., 2016). Il propose de simplifier la terminologie en désignant par « soins de première ligne ou de premier échelon » ce que l'OMS appelle « soins primaires » et que certains confondent avec les soins de santé primaires. Cette proposition vise à différencier un niveau spécifique, essentiel, mais partiel, des soins de santé primaires de leur vision globale.

La notion de soins de santé primaires de l'OMS montre donc que le domaine des politiques de santé s'est interrogé très tôt sur l'importance d'adopter une vision élargie du rôle du système de santé et de ne pas se limiter à des problématiques d'accès et de disponibilité des soins et services. La notion de soins de santé primaires ouvre ainsi la voie à une conceptualisation du système de santé orientée vers l'amélioration de la santé de la population et de l'équité.

Aujourd'hui, plusieurs nuances de cette définition existent. Les soins de santé primaires sont présentés comme un moyen pour les gouvernements, les organisations internationales et la communauté internationale de donner à tous les peuples du monde un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive. La définition actuelle de l'OMS est la suivante : « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (OMS, 2023 b).

Les soins de santé primaires regroupent trois composantes interdépendantes et complémentaires :

- offrir des soins de santé complets et intégrés qui englobent les soins de première ligne ainsi que le secteur de la santé publique en tant qu'éléments centraux;
- appliquer des politiques et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants de la santé plus larges et en amont;
- impliquer les individus, les familles et les communautés et leur donner les moyens d'accroître leur participation sociale, ainsi que leur autoprise en charge et leur autoresponsabilité en matière de santé.

En somme, cette approche propose le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population tout au long du continuum de soins et services de manière équitable, et ses composantes comprennent des stratégies intersectorielles et des actions sur les déterminants de la santé. On peut donc en conclure que les éléments clés de la définition de l'approche de santé populationnelle présentés plus haut reprennent les objectifs et les composantes d'une approche de soins de santé primaires. La mise en place d'un système basé sur l'approche de santé populationnelle promeut donc une approche de soins de santé primaires telle que définie par l'OMS et l'UNICEF.

Cependant, les soins de santé primaires restent une approche générique du système de santé. Le concept d'approche de santé populationnelle propose une vision plus détaillée et concrète en décrivant notamment une gouvernance, une organisation territoriale structurée, les leviers permettant son déploiement (ressources, instruments, méthodes, etc.), le changement de culture associé, les moyens et objectifs d'évaluation.

4. LES SOINS DE SANTÉ INTÉGRÉS

Les soins intégrés sont souvent opposés aux soins fragmentés et épisodiques, et sont utilisés de manière interchangeable avec des termes comme «soins coordonnés» et «continuum de soins», entre autres. Toutes les définitions ont en commun un principe d'organisation où les besoins de l'utilisateur (ou de la population) sont au centre (WHO, 2016).

La vision des soins de santé intégrés proposée par l'Integrated Care Foundation repose sur six composantes principales (IFIC, s. d.) :

- l'approche holistique : une approche centrée sur l'individu qui vise le bien-être physique, socioéconomique, mental et émotionnel;
- la coproduction : grâce à des partenariats multisectoriels proactifs avec les individus et les communautés aux niveaux individuel, organisationnel et politique;
- la continuité : la continuité des soins dispensés tout au long de la vie;
- la coordination : des soins intégrés en fonction des besoins et des attentes des individus et coordonnés de manière efficace par de multiples intervenants et environnements;
- l'équité : des soins accessibles et disponibles pour tous;
- la durabilité : des soins efficaces, efficaces et de grande valeur, et contribuant au développement durable des systèmes de soins au fil du temps.

Il existe plusieurs modèles de soins intégrés ciblant des populations particulières. Par exemple, le modèle de Kaiser Permanente, est basé sur une série de stratégies, à différents niveaux organisationnels. Ce réseau de soins intégrés est responsable d'offrir une gamme étendue de soins de santé, incluant des moyens de gestion des maladies pour tous les usagers atteints de maladies chroniques, ainsi qu'une gestion de cas pour les usagers avec plusieurs facteurs de risque (Slama-Chaudhry, 2008). À l'inverse, le modèle PRISMA, développé au Québec, est conçu pour les personnes âgées présentant une déficience modérée à sévère et requérant une coordination entre deux services ou plus (Raïche et al., 2008). Ce modèle fonctionne comme un point d'entrée unique pour les soins de santé et les services sociaux, avec une coordination des soins et des services visant à préserver l'autonomie des personnes. En comparaison, le modèle Kaiser Permanente repose sur la stratification de la population, offrant différents niveaux de soins selon l'état de santé des usagers.

Conceptuellement, les soins intégrés et l'approche de santé populationnelle sont complémentaires en ce qui concerne la gestion des soins de santé, mais ils diffèrent par leur centre d'intérêt et leur portée. Les soins intégrés se concentrent sur la coordination des services pour offrir aux usagers des soins continus, de qualité et sans interruption. L'objectif est de briser la fragmentation des services de santé et des niveaux d'intervention (par exemple, entre les hôpitaux, les médecins généralistes et les services sociaux), et de garantir que les usagers reçoivent des soins cohérents par le biais de différents intervenants et niveaux d'intervention. Cela inclut la collaboration entre professionnels de la santé, l'amélioration de la communication et le partage d'informations. L'approche de santé populationnelle va au-delà de la simple coordination des soins, en adoptant une approche globale axée sur la santé de l'ensemble d'une population définie (par exemple, les habitants d'une région ou d'un territoire) et en agissant notamment sur les besoins non exprimés d'une population qui ne sollicite pas le système de santé et de services sociaux. Ce concept s'intéresse non seulement aux soins et services individuels, mais aussi aux résultats de santé et de bien-être de toute une population, y compris la prévention des maladies, la promotion de la santé et la gestion des déterminants de la santé (logement, éducation, environnement).

5. LES SOINS DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR

5.1. Définition

Les soins de santé axés sur la valeur (*Value-Based Healthcare* – VBHC) sont considérés comme l'un des mouvements de transformation prometteurs pour une nouvelle génération de systèmes et services de santé (Torkki et al., 2023). La valeur des soins de santé a été définie initialement par Porter et Teiseberg comme les résultats pertinents pour l'utilisateur par rapport à leur coût. Ainsi, un système axé sur la valeur (VBHC) mettrait l'accent sur les résultats plutôt que sur les produits ou le volume (nombre d'interventions ou d'actes de soins et de services) (Porter, 2010; Porter et al., 2016). La valeur aligne donc les soins sur la façon dont les usagers perçoivent leur santé en tenant en compte leurs besoins, préférences et expériences de soins dans un contexte organisationnel aux ressources limitées. Cela est d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, les besoins et la demande en soins augmentent plus rapidement que les ressources disponibles, et donc une transformation est nécessaire pour améliorer les résultats de santé à partir des ressources à notre disposition (Dieleman et al., 2016; Gray, 2016).

Cette transformation commence donc lorsque l'organisation identifie et prend en charge un segment d'utilisateurs dont la santé et les circonstances associées créent un ensemble compatible et homogène de besoins. Une équipe d'intervenants multidisciplinaire, affectée à cette fin et située au même endroit, conçoit et fournit une solution globale à ces besoins afin de conduire des améliorations continues dans les soins (Teisberg et al., 2020). Les composantes de l'agenda stratégique pour évoluer vers des systèmes axés sur la valeur sont les suivantes (Porter et Lee, 2013; van Staalduinen et al., 2022) :

- l'organisation des soins et services en fonction d'unités de pratique intégrées;
- la mesure des résultats et des coûts pour tous les utilisateurs pour tout le cycle de soins et services;
- le passage au financement par capitation ou paiement regroupé pour les cycles de soins (tous les soins et services requis pour un épisode de soins sont remboursés);
- la prestation de soins et services de manière intégrée par les différents établissements;
- l'extension des soins et services d'excellence à l'ensemble du territoire;
- la construction d'un système d'information soutenant les VBHC (systèmes intégrés et données qui suivent l'utilisateur, peu importe où il se trouve dans le système).

Cependant, le terme « valeur » dans le contexte des soins de santé est souvent défini comme étant les « résultats de santé par rapport aux coûts ou ressources consenties », dans le but d'améliorer le rapport coût-efficacité (Expert Panel on effective ways of investing in Health [EXPH], 2019). Cette définition initiale est considérée comme trop restrictive par plusieurs auteurs pour donner une portée systémique au concept de valeur.

Muir Gray décrivait le concept de valeur selon trois aspects (ou triples valeurs) (Bandurska et al., 2023; Gray, 2016; Hurst et al., 2019) :

- la valeur personnelle : des soins et services appropriés pour atteindre les objectifs personnels des usagers;
- la valeur technique (correspondant à la définition initiale de la valeur) : l'obtention des meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles;
- la valeur allocative : une répartition équitable des ressources entre tous les groupes d'usagers.

La Commission européenne a ajouté en 2019 un quatrième aspect, soit la valeur sociétale, définie comme la contribution des soins de santé et des services sociaux à la participation et à la cohésion sociales.

Selon l'Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH) de la Commission européenne, la notion de « soins de santé axés sur la valeur » semble plus appropriée que la définition initiale pour transmettre les principes directeurs des systèmes de santé solidaires. En effet, les soins de santé axés sur la valeur encouragent l'expertise et l'efficacité, plutôt que le rationnement, pour réduire les coûts et améliorer les résultats de santé des usagers. La proposition de l'EXPH a également pour effet de mieux protéger les valeurs sociétales. L'EXPH propose donc de définir les « soins de santé axés sur la valeur (VBHC) » comme un concept global reposant sur les quatre piliers de valeur que nous venons de voir : valeurs personnelle, technique, allocative et sociale (Expert Panel on effective ways of investing in Health [EXPH], 2019).

5.2. Approche de santé populationnelle et VBHC

L'approche de santé populationnelle et les VBHC sont des concepts complémentaires. En effet, le déploiement d'un système de santé populationnelle pourrait être axé sur la valeur. De plus, le concept de santé populationnelle pourrait répondre à certains enjeux des VBHC, en particulier dans une vision systémique, en incluant notamment l'ensemble de la population et du continuum de soins. En effet, malgré l'intérêt manifeste pour les VBHC en tant que tendance de gestion dans les organisations de soins de santé, peu de recherches ont été menées sur la manière dont les VBHC ont été adoptés sur les plans politique et systémique (Smith et al., 2020; Torkki et al., 2023). Des tentatives ont été faites dans le monde pour appliquer les VBHC à la prise de décision managériale et clinique, à l'allocation des ressources, aux systèmes de remboursement et à l'évaluation des performances. En ce qui concerne la gouvernance du système, les VBHC se concentrent principalement sur l'incitation des intervenants.

DÉPLOIEMENT SYSTÉMIQUE D'UN SYSTÈME AXÉ SUR LA VALEUR

Initialement, Porter et al. mentionnaient que la valeur devrait être mesurée en fonction de la pathologie de l'utilisateur, c'est-à-dire que la mesure de la valeur devrait être adaptée à chaque diagnostic. En conséquence, les VBHC s'appliquent initialement mieux aux pathologies pour lesquelles il existe un diagnostic clair et un processus curatif correspondant avec un résultat définitif (Porter et al., 2016). En effet, l'approche des VBHC vise la mesure des résultats pour des diagnostics ou des traitements individuels et permet d'établir des comparaisons entre les intervenants et les traitements afin d'aider les usagers à faire des choix pertinents. L'élaboration d'une logique de mesure maladie par maladie aide les intervenants à améliorer les résultats de soins pour des usagers particuliers (en appliquant des protocoles reconnus, en adoptant des mesures normalisées de résultats et en les mesurant) (Torkki et al., 2023).

Cependant, ce n'est a priori pas la meilleure solution pour mesurer les résultats au niveau populationnel et systémique : on risque soit de se retrouver avec de nombreux segments de population ou d'utilisateurs, soit d'omettre certains individus¹. De plus, au niveau systémique, les données doivent également permettre de comparer, tout au long du continuum de soins, les résultats et les coûts entre différents segments de population, en plus de mesurer les résultats pertinents pour chaque segment. La question reste alors de savoir comment les VBHC peuvent être utilisés pour l'ensemble des secteurs de soins et à l'échelle systémique (Pitkänen et al., 2021; Torkki et al., 2023).

¹ Le CSBE travaille à l'élaboration d'indicateurs de la valeur au niveau systémique. Une publication est prévue en 2025.

Dans cette optique, l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) a créé des indicateurs par population, notamment pour le suivi de maladies chroniques (ICHOM, s. d.). Ces indicateurs pourraient être utilisés dans un système de santé et de services sociaux avec une approche de santé populationnelle, permettant ainsi une segmentation de la population plus adaptée à une vision systémique. Cette segmentation pourrait se faire par territoire et ensuite par caractéristiques homogènes au sein du territoire. Ces caractéristiques peuvent être axées sur les conditions socioéconomiques, mais aussi sur un groupe de maladies ou de conditions des personnes.

CRÉATION DE VALEUR À PARTIR DE BESOINS NON EXPRIMÉS

Il est aujourd'hui suggéré que l'approche originale fondée sur la valeur soit élargie pour aller au-delà des problèmes de santé particuliers et prendre également en compte, par exemple, la prévention et la multimorbidité lors de la mise en place d'un système pour l'ensemble de la population (Pitkänen et al., 2021). En ce sens, Pitkänen et al. suggèrent que les objectifs de pilotage axés sur la valeur soient alignés sur des objectifs de santé publique, ce qui est le cas dans une approche de santé populationnelle (Pitkänen et al., 2021). Ainsi, un tel système ne va pas s'intéresser uniquement à la population sollicitant le système de santé, mais va créer de la valeur en tenant compte de l'ensemble de la population d'un territoire, y compris les populations en situation de vulnérabilité qui sont parfois exclues des initiatives de VBHC (Roberts et al., 2018).

DÉPLOIEMENT DES VBHC AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS

Les premiers efforts d'initiatives de VBHC se sont concentrés sur les soins et services de deuxième ligne et de troisième ligne. La majorité des outils et des développements de cette approche concerne donc ces niveaux d'intervention. Or, aujourd'hui, les exemples de cas de première ligne intégrée se multiplient dans un contexte d'amélioration de la valeur (Porter et al., 2017).

Un déploiement systémique basé sur l'approche de santé populationnelle pourrait soutenir cette transition puisque les services de première ligne et de santé publique sont des éléments clés d'un tel système, comme nous l'avons vu précédemment.

En conclusion, les VBHC constituent un modèle prometteur, mais qui présente certaines limites pour une adaptation à l'échelle systémique. La mise en œuvre des VBHC n'en est qu'à ses débuts et varie d'un pays à l'autre. D'ailleurs, Mjåset et al. ont décrit que les VBHC se déploient mieux dans certains systèmes de soins de santé que dans d'autres, la participation du gouvernement étant un des facteurs de succès décrits (Mjåset et al., 2020).

Les approches de soins de santé et de services sociaux axés sur la valeur et de santé populationnelle sont complémentaires. En effet, elles poursuivent toutes deux l'objectif d'améliorer la santé de la population avec les ressources disponibles. La première met l'accent sur la nécessité de mieux comprendre les priorités de la population, les limites des ressources et le respect des valeurs, dont la durabilité sociale et environnementale. Elle se concentre sur le système de soins de santé et de services sociaux. La seconde vise ces mêmes objectifs, mais elle cherche aussi à répondre aux besoins non exprimés de santé et de services sociaux et à intervenir davantage avant que les complications de santé surviennent. Ainsi, une approche de santé populationnelle est une occasion d'allouer des ressources plus efficacement et d'intégrer des services fragmentés, deux éléments essentiels à une prestation de soins de meilleure qualité. Toutefois, une simple réorganisation des soins ne suffira pas à produire des résultats; il est nécessaire d'avoir des structures et des processus de leadership qui permettent aux cliniciens de participer activement à la création de solutions (Ahmed, 2017). Elle mise donc sur le fait que le système de santé et de services sociaux n'est pas le seul à influencer la santé et le bien-être de la population. Un système de santé populationnelle axé sur la valeur permettrait de combiner ces deux approches complémentaires et proposerait une vision holistique de la santé de la population.

Enfin, les dispositifs nécessaires à l'approche de santé populationnelle sont tous des dispositifs requis pour un système axé sur la valeur. On peut ainsi imaginer un système se basant sur une approche de santé populationnelle et axé sur la valeur.

6. LES SOINS DE SANTÉ AXÉS SUR L'ÉQUITÉ

Le concept de soins de santé axés sur l'équité (ou *Equity-Oriented Health Care*, EOHC) repose sur l'idée que les systèmes de santé doivent non seulement traiter les maladies, mais aussi réduire les inégalités sociales et les discriminations systémiques qui affectent la santé et le recours aux soins (Douglas et al., 2019; Ford-Gilboe et al., 2018). Ce modèle s'adresse particulièrement aux populations en situation de vulnérabilité. Les soins axés sur l'équité visent à intégrer ces objectifs dans les politiques publiques en santé afin de réduire les inégalités de santé structurelles. Ce modèle appelle à une réforme des pratiques cliniques et des systèmes de gouvernance, encourageant une plus grande collaboration entre les secteurs sociaux et sanitaires.

Cette approche s'intègre donc par définition dans une approche de santé populationnelle puisque l'action sur les déterminants de la santé afin de réduire les inégalités fait partie des éléments clés d'une approche de santé populationnelle.

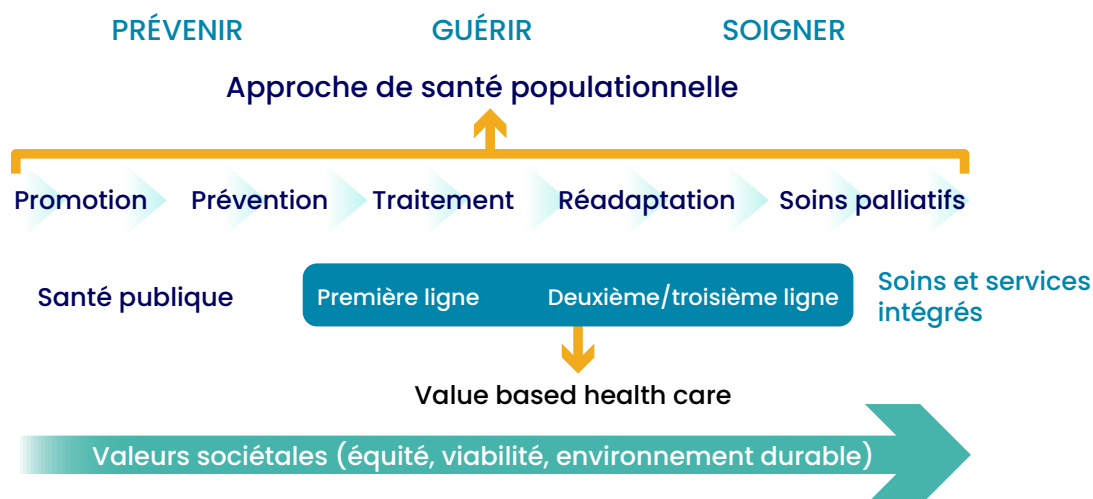
7. LES SYSTÈMES DE SANTÉ APPRENANTS

Le concept de système de santé apprenant a été introduit dans les soins de santé en 2007 par l'Institute of Medicine des États-Unis (Foley et Vale, 2023). Il le définit comme un système dans lequel « la science, l'informatique, les incitatifs et la culture sont alignés pour une amélioration et une innovation continues, avec des pratiques exemplaires intégrées de façon transparente au processus de prestation de soins et dans lequel les nouvelles connaissances acquises sont un sous-produit intégral de l'expérience de prestation des soins » (Committee on the Learning Health Care System in America et Institute of Medicine, 2013; Foley et Vale, 2023; Institute of Medicine [US] Roundtable on Evidence-Based Medicine, 2007). Les systèmes de santé apprenants peuvent faire progresser la recherche clinique grâce à la collecte et à l'analyse de milliers de données sur divers domaines à divers moments du traitement et provenant de différents programmes (Université McGill, s. d.). Il a été démontré que l'approche des systèmes de santé apprenants favorise l'innovation, comble les écarts entre les données probantes et la pratique, et améliore la qualité des soins de santé dans divers contextes (Université McGill, s. d.). L'Institute of Medicine a d'ailleurs proposé qu'un des principaux leviers pour des soins de santé axés sur la valeur réside dans la mise en œuvre de systèmes de santé apprenants (Institute of Medicine [US] et al., 2011; Menear et al., 2019). Ce concept suit des objectifs comparables à ceux de l'approche de santé populationnelle. En outre, afin de soutenir son bon fonctionnement et sa pérennité, au même titre que pour les soins de santé axés sur la valeur, un système de santé populationnelle devrait posséder les caractéristiques structurelles des services de santé apprenants, incluant l'accès aux données et leur traitement, permettant de maximiser l'effet des interventions sur la santé des usagers et de la population. D'ailleurs, Menear et al., dans leur article proposant un cadre pour un système de santé apprenant créant de la valeur, concluent que les valeurs fondamentales qui devraient sous-tendre les systèmes de santé apprenants établis au Canada comprennent l'utilisation d'un langage qui reconnaît les multiples déterminants de la santé, et l'importance de poursuivre des processus et produire des résultats en accord avec l'approche de santé populationnelle (Menear et al., 2019).

8. SYNTHÈSE

L'ensemble des concepts présentés précédemment sont complémentaires et ont des visions qui convergent dans la même direction. Tous les systèmes de santé font face aux mêmes enjeux : les stratégies d'approches pour y répondre sont différentes, mais les objectifs sont identiques. Certains vont intégrer les secteurs de la santé publique et de la première ligne, et d'autres vont le faire dans une moindre mesure. À partir de cette littérature sur l'approche de santé populationnelle et sur les orientations contemporaines en matière de politique de santé, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) propose d'inscrire l'approche de santé populationnelle dans la perspective d'un système axé sur la création de valeur (figure 2).

Figure 2 : Le système de santé populationnelle axé sur la valeur



La figure 2 représente le positionnement des différents concepts décrits précédemment au sein du système de santé populationnelle axé sur la valeur. L'approche de santé populationnelle se réalise tout au long du continuum de soins en s'appuyant sur l'ensemble des secteurs du système de santé, en particulier la santé publique et la première ligne. Elle intègre des stratégies de soins et services intégrés et permettrait l'extension des soins de santé axés sur la valeur à l'ensemble du système.

Un tel système de santé populationnelle axé sur la valeur reposerait sur les éléments clés suivants :

- **Stratégies intersectorielles** : Collaborer avec divers secteurs, en particulier la première ligne, pour offrir des services de santé et sociaux coordonnés et accessibles (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2013). La première ligne est la porte d'entrée du système de santé et ses intervenants ont une compréhension épidémiologique et sociale de la population du territoire. Les rôles de chacun doivent être clairement définis.
- **Organisation des soins et des services** : Fournir une gamme complète de soins et de services (prévention, traitement, réadaptation, etc.), avec une prise en charge continue et personnalisée ainsi qu'une coordination intersectorielle pour répondre aux besoins de la population. Il est également nécessaire d'avoir des structures et des processus de leadership qui permettent aux cliniciens de participer activement à la création de solutions (Ahmed, 2017). En outre, on doit viser une plus grande autonomie des organisations et des institutions locales, ainsi qu'une réelle décentralisation permettant l'adaptation de l'organisation des services et des actions sur les déterminants de la santé au niveau local. Le pouvoir central a donc pour mission de fixer les grandes orientations et stratégies (adaptées au niveau local), en plus de soutenir les organisations locales et de renforcer leurs compétences et capacités (The Health Foundation, 2010).
- **Portrait complet des besoins et de la santé de la population** (WHO, 2023a) : Évaluer la santé de la population à l'aide de données sociodémographiques et sanitaires. L'évaluation des besoins exprimés et non exprimés de la population peut se faire à l'aide d'outils de stratification du risque ou de modèles prédictifs conçus à cet effet. Une segmentation est nécessaire pour prédire les besoins et les coûts des soins de santé, permettant des interventions plus adaptées et efficaces. À partir des résultats obtenus avec ces outils, différentes stratégies de segmentation de la population sont utilisées afin de répondre au mieux aux besoins. Le portrait complet de la santé de la population requiert, pour distribuer les responsabilités locales, une compréhension plus fine de la santé des individus, surtout si ceux-ci font partie de sous-groupes populationnels en situation de vulnérabilité ou présentant des conditions chroniques.

- **Action sur les déterminants de la santé** (Buck et al., 2018; Cohen et al., 2014; Fédération hospitalière de France, 2018; Institut national de santé publique du Québec, 2013; Kindig et Stoddart, 2003; Agence de la santé publique du Canada, 2013) : Influencer les facteurs sociaux et économiques (logement, emploi, éducation) qui affectent la santé, en collaboration avec d'autres secteurs. Adopter une approche de santé populationnelle exige une compréhension approfondie des déterminants de la santé. De nombreux leviers pour influencer ces facteurs relèvent de partenaires d'autres secteurs. En effet, l'action sur les déterminants de la santé n'est pas une responsabilité exclusive du système de santé et de services sociaux, mais une responsabilité qu'il partage avec tous les autres secteurs de la société (secteurs des municipalités, de l'emploi, de l'éducation, de l'économie, etc.).
- **Rôle des communautés** (Buck et al., 2018) : Reconnaître l'influence de l'environnement local et des réseaux sociaux sur la santé, notamment la santé mentale.
- **Engagement participatif** : Inclure la population et les représentants d'usagers dans la définition des besoins et l'évaluation des services, en rendant compte des résultats. Des démarches participatives avec la population peuvent également aider à définir les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, ainsi que l'offre de soins et de services qui répond aux besoins de la population locale (Institut national de santé publique du Québec, 2013).
- **Bien-être des intervenants** (Bodenheimer et Sinsky, 2014; Dougall et al., 2018; Sikka et al., 2015) : Intégrer le bien-être des intervenants comme un objectif essentiel pour garantir la qualité des soins. Cet élément fait d'ailleurs partie d'un des cinq objectifs en santé. L'optimisation de la santé et du bien-être de la population ne peut se faire sans le bien-être des intervenants.
- **Évaluation de la performance du système axé sur la valeur** : Mesurer la performance du système en fonction des résultats importants pour la population et des ressources disponibles, en mettant l'accent sur l'équité, l'efficacité et la durabilité. Le CSBE définit la valeur comme « l'ensemble des résultats importants pour la population, produits par le système de santé et de services sociaux, en considérant les ressources allouées et les valeurs sociétales. Ainsi, un système de santé et de services sociaux crée de la valeur lorsque, de façon équitable, efficiente et viable, il contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, répond à ses besoins et ses priorités et favorise la protection sociale et la durabilité environnementale de la société ».

SECTION 2

LEVIER SOUTENANT LA TRANSFORMATION VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ POPULATIONNELLE AXÉ SUR LA VALEUR

La section 1 du rapport nous a permis de décrire les éléments constitutifs d'un système de santé populationnelle axé sur la valeur. L'objectif de la présente section est de présenter les leviers qui favorisent une transformation vers un système de santé populationnelle et les moyens mis en œuvre en vue de soutenir cette transformation à partir d'études de cas. La synthèse des études de cas est présentée en fonction des quatre piliers définis par l'OMS (cf. méthodologie) et mobilisés dans chacune des juridictions pour développer et mettre en œuvre une approche de santé populationnelle.

1. DESCRIPTION DES CAS ÉTUDIÉS

1.1. Contexte des systèmes de santé

Les systèmes de santé étudiés étaient tous des systèmes universels, c'est-à-dire dans lesquels l'État assure une part importante du financement des soins de santé (Angleterre, France, Pays-Bas, Pays basque, Danemark). Leur découpage territorial était varié, avec des gouvernances qui pouvaient être :

- centralisées, c'est-à-dire dont les pouvoirs décisionnels sont principalement concentrés au niveau d'une autorité centrale (France, Angleterre);
- décentralisée, c'est-à-dire dont les pouvoirs décisionnels sont transférés à des niveaux locaux ou régionaux (Pays-Bas, Pays basque, Danemark).

1.2. Objectifs

Les différents processus de transformation des systèmes de santé vers une approche s'apparentant à celle de santé populationnelle décrits dans ce document s'inscrivaient tous dans un contexte de défis économiques (augmentation des coûts de la santé), démographiques (vieillessement de la population, augmentation des maladies chroniques) et de fragmentation des soins.

Les transformations des systèmes de santé étudiés mettent l'accent sur la gestion de la santé de la population, l'équité et la prévention, l'objectif étant d'améliorer l'état de santé de la population.

1.3. Population ciblée

Dans les cas étudiés, l'approche de santé populationnelle était implantée au sein d'un territoire et pour une population donnée. Les populations ciblées étaient parfois très précises, par exemple des populations atteintes de diabète de type 2, d'insuffisance cardiaque ou plus globalement de maladies chroniques.

En ce qui concerne le territoire, un modèle fréquemment trouvé était un découpage centré autour d'un ou de plusieurs hôpitaux avec des stratégies de collaboration avec le reste de l'offre de soins (France, Pays basque). Le découpage n'était néanmoins pas toujours clairement défini.

2. LEVIERS POUR SOUTENIR LE CHANGEMENT VERS UNE APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE

2.1. La gouvernance et la responsabilisation

Certains modèles de transformation ont des balises législatives qui définissent les rôles et responsabilités de chaque acteur (ex. : Pays-Bas, France, Angleterre). En effet, pour le cas de la **France**, il est inscrit dans la loi depuis 2019 que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des usagers de ce territoire », mais il n'y a pas de gouvernance responsable précise ciblée. Aux **Pays-Bas**, des accords ont été signés entre les municipalités, le ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports et un grand nombre d'acteurs du secteur de la santé : l'Accord sur les soins intégrés (Integraal ZorgAkkoord – IZA/Integral Care Agreement). L'objectif de cet accord est de renforcer les approches collaboratives au sein des régions. Des réseaux se développent avec la participation de différentes organisations, comme les compagnies d'assurance, les organisations de santé, les municipalités et les associations des usagers. Ils agissent en général dans des territoires plus petits que les régions administratives (Peeters et al., 2024). En **Angleterre**, l'approche de santé populationnelle a été décrite comme « un objectif de la politique nationale depuis plus de trois décennies » qui « a commencé à s'accélérer avec l'introduction du Health and Care Bill » et par la création de 42 *Integrated Care Systems* (ICS) par le Health and Care Act 2022 (England, s. d.; NHS England, s. d.). Le mandat officiel des ICS est l'établissement d'une approche de santé populationnelle au niveau local.

Au **Danemark**, la loi sur la santé précise que la promotion de la santé et la prévention relèvent de la responsabilité des municipalités, mais ne donne pas de détails sur ce que cela implique. Cette mesure visait à faciliter l'intégration de la promotion de la santé au sein des services sociaux municipaux, tels que les écoles, les crèches, les soins aux personnes âgées, les services sociaux, l'emploi et la planification locale. Les agences nationales et d'autres acteurs institutionnels utilisent **la «gouvernance douce» pour guider la mise en œuvre locale. En élaborant des lignes directrices et des recommandations, ils contribuent à façonner l'action locale.** Les actions des différentes municipalités dépendent des conditions de santé de la population locale et des priorités locales. L'État établit donc le cadre général permettant aux personnes de vivre en bonne santé, et les municipalités sont chargées de veiller à ce que la communauté locale offre des environnements sains ainsi que des activités et des installations de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les actions spécifiques de promotion de la santé au niveau local ne sont donc pas définies par la loi. Les actions des différentes municipalités dépendent des conditions de santé de la population locale et des priorités locales.

D'autres n'utilisent pas de cadre législatif. Au **Pays basque**, les décideurs ont choisi de ne pas élaborer d'instruments réglementaires ou législatifs en premier lieu et **l'approche de santé populationnelle a été conçue comme un plan** (Laresgoiti et Solinis, 2020). Il vise à développer une combinaison de leviers de changement, descendants et ascendants. De **nouvelles structures organisationnelles appelées Organisation intégrée de santé** (Integrated Health Organisations—IHO) ont été créées et visent à promouvoir des soins multidisciplinaires, coordonnés et intégrés entre les différents services et niveaux de soins, en favorisant notamment la collaboration et l'intégration organisationnelle entre les soins primaires et les soins spécialisés (OECD, 2023b; Polanco et al., 2015).

Par ailleurs, d'autres modèles ciblent quelques institutions existantes ou nouvellement créées pour le déploiement et la gestion d'une approche de santé populationnelle.

2.2. Le leadership à tous les niveaux

CRÉATION D'UN LEADERSHIP À TOUS LES NIVEAUX

L'approche de santé populationnelle des cas étudiés s'inscrit dans le développement d'une culture de leadership partagé et la recherche d'un équilibre entre une approche ascendante et une approche descendante (Nuño-Solinís, 2016).

Dans le cas du Pays basque, un aspect politique majeur était de montrer qu'il était nécessaire de parvenir à la transformation des systèmes de santé pour garantir leur durabilité. La stratégie du modèle de soins intégrés du Pays basque a été créée pour guider cet objectif d'action transformatrice. Dans la conception de leur modèle de soins intégrés, un processus a été lancé auquel ont participé plusieurs centaines de professionnels de santé, de décideurs et de chercheurs basques, coordonnés par l'Osakidetza (Service de santé basque responsable du système de santé) et à travers diverses actions : un World Café de réflexions stratégiques, des ateliers avec des démonstrations des outils utilisés pour l'implantation ainsi que diverses présentations et divers forums de diffusion ouverts aux contributions et suggestions (JADECARE, 2022; OECD, 2023a). Il s'agissait ainsi d'éviter les dynamiques administratives classiques en favorisant un leadership distribué, une approche inclusive et un apprentissage par la pratique au fur et à mesure de l'avancement du processus. Dans plusieurs cas, les gestionnaires agissent en tant que leaders du changement, tant à l'interne que dans la mobilisation de partenaires externes. Ils sont leaders de ces démarches de développement, en coordonnant et animant des réseaux d'acteurs.

Par ailleurs, il existe une multiplication des expérimentations adaptées en fonction des besoins du terrain et des ressources disponibles. En 2013, au Pays basque, plus de 150 initiatives ascendantes ont été lancées grâce à l'expérimentation locale et à la création de conditions permettant aux personnes sur le terrain d'identifier les meilleures solutions. Notamment, les deux tiers de ces initiatives sont liés à l'intégration clinique. De même, en France, cinq études pilotes ont été lancées au sein de cinq territoires ayant un bassin de population entre 180 000 et 360 000 habitants (FHF, s. d.).

Ces différents éléments vont dans le sens de plusieurs travaux récents qui ont montré l'importance d'une vision moins individualiste du leadership organisationnel (Ackerman et al., 2019; Weintraub et McKee, 2019). Selon ces travaux, une telle perspective paraît peu adaptée au fonctionnement d'organisations complexes marquées par une structure d'autorité fragmentée. À l'inverse, le concept **de leadership collectif** souligne l'importance de plusieurs acteurs qui partagent une vision commune dans le développement des projets de changement. Il se fonde sur la nécessité d'assurer une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership. Le leadership organisationnel reposerait donc à la fois sur la valorisation de compétences diversifiées et de différentes sources de légitimité (Denis et al., 2001).

CRÉATIONS DE NOUVELLES ORGANISATIONS

Comme décrit précédemment, une multiplication des expérimentations adaptées en fonction des besoins du terrain et des ressources disponibles a été entreprise.

Aux Pays-Bas, depuis plus d'une décennie, les initiatives gouvernementales encouragent les organisations de soins de santé et de protection sociale à collaborer au sein de réseaux intersectoriels. Neuf régions expérimentales ont été désignées en 2013 pour suivre le développement de tels efforts de collaboration, et en 2018, le mouvement « Les bons soins au bon endroit » (De Juiste Zorg op de Juiste Plek) a été introduit, mettant l'accent sur la collaboration comme condition préalable à des soins de qualité (Hofdijk et al., 2022; Peeters et al., 2024; Zaken, 2018). Ces réseaux impliquent diverses organisations telles que des compagnies d'assurance maladie, des organismes de santé et de protection sociale, des municipalités et des groupes de défense des usagers. Récemment, l'accord de soins intégrés (Integraal ZorgAkkoord, IZA) 2022 a mis l'accent sur de tels efforts de collaboration dans les régions administratives de soins de santé.

En Angleterre, 42 ICS ont été créés. Chaque ICS dispose d'un conseil de soins intégrés (*integrated care boards* — ICB). Les ICB sont des organisations du NHS chargées de planifier les services de santé pour leur population locale. Ils gèrent le budget du NHS et travaillent avec les autorités locales du NHS, telles que les hôpitaux et les cabinets de médecins généralistes (England, s. d.). Les ICB et les autorités locales de chaque ICS gèrent un comité mixte appelé « partenariat de soins intégrés » (*integrated care partnership* — ICP). Il s'agit d'une vaste alliance de partenaires qui ont tous un rôle défini dans l'amélioration de la santé, des soins et du bien-être au niveau local. Ils peuvent intervenir auprès de différents secteurs : services sociaux, communautaires, entreprises sociales, éducation, logement, emploi, police et pompiers. Chaque ICP doit élaborer une stratégie à long terme (plan quinquennal commun) pour améliorer les services de santé et de soins sociaux, ainsi que la santé et le bien-être de la

population dans la région. Il comprend également des partenariats au niveau local et des accords conjoints à travers des réseaux de soins de première ligne. Il peut également assumer des responsabilités supplémentaires, comme convenu localement entre les membres. Les autorités locales, quant à elles, sont responsables des services de soins sociaux et de santé publique dans leur zone ICS, ainsi que d'autres services vitaux qui contribuent à la santé et au bien-être, tels que le logement, l'éducation, les loisirs et les transports. Elles doivent tenir compte de la stratégie de soins intégrés ICP lors de la planification et de la prise de décision.

Au Pays basque, comme mentionné précédemment, de **nouvelles structures organisationnelles appelées Organisation intégrée de santé** (*Integrated Health Organisations—IHO*) ont été créées et visent à promouvoir des soins multidisciplinaires, coordonnés et intégrés entre les différents services et niveaux de soins, en favorisant notamment la collaboration et l'intégration organisationnelle entre les soins primaires et les soins spécialisés (JADECARE, 2022; OECD, 2023b; Polanco et al., 2015). **Les IHO sont des réseaux de services de santé qui offrent des soins coordonnés à travers le continuum de soins. Ils sont implantés autour d'un hôpital régional et sont responsables de la couverture d'une gamme de services de soins primaires, spécialisés dans les soins de santé sociaux, pour une population géographiquement définie. Ils ont leur propre budget et ont la même gestion et les mêmes objectifs. Un seul budget est donné par IHO pour encourager les professionnels à travailler ensemble et à fournir le bon niveau de soins.**

Par ailleurs, il est à noter que d'autres expériences internationales ont essayé de répondre plus formellement aux enjeux de santé publique et de soins au sein d'une même structure de gouvernance, dont le Kaiser Permanente et la Veterans Health Administration. Dans ces modèles, les gestionnaires cherchent à optimiser la prise en charge de leur population par différentes interventions sur le continuum de services. Ils mettent davantage l'accent sur les composantes touchant l'offre de services directs et ils s'inscrivent dans un contexte assurantiel. D'autres modèles internationaux sont davantage orientés vers une approche communautaire, comme les pays scandinaves. Ces modèles mettent l'accent sur une approche globale en développant plusieurs interventions en lien avec les composantes de promotion de la santé et sociales.

ACTIONS INTERSECTORIELLES

Des structures de gouvernance et de gestion sont nécessaires pour parvenir à un sentiment de **responsabilité partagée**. Cela souligne l'importance de soutenir les objectifs régionaux des partenariats en s'appuyant sur des structures de gouvernance et de gestion qui fournissent des canaux de communication clairs et une clarté sur les rôles et les fonctions.

Des stratégies organisationnelles avec une définition précise de rôles pour chaque partie prenante et la création d'organismes ou de structures responsables du déploiement sont souvent mises en place (OHI – Pays basque, Réseaux intersectoriels – Pays-Bas, ICS – Angleterre).

Dans le modèle du Pays basque, la stratégie de santé populationnelle s'est plutôt matérialisée en agissant sur les principaux facteurs de risque pour les usagers qui sont atteints de maladies chroniques (ex. : abandon du tabac, prescription de modes de vie sains, soins aux personnes âgées). Cette vision repose sur une **responsabilité individuelle de l'utilisateur** (autogestion) et une participation de celui-ci à la prise de décision. Plusieurs stratégies cherchent à agir sur l'ensemble du « continuum de soins » pour favoriser la collaboration et l'intégration entre les différents intervenants. Cela passe le plus souvent par 1) un dossier clinique unifié, 2) des soins cliniques intégrés, 3) le développement d'hôpitaux subaigus, 4) des compétences infirmières avancées, 5) la collaboration entre les secteurs de la santé et des services sociaux, ainsi que 6) le financement et la sous-traitance (OECD, 2023b).

Aux Pays-Bas, à la suite de la mise en œuvre de l'IZA, de nouveaux réseaux intrarégionaux ont été créés au sein des régions administratives des soins de santé. Par ailleurs, dans le système de santé hollandais, une vision holistique qui intègre les déterminants de la santé a favorisé les actions intersectorielles entre le système de santé et d'autres acteurs. En effet, les politiques néerlandaises sont basées sur des objectifs de développement durable et de bien-être, regroupant divers secteurs, soit les secteurs du logement, de l'environnement de vie, de l'éducation, des politiques de revenus et de l'accès aux soins, pour créer un cadre propice à la santé et au bien-être général, en lien avec les déterminants de la santé. **Cet exemple évoque la nécessité de favoriser la participation d'autres secteurs dans l'optique d'une approche holistique de la santé.**

2.3. L'action à mener pour que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques

OUTILS DE STRATIFICATION DES RISQUES ET MODÈLES PRÉDICTIFS

L'évaluation des besoins exprimés et non exprimés de la population fait partie intégrante du concept de santé populationnelle. Dans plusieurs des cas, des outils de stratification du risque ou des modèles prédictifs ont été conçus pour répondre à cet objectif (Dueñas-Espín et al., 2016).

La modélisation prédictive des risques basée sur la population facilite l'élaboration de cartes de stratification caractérisant la distribution des strates de risque de l'ensemble de la population dans un lieu géographique donné. Elle permet de définir des segments de personnes ayant des besoins similaires en matière de santé, ce qui facilite l'identification de populations en situation de vulnérabilité et l'évaluation de besoins non exprimés, et ainsi la mise en place de mesures de prévention et de promotion de la santé (Dueñas-Espín et al., 2016). Ces segments permettent également d'ajuster les paiements des services et des professionnels d'un territoire en fonction des besoins et de l'état de santé de la population. De plus, sur le plan clinique, la prédiction du risque de problèmes médicaux bien définis peut aider les professionnels de la santé dans le processus de prise de décision. En outre, la prédiction du risque clinique peut contribuer à la classification des usagers dans le niveau d'intervention optimal, en aidant à définir des accords de soins partagés entre les soins primaires et les spécialistes. L'accessibilité et la qualité de ces outils sont donc une condition de succès d'une approche de santé populationnelle.

Le **modèle basque** utilise des outils de modélisation prédictive des risques au niveau régional. Il s'appuie sur les données des usagers pour prédire l'utilisation des services de santé (une mesure indirecte de la morbidité des usagers) au cours des 12 prochains mois (OECD, 2023a). Chaque usager reçoit un score d'indice prédictif (IP) qui reflète son utilisation attendue des services de santé par rapport au citoyen moyen du Pays basque. Par exemple, un score IP de quatre indique que l'utilisation prévue des services de santé par l'utilisateur est quatre fois supérieure à celle d'un citoyen moyen. Les professionnels de la santé peuvent accéder au score IP d'un usager via le système de dossier médical électronique (DME) – les DME au Pays basque couvrent 100 % de la population et sont interopérables entre différents niveaux de soins.

Le score de l'indice prédictif (*Predictive Index*—PI) généré par le *Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model* (ACG-PM) s'appuie sur plusieurs sources de données, notamment les DME de soins primaires et les bases de données de soins ambulatoires hospitaliers et spécialisés. Les types de données collectées à partir de ces sources comprennent :

- les facteurs sociodémographiques, notamment l'âge et le sexe;
- les données socioéconomiques;
- les diagnostics de maladies;
- les ordonnances;
- l'utilisation antérieure des soins de santé.

Les scores PI sont générés tous les deux ans, ce qui constitue l'une de leurs limites : l'état de l'usager en temps réel peut ne pas refléter avec précision l'IP généré deux ans auparavant.

Le **modèle hollandais** utilise également l'ACG-PM et vise ainsi à mieux comprendre les populations d'usagers en les classant en fonction de leur état de santé, de leurs diagnostics et de leurs caractéristiques démographiques (Girwar et al., 2021). Cette stratification aide à prédire les besoins et les coûts futurs des soins de santé, permettant des interventions plus adaptées et efficaces.

Le **modèle français** utilise des algorithmes à partir des bases de données de la Fédération hospitalière de France (elle-même utilisant les bases nationales du programme de médicalisation des systèmes d'information afin d'identifier les personnes à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque (FHF, s. d.)). La population est ensuite segmentée en fonction des besoins des usagers. Par exemple, la strate 3 des usagers présentant un diabète de type 2 représente les personnes avec un diabète « compliqué » (toutes les personnes avec un diabète de type 2 ayant au moins deux complications prédéfinies ou toutes les personnes avec un diabète de type 2 ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde). À chaque strate correspond un algorithme de prise en charge qui sert de base pour l'organisation territoriale entre les acteurs et les structures.

À partir des résultats obtenus avec ces outils, différentes stratégies de segmentation de la population sont utilisées afin de développer une offre adaptée à ses besoins.

OUTILS DE SOUTIEN AU CHANGEMENT

Les systèmes étudiés ont développé des outils pour appuyer la coopération et la collaboration entre acteurs et organisations et ainsi favoriser la circulation et l'échange d'information : guide de démarrage (France) (FHF, s. d.), trousse de prévention et de promotion de la santé (Danemark) (Healthcare Denmark, s. d.). Ces outils permettent de donner des lignes directrices pour la mise en œuvre d'initiatives locales d'approche de santé populationnelle en laissant la possibilité de s'adapter au contexte et aux besoins du terrain.

OUTILS NUMÉRIQUES ET SYSTÈME D'INFORMATION

Les outils numériques jouent un rôle clé dans le déploiement d'une approche de santé populationnelle et l'intégration des soins. Malgré les avantages que présentent ces outils, les niveaux de littératie numérique varient beaucoup au sein de la population et des professionnels. Les politiques visant à promouvoir l'utilisation des outils numériques comprennent des activités d'inclusion numérique ciblant les populations en situation de vulnérabilité, l'implication des professionnels de la santé dans la conception des outils numériques, la réalisation d'évaluations solides des outils. Plus généralement, les pays peuvent améliorer leurs systèmes d'information en santé en élaborant une stratégie numérique globale, en renforçant la gouvernance des données de santé et en développant les capacités institutionnelles et opérationnelles.

L'approche danoise pour atteindre l'équité en matière de santé comprend, entre autres, des actions pour augmenter la réactivité du système de santé en ce qui concerne la littératie (Healthcare Denmark, s. d.). En 2022, l'autorité sanitaire danoise (Health Danish Authority) a publié un rapport qui identifie des cas concrets de promotion de la santé et de soutien à la littératie en vue de favoriser l'équité en santé.

STRATÉGIES D'ENGAGEMENT PARTICIPATIF

Certaines stratégies d'engagement participatif ont été mises en œuvre. En France, au sein de cinq expérimentations, une gouvernance territoriale a été instaurée pour l'ensemble des acteurs (hôpital, acteurs de première ligne, décideurs, collectivités, associations d'usagers) (FHF, s. d.). Au Danemark, il existe une volonté d'inclure les différents secteurs, collectivités et associations d'usagers (école, mairie) (Christensen et al., 2019; Larsen et al., 2014; Healthcare Denmark, s. d.).

2.4. Les ressources, la finance et les capacités

Pour les cas étudiés, peu de littérature a été repérée concernant les financements associés au déploiement d'une approche de santé populationnelle. En revanche, des leviers économiques existent (dont des nouveaux modes de financement) pour soutenir d'autres transformations du système de santé. Ces leviers vont être présentés dans la troisième et dernière partie de ce rapport.

3. SYNTHÈSE DES LEVIERS QUI SOUTIENNENT UNE APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE AU SEIN DES CAS ÉTUDIÉS

Le tableau 2 présente la synthèse des principaux leviers soutenant une approche de santé populationnelle au sein des cas étudiés.

Tableau 2 : Synthèse des leviers soutenant une approche de santé populationnelle au sein des cas étudiés

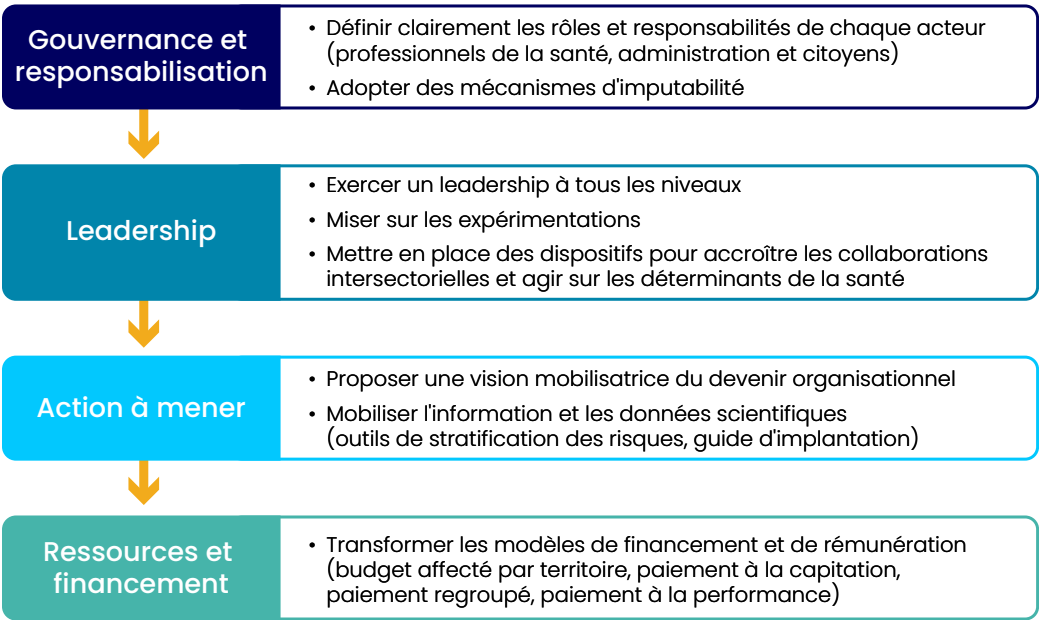
	Gouvernance et responsabilisation	Leadership	Action à mener	Ressources et financement
Pays basque	Plan d'implantation régionale	Leadership collectif coordonné par le Service de santé basque 150 expérimentations locales Création des organisations intégrées de santé	Outils de stratification des risques et modèles prédictifs	Financement mixte avec enveloppe globale calculée en fonction des déterminants du territoire, capitation, paiement à la performance
Angleterre	Cadre législatif	Création de 42 systèmes de soins intégrés	Outils de stratification des risques et modèles prédictifs	Budget local
Pays-Bas	Cadre législatif	9 régions expérimentales Réseaux intersectoriels	Outils de stratification des risques et modèles prédictifs	Non disponible
France	Cadre législatif	5 expérimentations locales	Outils de stratification des risques et modèles prédictifs Guide de démarrage pour le soutien à l'implantation	Non disponible
Danemark	Cadre souple avec lignes directrices et recommandations	Réseaux intersectoriels	Trousses de promotion et de prévention de la santé Action de soutien à la littératie	Non disponible

La mise en place d’une approche de santé populationnelle suppose donc la mobilisation de différents leviers (un seul levier semble insuffisant pour orienter un système vers une approche de santé populationnelle). De ces cas, nous retenons plusieurs messages clés qui sont présentés dans la figure 3.

Bien que les méthodes diffèrent, il semble important de définir clairement les rôles et les responsabilités de chaque acteur. Le leadership sur le plan des politiques est essentiel pour donner une échelle suffisante ou systémique à l’approche de santé populationnelle. La question d’un leadership partagé ou collectif est également importante pour soutenir la participation des travailleurs de la santé et des gestionnaires-décideurs à l’intérieur du système de santé et aussi pour appuyer les actions intersectorielles.

Le fait d’assurer un équilibre entre des stratégies descendantes et ascendantes est essentiel pour concilier les spécificités locales et les besoins locaux avec la nécessité d’intervenir à plus grande échelle. Pour ce faire, il est intéressant de miser sur des expérimentations locales et la mise en place d’organisations permettant d’accroître les collaborations intersectorielles. Enfin, cette transformation systémique devrait être soutenue par des outils innovants comme les modèles prédictifs ou de stratification du risque, des guides d’implantation et d’utilisation et de nouveaux modes de financement adaptés à l’approche de santé populationnelle.

Figure 3 : Synthèse des leviers qui favorisent l’approche de santé populationnelle



SECTION 3
**APPROCHE DE SANTÉ
POPULATIONNELLE
ET NOUVEAUX MODES
DE FINANCEMENT**

De nombreux systèmes de santé ont cherché à apporter des changements dans les modes de financement des organisations ou des intervenants qui fournissent des soins ainsi que dans le paiement des ressources afin de mieux aligner la production des soins, des services et des interventions sur les objectifs poursuivis par ces systèmes. La littérature consultée montre l'importance de ce levier pour soutenir des transformations importantes dans le système de santé. Il s'agit aussi d'un levier qui a été peu mobilisé historiquement au Québec en vue de soutenir des changements importants dans l'offre de soins et de services et l'utilisation des ressources. Nous avons donc choisi, avant de conclure ce rapport, d'approfondir la portée de ce levier pour soutenir le développement et la mise en œuvre d'une approche de santé populationnelle.

1. L'IMPORTANCE DES INCITATIFS

Les leviers économiques sont complémentaires aux autres leviers que nous avons présentés. En effet, le financement contribue à améliorer la manière dont l'approche de santé populationnelle est déployée et peut permettre au système de répondre efficacement à l'ensemble des besoins (exprimés et non exprimés) de la population en matière de santé et à leur évolution. Il convient donc d'accorder une attention simultanée aux modalités de financement et de prestation de soins et de services. Ces modalités comprennent le montant du financement que le système reçoit, la manière dont les fonds sont acheminés par le système jusqu'aux intervenants qui fournissent des services, la façon dont les médecins sont rémunérés et les mesures incitatives créées pour influencer les comportements des acteurs. Le financement est généralement accordé soit à un assureur, à une agence responsable de l'organisation des soins sur un territoire, ou directement aux établissements prestataires, tandis que les médecins, bien qu'agissant au sein de ces organisations, sont très souvent rémunérés indépendamment. Sans adaptation des mécanismes de financement aux objectifs et principes de santé populationnelle, les résultats attendus sont plutôt limités.

La mise en place de modalités de financement appropriées constitue un moyen essentiel pour soutenir le développement d'une approche de santé populationnelle. Il convient donc d'accorder une attention simultanée aux modalités de financement et de prestation de services dans la construction d'un modèle de santé populationnelle (Commission Lancet sur la santé mondiale, 2022).

2. L'IMPORTANCE DE LA COHÉRENCE DES INCITATIFS DANS LES MODÈLES DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES DE FINANCEMENT

Pour produire les résultats souhaités, les mécanismes de financement doivent être cohérents avec les objectifs poursuivis par le système de santé et de services sociaux. Comme mentionné dans la partie qui conceptualise l'approche de santé populationnelle, un des éléments clés est de fournir des soins coordonnés et intégrés qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population.

Ainsi, il est important d'adopter un ensemble cohérent de méthodes et de modèles sur les plans financier, administratif, organisationnel, de prestation de services et clinique pour créer un lien, un alignement et une collaboration tant au sein des secteurs de soins qu'entre ceux-ci. Il s'agit de coordonner les soins, d'améliorer la fluidité du parcours de l'utilisateur dans le système et de soutenir l'utilisateur dans ce circuit (Mason et al., 2015). L'objectif de ces méthodes est d'améliorer le résultat des services, la satisfaction des usagers et l'efficacité du système, puisque l'utilisateur doit traverser plusieurs services, intervenants fournissant des soins et contextes. Cependant, peu de systèmes offrent un financement intégré couvrant l'ensemble des services nécessaires à une personne sur une période donnée (Béland et Hollander, 2011; Yordanov et al., 2024). Parmi les exceptions notables, on trouve les Accountable Care Organizations (ACO) aux États-Unis, le Pays basque en Espagne et la France, où des réformes visant à intégrer davantage le financement sont en cours de déploiement. Aux États-Unis, les ACO regroupent différents intervenants qui fournissent des soins (hôpitaux, médecins, etc.) qui partagent collectivement la responsabilité de la qualité des soins et des coûts pour une population donnée. Ces organisations permettent une meilleure coordination des soins grâce à un mécanisme de partage des économies réalisées, tout en maintenant la qualité des services (OMS, 2024). De leur côté, les expériences menées au Pays basque se concentrent sur des parcours de soins spécifiques, comme les soins de maternité, où des paiements regroupés facilitent une coordination accrue des services autour des usagers (Bekker, Beijer et Lemmens, 2023). Enfin, en France, bien que le paiement à l'acte reste dominant, des réformes telles que la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visent à améliorer l'intégration des soins primaires, hospitaliers et sociaux (Or et al., 2023). Ces initiatives témoignent de la possibilité de transitionner vers des modèles de financement plus intégrés et cohérents à travers l'expérimentation, dans des contextes divers et à différents niveaux d'intervention.

Les modes de financement des infrastructures et de leurs opérations dans les systèmes de santé trouvent leur origine dans des traditions historiques distinctes, influencées par le modèle d'organisation de la protection sociale et de la sécurité sociale adopté (Badel et Pujolar, 2008; Wallace, 2013). Dans les systèmes beveridgiens, tels que ceux du Royaume-Uni ou des pays scandinaves, le financement repose traditionnellement sur des budgets historiques financés par les impôts. Ce modèle privilégie une allocation centralisée des ressources, souvent basée sur les données historiques d'utilisation, avec un accent sur l'universalité et l'équité. En revanche, les systèmes bismarckiens, comme ceux de l'Allemagne ou des Pays-Bas, s'appuient sur des cotisations sociales reliées au travail. Dans ce contexte, les paiements pour les services sont historiquement liés directement aux prestations effectuées. Ce modèle encourage une concurrence entre les intervenants qui fournissent des soins pour maximiser l'efficacité et la productivité, mais peut également orienter les priorités vers des interventions plus rentables au détriment de la prévention. Ces différences historiques de financement influencent non seulement l'organisation des soins, mais aussi la capacité des systèmes à répondre aux besoins populationnels (Tulchinsky, 2018).

En 2024, au Québec, le modèle de base de financement n'est pas cohérent avec l'amélioration des résultats de santé et la prise en charge d'une clientèle. Les médecins sont essentiellement rémunérés à l'acte, c'est-à-dire qu'ils reçoivent un paiement pour chaque service médical qu'ils fournissent, que ce soit en cabinet privé ou au sein d'un établissement hospitalier (acte médical : consultation, diagnostic, prescription, intervention chirurgicale, etc.) (Hébert, Sully et Nguyen, 2017). Ils ne sont pas payés en fonction d'un résultat de santé souhaité ou du suivi d'un protocole. La rémunération est indépendante du financement des services hospitaliers. Bien que prédominante dans de nombreux systèmes, la séparation du financement des soins médicaux et des hôpitaux entrave la prise en charge globale et coordonnée de la santé des populations. En effet, cela favorise une fragmentation des soins, où les interventions médicales sont considérées isolément, sans encourager la coordination interdisciplinaire ou la gestion intégrée des soins, ni l'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles hospitalières. De plus, la rémunération à l'acte tend à privilégier les soins curatifs, au détriment de la prévention, pourtant essentielle pour la mise en place d'une approche de santé populationnelle (Hubert, Sully et Nguyen, 2017; Reindersma et al., 2022).

Au Québec, l'évolution du système de santé et de services sociaux s'est largement appuyée sur des interventions axées sur la rémunération des intervenants qui fournissent des soins. Cette approche, souvent centrée sur des ajustements marginaux, notamment à travers le mode de rémunération à l'acte, a révélé ses limites dans la capacité à répondre aux défis structurels du système pour surmonter la fragmentation des soins, les limites du financement à l'acte, les inégalités d'accès et le manque d'intégration intersectorielle.

Par ailleurs, la reconnaissance des limites du mode de rémunération à l'acte des médecins, souvent critiqué pour son encouragement à multiplier les interventions au détriment des soins préventifs et de la coordination, a conduit de nombreux systèmes de santé à diversifier leurs approches.

Pour pallier ces insuffisances, des modalités de rémunération complémentaires ont été introduites, donnant naissance à des modèles de rémunération mixte. Ces modèles combinent généralement la rémunération à l'acte avec d'autres mécanismes, tels que les paiements forfaitaires pour la prise en charge des usagers présentant des problèmes chroniques, les incitatifs financiers pour l'atteinte d'objectifs de performance, ou encore les salaires fixes. La rémunération mixte permet ainsi de mieux aligner les incitatifs financiers des médecins sur les objectifs de santé publique, tels que la prévention, la continuité des soins et l'équité d'accès. Cette évolution reflète une recherche d'équilibre entre efficacité économique, qualité des soins et priorités populationnelles, tout en répondant aux défis particuliers des différents contextes de soins.

3. LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE RÉMUNÉRATION

Les mécanismes de rémunération peuvent représenter un outil puissant de régulation permettant de moduler les priorités cliniques et organisationnelles, et de promouvoir des objectifs tels que la qualité des soins et la performance globale des systèmes de santé (Maynard, 2012; Casale, 2007; Chaix-Couturier, 2000; Flodgren, 2011). C'est dans cette perspective que l'impact des différents modèles de rémunération sur ces dimensions mérite une attention particulière.

Tout d'abord, les modèles de rémunération sont de deux ordres : « de base » et « complémentaires ». Les trois modèles de rémunération de base identifiés sont les suivants : i) l'acte, ii) le salariat et iii) la capitation. Dans le tableau suivant, nous examinons en détail ces différents modèles, en mettant en lumière leurs avantages et leurs inconvénients.

Tableau 3 : Avantages et inconvénients des trois modèles de rémunération de base

Modèle de rémunération	Avantages	Inconvénients
Païement à l'acte : <i>L'intervenant qui fournit des soins est payé en fonction du nombre d'actes médicaux qu'il effectue, chaque acte ayant un tarif spécifique.</i>	- Encourage l'augmentation du nombre de consultations et d'interventions, améliorant potentiellement l'accès aux soins. - Rémunère directement le travail effectué, ce qui peut être perçu comme un facteur de motivation par les intervenants médecins.	- Risque de surutilisation des services de santé pour maximiser les revenus (<i>demande induite</i>). - Complexité administrative élevée avec un potentiel d'erreurs ou d'abus. - Peut nuire à la qualité des soins en favorisant la quantité plutôt que la qualité. - Prévention négligée : Ce mode favorise les actes curatifs au détriment des actions préventives, car ces dernières sont moins rémunératrices (Samson, 2009; Fujisawa et Lafortune, 2008). - N'encourage pas la pratique en équipe.
Rémunération par salaire : <i>L'intervenant qui fournit des soins est payé selon un salaire fixe, indépendamment du nombre d'usagers soignés ou de la quantité de services fournis.</i>	- Permet de se concentrer sur la qualité des soins sans pression financière. - Permet de contrôler les coûts. - Minimise la demande induite.	- Manque d'incitation à améliorer la productivité ou l'efficacité. - Moins de motivation pour optimiser la pratique médicale ou voir un grand nombre d'usagers.
Capitation² : <i>L'intervenant qui fournit des soins reçoit une somme forfaitaire par usager pris en charge, pour couvrir tous les besoins définis dans un panier de soins et services, indépendamment du nombre de consultations ou du volume de soins prodigués.</i>	- Encourage les soins préventifs et la gestion des maladies chroniques. - Incite à maintenir les usagers en bonne santé pour réduire les besoins de consultations supplémentaires. - Favorise une gestion équilibrée des coûts et des soins. - Facilite la mise en place d'une approche de santé populationnelle.	Risque de traiter les usagers de manière insuffisante ou d'éviter ceux ayant des besoins élevés pour maximiser les gains. Peut engendrer des inégalités d'accès aux soins.

Source : Fonds de recherche du Québec (FRQ) (2021).

2 Au Québec, la capitation se limite à un paiement destiné à l'inscription de l'utilisateur sur la liste de charge du médecin. Cependant, ce montant est désormais fréquemment ajusté en fonction de l'état de santé des usagers, afin de mieux refléter la complexité des besoins individuels et d'éviter que les intervenants qui fournissent des soins ne privilégient les usagers en meilleure santé, un phénomène connu sous le nom de sélection adverse.

Historiquement, la rémunération des médecins s'est principalement appuyée sur deux mécanismes : les paiements à l'acte et les salaires. Ces modèles traditionnels ont façonné l'organisation des soins dans de nombreux systèmes de santé, le paiement à l'acte favorisant la production de services individuels et le salaire garantissant une certaine stabilité pour les intervenants qui fournissent des soins. Toutefois, face aux défis croissants liés à la gestion des maladies chroniques, à la prévention et à l'équité d'accès, un troisième mode de financement, la capitation, a été introduit pour encourager une prise en charge globale des usagers (FRQ, 2021). La capitation consiste à verser un montant fixe par usager inscrit, indépendamment du nombre ou du type de services fournis. Dans la majorité des pays, la capitation couvre tous les services requis par une personne ou une population pour une période donnée, favorisant ainsi une approche plus populationnelle et préventive.

Cependant, au Québec, la notion de capitation revêt une particularité importante. Elle ne concerne pas les services médicaux offerts à l'utilisateur, mais se limite à un paiement destiné à l'inscription de l'utilisateur sur la liste de charge du médecin. Ce modèle québécois diffère donc de la capitation telle qu'elle est pratiquée dans d'autres juridictions, où elle vise explicitement à soutenir une approche intégrée et proactive des soins (Castonguay, 2013). Aujourd'hui, la capitation est presque toujours ajustée en fonction de l'état de santé de la personne assurée, afin de réduire les risques d'une sélection adverse, où les intervenants qui fournissent les soins pourraient privilégier les usagers en meilleure santé pour limiter les coûts. Cet ajustement permet de mieux refléter les besoins réels des populations et d'encourager une prise en charge équitable et efficace, tout en alignant les incitatifs financiers sur les objectifs de santé publique.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte encourage le volume d'actes médicaux réalisés, chaque acte étant tarifé à l'unité. Le salariat, ou « rémunération fixe » consiste en un revenu annuel stable, indépendant du volume d'activité du médecin, semblable aux salaires offerts dans d'autres secteurs. Enfin, la capitation prévoit un montant forfaitaire en fonction du nombre d'utilisateurs pris en charge, sans égard au nombre d'actes réalisés. Ainsi, la rémunération à l'acte et la capitation sont deux modèles liés à l'activité du médecin : dans le premier cas, les services rendus sont comptabilisés, tandis que dans le second, c'est le nombre d'utilisateurs sous la responsabilité du médecin qui est pris en compte (Struckmann, Quentin et al., 2016; Lorenzoni, Bunyan et al., 2022).

Le paiement à l'acte est, par définition, rétrospectif, tandis que le paiement par capitation et le salariat sont prospectifs. En effet, un médecin rémunéré à l'acte reçoit son paiement à la fin d'une période de facturation, après que le nombre de services rendus a été comptabilisé. En revanche, dans les modèles de salariat ou de capitation, la rémunération du médecin est prédéfinie et donc plus prévisible. Cela rend la rémunération à l'acte plus difficile à budgéter, à moins d'imposer un plafond, ce qui augmente le risque de dépassements de coûts. La majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) utilisent ces trois modes de rémunération médicale de manière combinée, selon les circonstances. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas favorisent la capitation pour rémunérer les médecins généralistes en soins de première ligne. Au Royaume-Uni, les médecins généralistes sont payés par capitation, tandis que les spécialistes sont rémunérés par salariat, dans un modèle mixte.

Le tableau 4 illustre les différentes formes d'hétérogénéité que peuvent adopter les modèles de rémunération actuels, en fonction des types de soins offerts dans certains pays de l'OCDE, notamment pour le domaine des soins primaires. Il combine deux dimensions clés : le financement des activités hospitalières (notamment par l'entremise du budget global et des groupes liés aux diagnostics, ou les diagnostics regroupés pour la gestion [DRG]) et la rémunération des médecins.

Ce tableau montre que les systèmes de santé de pays comparables sont confrontés à des défis similaires en matière de financement et de modalités de paiement des ressources. Ces systèmes cherchent à identifier des stratégies novatrices permettant de mieux aligner les mécanismes financiers sur les objectifs qu'ils poursuivent, notamment en matière d'**efficacité**, d'**équité** et de **qualité des soins**.

Plus précisément, on observe une volonté de **s'éloigner des modèles traditionnels**, comme la rémunération à l'acte, qui favorise souvent la quantité des services au détriment de leur pertinence ou de leur intégration. Les pays explorent ainsi des approches hybrides, telles que la **rémunération basée sur la performance**, les paiements forfaitaires ou les modèles de **financement populationnel**, qui visent à répondre aux besoins de santé de manière plus globale et coordonnée.

Tableau 4 : Modèles de rémunération en fonction des types de soins offerts et de pays de l'OCDE

Pays	Types de soins		
	Soins de santé primaires	Spécialisés en contexte ambulatoire	Usagers hospitaliers
Australie	RA/RAP ^[1]	RA	DRG ^[2]
Danemark	RA/capitation	Autre	Budget global
France	RA/RAP/autre	RA/RAP/autre	DRG
Allemagne	RA	RA	DRG
Canada	Capitation/RA/RAP	RA/budget global/autre	Budget global
Pays-Bas	Capitation/RA/RAP/budget global	RA/RAP	DRG
Suède	Capitation/RA/RAP	RA/RAP/budget global	Budget global
Suisse	Capitation/RA	RA	DRG
Royaume-Uni	Capitation/RA/RAP/autre	RAP/budget global/autre	DRG
États-Unis	Capitation/RA/RAP/autre	RA/RAP/budget global	DRG

Source : OCDE (2016). *Données provenant des enquêtes sur les caractéristiques de santé des pays de l'OCDE de 2012 et estimations du secrétariat de l'OCDE.*

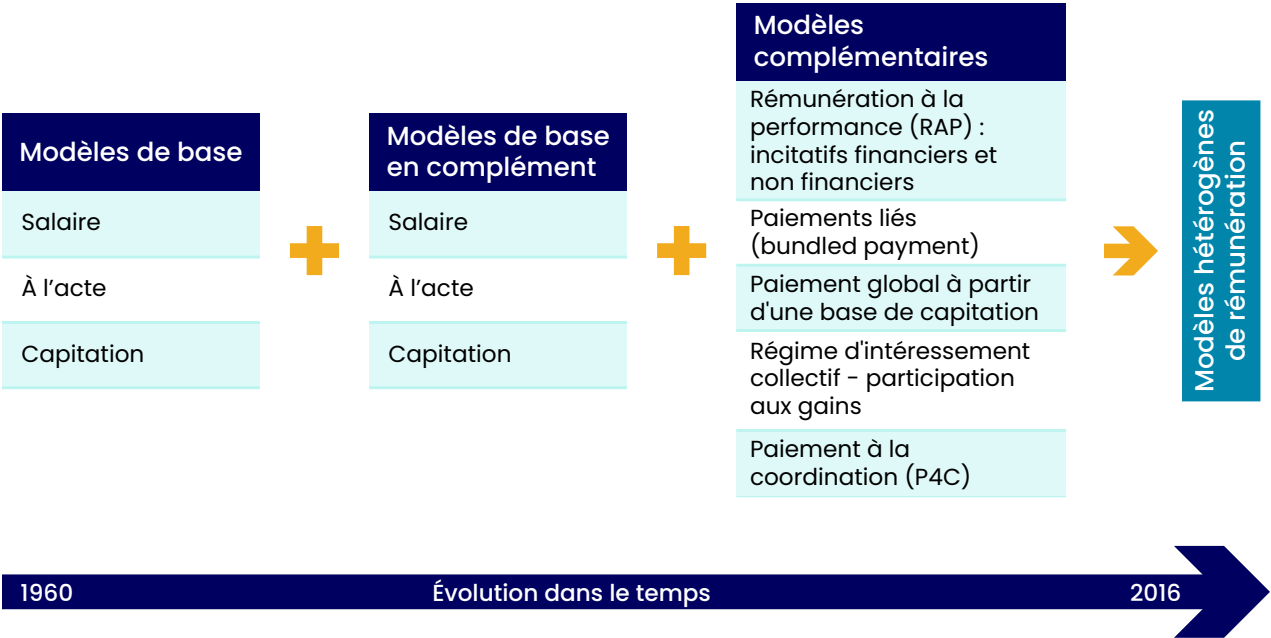
^[1] RAP : rémunération à la performance

^[2] DRG : diagnostics regroupés pour la gestion

Par ailleurs, les limites de ces approches combinées (à l'acte, salariat et capitation) ont favorisé le développement de modèles complémentaires visant à améliorer la coordination des soins et des professionnels de la santé, à optimiser la qualité des soins et à accroître l'efficacité dans la prestation des services de santé.

Ces évolutions successives ont donné naissance à des modèles de rémunération de plus en plus complexes et diversifiés. La progression de ces changements est illustrée dans la figure ci-dessous.

Figure 4 : Évolution des modèles de rémunération des médecins, 1960 à 2016



Source : FRQ (2021).

Les systèmes de paiement de soins intégrés – paiement lié, paiement global, participation aux gains – dans lesquels la rémunération médicale est incluse apparaissent comme une nouvelle façon de faire converger les nombreux objectifs des parties prenantes. Les avantages et inconvénients de chaque modèle sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Différents modèles de rémunération complémentaires

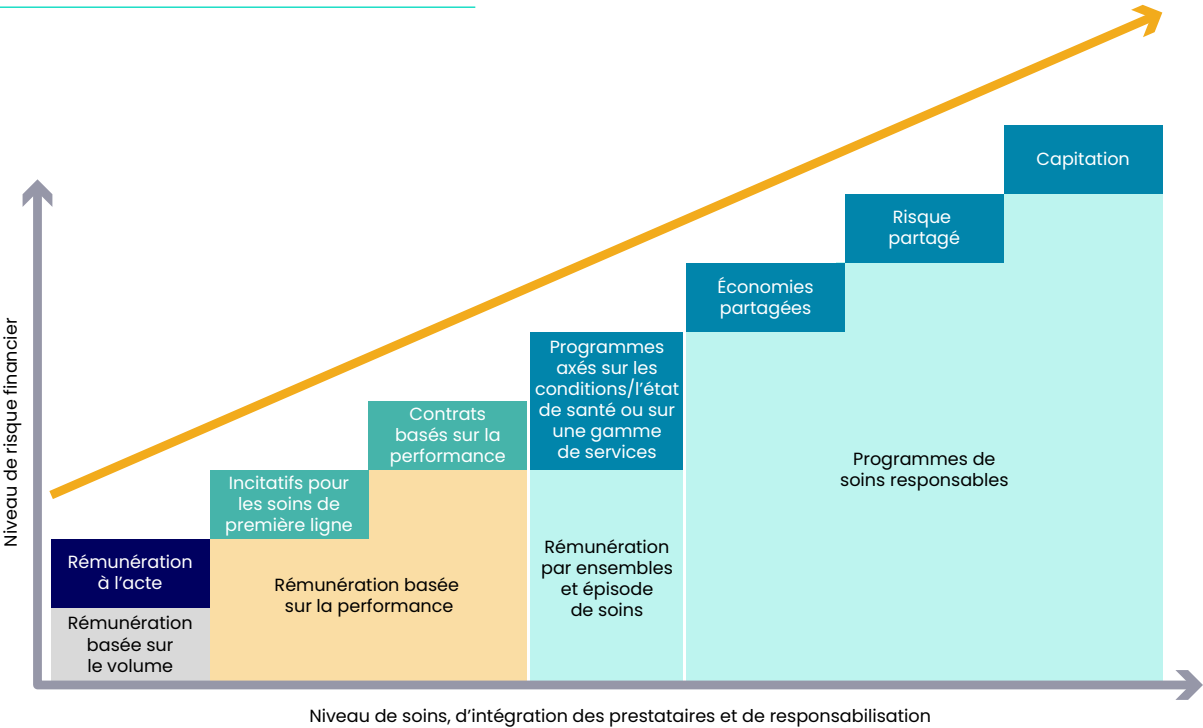
Modèles de rémunération	Description	Avantages et inconvénients
Rémunération à la performance (RAP)	Paiement additionnel basé sur l'atteinte d'objectifs. Incitatif financier : paiement additionnel versé au médecin (niveau individuel), à une équipe de médecins ou à une organisation de soins (niveau collectif), et établi selon l'atteinte d'objectifs : i) qualitatifs ou quantitatifs, visant les soins de qualité fondés sur les données probantes; ii) financiers ou non, visant le processus (intégration des intervenants de soins pour une meilleure coordination des soins). Incitatif non financier : mécanisme mis en place en vue d'obtenir des comportements souhaités des médecins (reconnaissance sociale, charge de travail, etc.).	• Contribue à la performance des médecins et des équipes soignantes • Incite à s'occuper des usagers plus à risque ou mal desservis • Favorise le développement de systèmes d'information et d'outils de mesure • Accroît la transparence du système d'incitatifs financiers • Accroît les tâches de microgestion
Paiement lié (<i>bundled payment</i>)	Forfaits rémunérant l'ensemble des actes fournis, basés sur : • un épisode de soins (ex. : arthroscopie du genou); • la prise en charge d'un usager avec une pathologie ciblée (ex. : maladie chronique).	• Contribue à l'efficacité productive des systèmes • Contribue à la pertinence et à la qualité des soins • Contribue à la coordination entre professionnels • Réduit l'orientation vers les spécialistes
Paiement global (capitation)	Montant global octroyé à une ou plusieurs organisations de soins pour couvrir les soins offerts à un nombre défini d'usagers durant une période donnée.	• Encourage les soins préventifs et la gestion des maladies chroniques • Incite à maintenir les usagers en bonne santé pour réduire les besoins de consultations supplémentaires • Favorise une gestion équilibrée des coûts et des soins • Facilite la mise en place d'une approche de santé populationnelle • Peut entraîner une diminution de l'offre si le paiement n'est pas ajusté pour le risque et qu'il n'y a pas de monitoring de la qualité adéquat
Participation aux gains/ Régime d'intéressement collectif	Montant versé sous forme de paiement direct ou d'investissement à une organisation de soins, basé sur les gains financiers ou les économies réalisés par rapport à une référence prédéfinie.	• Encourage la collaboration entre le médecin et l'organisation à des fins de meilleur contrôle des coûts et de maintien de la qualité des soins • Peut devenir un outil de réduction des coûts au lieu d'en être un d'amélioration de la performance
Paiement à la coordination (P4C)	Mécanisme de paiement qui peut être introduit le plus facilement lorsqu'il existe de nombreux intervenants individuels différents.	• Encourage la coordination entre différents acteurs du système de santé pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, notamment dans la prise en charge des usagers ayant des besoins complexes ou des maladies chroniques.

Sources : de Vries et al. (2020); Miltra et al. (2021); OCDE (2016).

Par ailleurs, comme illustrée dans la figure 5, à chaque étape, une combinaison différente de mécanismes sera nécessaire pour contrôler l'utilisation des services et les dépenses, tout en garantissant la qualité, en fonction des résultats attendus, du niveau de responsabilité et des ajustements liés au risque. En effet, le transfert progressif du risque, de l'échelon individuel du médecin vers une équipe médicale ou une organisation, nécessite une période d'adaptation pour assurer le succès de cette transformation. Une première étape pourrait consister à instaurer un financement regroupé, permettant d'expérimenter des protocoles ciblés et de développer une expertise dans la gestion collective des ressources et des risques.

Par la suite, des modèles comme le *shared savings* et le *shared risk* peuvent être introduits pour encourager l'optimisation des soins tout en partageant les gains et les responsabilités. Ces mécanismes permettent aux équipes médicales et cliniques de s'approprier progressivement les outils et les pratiques nécessaires à une gestion efficace des risques et des ressources. Une fois cette maîtrise atteinte, la transition vers un mode de rémunération par capitation devient probablement beaucoup plus réaliste et faisable, favorisant ainsi une prise en charge globale et cohérente des besoins des patients et des patientes.

Figure 5 : La gamme des modèles de rémunération de Medicaid couvre tout le continuum de la VBP



Source : Traduit de Medicaid Innovation Accelerator Program (2017).

Cependant, pour aller plus loin dans la mise en œuvre de ces modèles, il est essentiel de s'inspirer des expériences internationales. Ces expériences offrent des enseignements précieux sur la manière d'utiliser des modes de paiement alternatifs pour favoriser une approche de santé populationnelle, tout en tenant compte des contraintes et des possibilités propres à chaque système de santé.

4. LEÇONS INTERNATIONALES QUI FAVORISENT LA MISE EN PLACE D'UNE APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE À TRAVERS DES MODES DE PAIEMENT ALTERNATIFS

4.1. La France

En France, la planification stratégique exige que l'Agence régionale de santé évalue les besoins de santé de la population sur la base de données régionales concernant l'utilisation des soins de santé, la mortalité et la morbidité. Les données sont analysées par région et comparées entre les régions pour identifier la demande et les capacités excédentaires ou insuffisantes. Récemment, plusieurs tentatives ont été faites pour modifier les modèles de paiement actuels afin de favoriser la coordination des soins, le travail en équipe, la répartition des tâches et des parcours de soins plus intégrés.

Dans le secteur ambulatoire, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont soutenues par des paiements groupés liés à certains objectifs de qualité depuis 2010. Il s'agit notamment d'une somme forfaitaire par usager, versée au cabinet, pour favoriser la coordination des soins, la coopération interprofessionnelle, une meilleure accessibilité (heures d'ouverture) et la qualité des soins (Cassou, Mousquès et Franc, 2021; Mousquès et Daniel, 2015).

En 2019, pour encourager de nouveaux modèles de soins basés sur de nouveaux modes de paiement, des expérimentations locales en matière de santé ont été lancées avec un budget affecté à cette fin (article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2018). Les barrières réglementaires pour tester des innovations en matière de paiement et d'organisation des soins sont levées pour encourager les propositions ascendantes. Tous les professionnels et établissements de santé ont eu la possibilité de créer et de piloter de nouvelles organisations de soins, et de proposer des modèles de financement alternatifs, à condition qu'ils visent à améliorer la qualité des services de santé et de soins sociaux et l'expérience des usagers.

Trois modèles sont pilotés par le ministère de la Santé et l'assurance maladie (CNAM), selon une approche descendante.

Le premier modèle (**paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé, PEPS**) est piloté par des MSP ou des centres de soins intéressés par le remplacement du paiement à l'acte pour les médecins généralistes et les infirmières par un paiement annuel fixe par patient pour suivre tous les usagers d'un médecin référent, ou certaines populations vulnérables (personnes âgées, usagers présentant un diabète, etc.). Ce modèle est celui qui pourrait apporter les changements les plus importants à long terme, car il vise à remplacer le paiement à l'acte dans les soins primaires par un modèle de capitation (DGOS, 2021d).

Le deuxième modèle (**incitation à une prise en charge partagée, IPEP**) est un paiement de type P4P (paiement à la coordination) à partager entre les intervenants qui fournissent des soins volontaires dans tous les contextes. Un groupe d'intervenants qui fournissent des soins des secteurs hospitalier, ambulatoire et social recevra des paiements supplémentaires à partager, en plus du financement habituel, en fonction de ses performances mesurées par une série d'indicateurs de qualité des soins, d'expérience des usagers et de maîtrise des coûts. Les intervenants qui fournissent des soins concernés doivent créer un groupe d'au moins 5 000 usagers et définir des actions communes pour améliorer, par exemple, l'accès aux soins, la coordination des soins et la prévention. Le P4P ne remplace pas le paiement à l'activité traditionnel, mais s'y ajoute (MoH et CNAM, 2019).

Enfin, le troisième modèle (**épisode de soins, EDS**) est un système de financement basé sur les épisodes (pour les prothèses de la hanche et du genou et la chirurgie du cancer) expérimenté dans certains hôpitaux pour améliorer les parcours de soins, la coordination et l'efficacité (DGOS, 2021c). Le paiement par épisode couvre la période allant de 45 jours avant l'opération à 6 mois après celle-ci et inclut la rémunération de tous les professionnels concernés dans le cadre hospitalier et ambulatoire, remplaçant le paiement à l'acte pour chaque professionnel séparément (DGOS, 2021c). Ces modèles ont été expérimentés entre 2019 et 2024 et seront évalués avant qu'on en tire des conclusions (DGOS, 2021c; MoH et CNAM, 2019).

En somme, l'expérience française dans la mise en place de modèles de paiement alternatifs met en lumière un processus marqué par une forte logique d'expérimentation, un leadership distribué entre les agences régionales de santé, le ministère de la Santé et l'assurance maladie, et une coordination étroite entre les professionnels et les établissements de santé. Ces approches favorisent une innovation ascendante tout en s'appuyant sur une planification stratégique rigoureuse pour répondre aux besoins particuliers des populations. L'analyse révèle également l'importance de lever les barrières réglementaires pour permettre des expérimentations locales, une stratégie qui stimule la créativité des acteurs de terrain et favorise l'adaptation des solutions proposées aux besoins régionaux. La France illustre également comment l'intégration de paiements

conditionnels et de budgets ajustés au risque peut récompenser la performance tout en préservant l'équité dans l'accès aux soins. Par ailleurs, le recours à des modèles hybrides, combinant des paiements à l'acte traditionnels et des incitatifs financiers axés sur la qualité et la coordination, montre une approche pragmatique pour assurer une transition progressive vers des modes de paiement alternatifs. Les efforts pour intégrer tous les secteurs du continuum de soins, y compris les dimensions sociale et ambulatoire, dans les expérimentations témoignent d'une vision globale et intégrée de la santé, renforçant la coopération interprofessionnelle et le travail en équipe. Ces enseignements mettent en évidence le potentiel de ces initiatives pour réconcilier l'efficacité, les résultats de santé et la satisfaction des usagers. Enfin, il est également crucial de reconnaître la nécessité de combiner des actions ascendantes et descendantes dans les approches de santé. Les actions ascendantes, portées par les acteurs locaux tels que les professionnels de la santé, les communautés et les organismes de première ligne, permettent de développer des solutions adaptées aux besoins particuliers des populations. En parallèle, les actions descendantes, guidées par les stratégies nationales et les politiques publiques, assurent une cohérence et une équité à l'échelle du système. Cette synergie entre initiatives locales et directives stratégiques favorise une approche intégrée, optimisant à la fois l'efficacité des interventions et leur alignement sur les objectifs de santé publique.

4.2. Les États-Unis (ACO)

Les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) et le Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI), représentant le volet public du système de santé américain, ont expérimenté divers modèles d'ACO. Ces ACO regroupent volontairement des médecins, hôpitaux et autres intervenants qui fournissent des soins de santé pour fournir des soins coordonnés, intégrés et de haute qualité aux usagers de Medicare. L'objectif principal est d'assurer des soins appropriés au bon moment, en particulier pour les usagers atteints de maladies chroniques, tout en réduisant les doublons et les erreurs médicales. Lorsque ces organisations réussissent à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses, elles partagent les économies réalisées avec Medicare.

Le succès des ACO repose largement sur le modèle de soins primaires avancés, qui met l'accent sur la gestion des usagers aux besoins complexes, la prise en compte des besoins comportementaux et sociaux, et la coordination des soins. Ces éléments permettent d'obtenir de meilleurs résultats en matière d'économies, de qualité des soins et d'amélioration de la santé des populations (Shortell, 2016; Kreindler et al., 2012). En ce sens,

les ACO sont définies non comme des organisations nouvelles, mais comme des réseaux préexistants acceptant la responsabilité des coûts et de la qualité des soins pour une population définie.

Ces organisations, juridiquement constituées, rassemblent les hôpitaux, les intervenants qui fournissent des soins primaires, les spécialistes et les assureurs, et opèrent selon des contrats triennaux établis par les CMS. Elles poursuivent les cinq objectifs suivants en santé : améliorer l'expérience de l'usager, la santé des populations, réduire les coûts, promouvoir l'équité en santé et le bien-être des professionnels de la santé (Cohen, 2014; Decamp et al., 2014). Financièrement et cliniquement responsables, elles coordonnent les soins au-delà des frontières organisationnelles et peuvent être récompensées ou pénalisées selon leurs performances (Barnes et al., 2014; Lewis et al., 2014, 2017).

Plusieurs études soulignent les économies significatives réalisées par les ACO, en particulier pour les populations en situation de vulnérabilité à coût élevé (Fisher et al., 2014). Toutefois, ces avantages peuvent être temporaires. Wilson et al. (2020) notent que, bien que les ACO surpassent les modèles traditionnels de paiement à l'acte dans les cinq objectifs, les preuves concernant les résultats de santé restent mitigées. Les ACO reçoivent un financement global alloué au niveau de l'organisation, ce qui les distingue des modèles basés exclusivement sur la rémunération individuelle des médecins. Ce financement global permet une gestion centralisée des ressources, avec des incitations alignées sur la performance organisationnelle. De plus, les ACO adoptent souvent des modes de rémunération des médecins qui vont au-delà du paiement à l'acte, incluant des modèles mixtes ou basés sur la capitation, les forfaits, ou des primes liées aux résultats cliniques et à la qualité des soins. Pendant la pandémie de COVID-19, cette flexibilité des modèles de paiement a permis aux ACO d'élargir la participation des organisations de soins ambulatoires et de s'adapter aux contraintes nouvelles (Lieneck et al., 2021; Bleser et al., 2020).

Cependant, les ACO rencontrent des défis majeurs, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer une intégration fluide entre les soins de santé et les services sociaux (Barnes et al., 2014; Clarke et al., 2016). Les capacités limitées en analytique des données et en technologies de l'information freinent également leur développement (Browne et al., 2021; Wu et al., 2016). De plus, la structure incitative actuelle ne garantit ni la motivation des intervenants à collaborer efficacement ni un rôle clair pour les soins primaires dans ces organisations.

Malgré ces défis, les ACO offrent une occasion unique de lier étroitement les comportements et l'engagement des intervenants qui fournissent les soins aux objectifs d'amélioration. En combinant financement, gouvernance et santé populationnelle, les ACO et les réseaux cliniques constituent des modèles complémentaires qui intègrent et optimisent les soins à travers le continuum, opérationnalisant ainsi des approches innovantes de gestion des populations.

4.3. Le Pays basque

Au Pays basque, les organisations de santé intégrées (OHI) ont transformé les modèles organisationnels et financiers en coordonnant des soins primaires, spécialisés et sociaux pour une population définie. Ces réseaux, centrés sur un hôpital régional, sont responsables des coûts et des résultats de santé (Nuno-Solinis, 2016).

Les OHI sont principalement financées par le Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Le financement repose sur une combinaison d'approches : un budget annuel, calculé selon une approche de santé populationnelle prenant en compte des ajustements liés à l'âge, à l'état de santé et aux inégalités sociales; un modèle de capitation, qui attribue une somme forfaitaire par habitant pour couvrir les services de santé, avec des ajustements pour les populations en situation de vulnérabilité; et des incitations à la performance, basées sur des indicateurs tels que la réduction des hospitalisations non essentielles ou l'amélioration de la gestion des maladies chroniques (Vázquez et al., 2012).

En outre, les OHI assument une responsabilité financière et clinique sur tout le continuum de soins, ce qui les incite à coordonner les services, à optimiser les ressources et à prévenir les dépenses inutiles. Cette responsabilité est renforcée par une autonomie budgétaire leur permettant d'allouer les ressources de manière flexible pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité fixés par Osakidetza.

En résumé, le modèle basque des OHI constitue une approche intégrée et innovante des soins de santé. En associant capitation, incitations à la performance et outils de prédiction des risques, il favorise une meilleure coordination, une amélioration continue de la qualité et une adaptation optimale aux besoins particuliers des populations locales. Ce système représente un exemple inspirant pour d'autres régions cherchant à transformer leurs systèmes de santé vers une approche davantage centrée sur la population.

5. VERS UNE ADAPTATION ÉVOLUTIVE DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Les leçons tirées de quelques expériences internationales démontrent que l'adoption de modes de paiement alternatifs peut favoriser une approche de santé populationnelle plus intégrée, tout en répondant aux enjeux de qualité, d'équité et de maîtrise des coûts. Cependant, pour maximiser leur impact, ces modèles doivent être adaptés aux particularités des contextes locaux et intégrés progressivement dans les systèmes de santé existants. Cela nécessite une transition évolutive, où les mécanismes de financement sont ajustés de manière itérative pour répondre aux besoins des populations, aux contraintes organisationnelles et aux objectifs de durabilité.

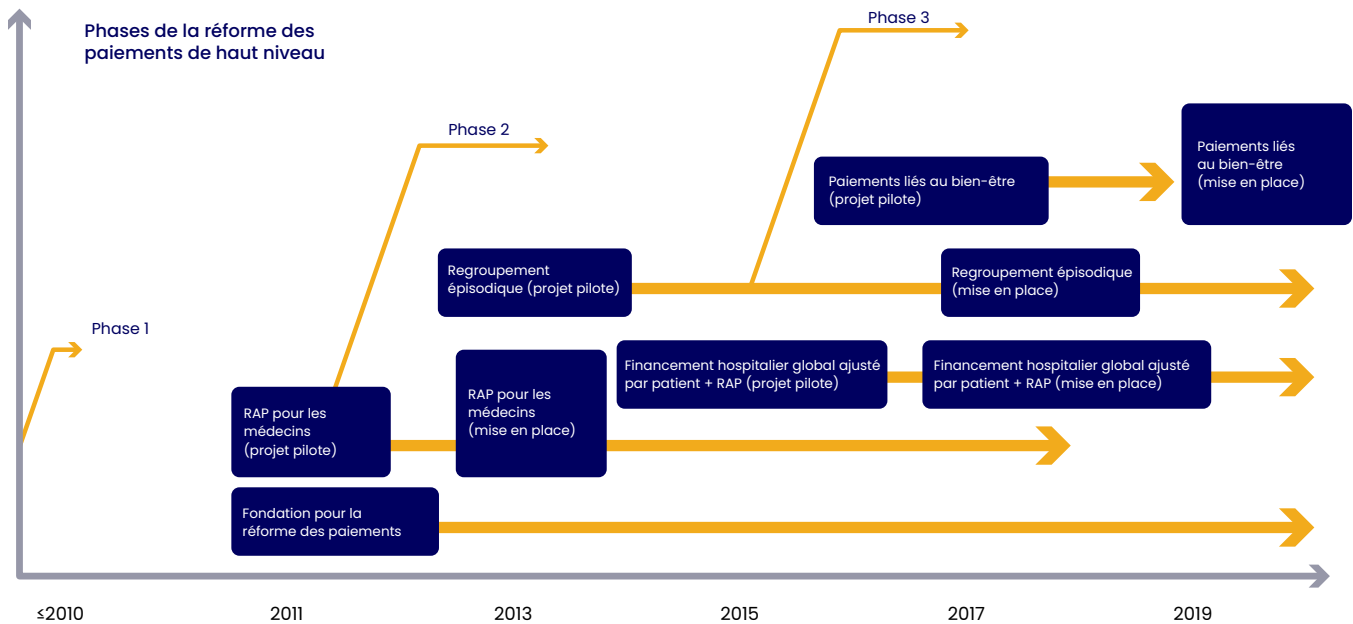
Une évolution des systèmes vers ces modèles de paiement est possible, reposant, selon certains travaux, sur une approche progressive en trois phases telle qu'illustrée dans la figure 6 (Cherian et Rakowski, 2012).

La première phase consisterait à poser les bases en définissant un agenda stratégique, en instaurant par exemple une organisation cible chargée de coordonner la réforme et en lançant des projets pilotes axés sur l'amélioration des paiements à la performance. Cette étape établit également des systèmes de collecte et de gestion des données pour suivre la qualité des soins.

La deuxième phase serait davantage axée sur l'opérationnalisation en mettant en œuvre des paiements groupés, incluant la définition des épisodes de soins, l'attribution des usagers et l'ajustement des risques. Des outils technologiques avancés sont déployés pour favoriser l'adoption de ces nouvelles pratiques.

Enfin, la troisième phase élargit l'application de ces étapes, avec la mise en place d'un modèle de capitation ajusté en fonction des risques courus par le patient ou par son environnement et selon les services couverts attendus. Les intervenants reçoivent un montant forfaitaire périodique par patient inscrit, couvrant un ensemble défini de services indépendamment du volume de soins prodigués. Ce modèle repose sur des budgets ajustés aux besoins réels des populations, permettant de mieux répondre aux particularités de chaque groupe. De plus, les incitatifs financiers sont réorientés pour agir sur l'ensemble du continuum de soins, en encourageant des interventions précoces, une gestion proactive des maladies chroniques et une coordination accrue entre les différents niveaux d'intervention.

Figure 6 : L'évolution des modèles de financement alternatifs



Source : Traduit de Cherian et Rakowski. (2012).

Cette évolution peut être menée dans le cadre d'un modèle de transformation flexible, avec ou sans base législative, et avec ou sans acteur clairement identifié. Un modèle dominant peut reposer sur une institution ciblée, qu'elle soit déjà existante ou nouvellement créée, dotée de leviers de changement ascendants (initiatives locales) et descendants (orientations stratégiques globales).

Les leviers mobilisables incluent des expérimentations locales, des outils de soutien opérationnel, des outils de stratification du risque, des modèles prédictifs et des interventions ciblées sur les principaux déterminants de la santé. S'y ajoutent des stratégies intersectorielles et des démarches d'engagement participatif, telles que l'inclusion des collectivités, pour garantir une adhésion large et durable au processus de transformation. Ces éléments sont essentiels pour renforcer la coordination, l'équité et l'efficacité des systèmes de santé, tout en répondant aux besoins particuliers des populations servies.

6. SYNTHÈSE

Le passage à un modèle d'approche de santé populationnelle implique un changement de paradigme dans les modalités de financement du modèle ou système actuel. Tout d'abord, cette approche suggère un changement dans les *entitlements*, c'est-à-dire dans les attentes formulées à l'égard des différentes organisations et des différents acteurs concernés dans le système, notamment les intervenants qui fournissent des soins, les usagers et le régulateur. En effet, il s'agit de passer d'une approche basée sur l'allocation des ressources en fonction des besoins perçus, des bases historiques ou des dépenses effectives, à une stratégie qui intègre de manière proactive l'évaluation des besoins (à partir d'outils prévisionnels sophistiqués), la gestion des risques et l'atteinte d'objectifs ou de résultats de santé.

Cela s'apparente à un changement qui établit la logique assurantielle comme fondement des décisions et des interventions au sein du système public de santé. Cette logique repose sur une gestion proactive des risques dans l'allocation et l'utilisation des ressources, augmentant ainsi la probabilité qu'un individu ou des groupes puissent accéder à une offre de services adaptée à leurs besoins et en retirer un bénéfice pour leur santé. Elle exige un accès aux données sur l'état de santé des individus et de la population afin d'identifier les facteurs de risque et de développer des outils prédictifs pour intervenir de manière préventive.

CONCLUSION

Ce rapport fait la synthèse de différents documents qui abordent la conceptualisation et la mise en œuvre opérationnelle des éléments d'un système de santé populationnelle axé sur la valeur.

L'approche de santé populationnelle vise à transformer un système de soins et de services centré sur les besoins des personnes le sollicitant en un réseau axé sur la production de santé et de bien-être pour l'ensemble de la population de son territoire. Elle nécessite de passer d'une approche réactive à une approche proactive, en proposant des transformations et de nouvelles méthodes de collaboration pour améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Elle ne se limite pas à la gestion par projets circonscrits dans le temps avec des acteurs déterminés, mais vise un changement de pratique et de culture dans l'ensemble du réseau. Sa mise en œuvre demande au système et à ses partenaires de s'inscrire dans des démarches d'apprentissage, de développement de compétences, d'innovations et de changements. Des habiletés en gestion du changement et en soutien des capacités d'innovation apparaissent donc nécessaires pour que l'approche de santé populationnelle se réalise et devienne pérenne.

Pour réaliser ce changement, le système de santé et de services sociaux doit faire preuve de leadership collectif pour stimuler l'adoption d'une culture de qualité, d'amélioration et de formation continues, d'optimisation de l'utilisation des ressources et d'atteinte de résultats de santé et de bien-être au sein de son organisation et de ses réseaux de partenaires. La vision du devenir organisationnel doit être suffisamment mobilisatrice pour faire naître des projets dans différents secteurs de l'organisation et du réseau de partenaires qui permettront d'actualiser le changement. Les leviers présentés définissent entre autres les modalités de gouvernance pour accroître les collaborations intersectorielles entre différents acteurs et permettent d'implanter des mesures concertées et globales à partir des déterminants de la santé. Par ailleurs, ces leviers doivent assurément considérer les réalités régionales et locales, en passant par des collaborations structurées et respectueuses de l'autonomie de chacune des organisations partenaires.

En reconnaissant les systèmes de santé et de services sociaux comme des systèmes adaptatifs complexes, la pratique clinique, l'organisation, les systèmes d'information, la recherche sont des domaines d'intervention interdépendants et se construisent autour de multiples ajustements mutuels et réciproques. Ainsi, dans ces systèmes, des éléments sont imprédictibles, paradoxaux, voire resteront inconnus. Mobiliser le système de la santé et des services sociaux dans cette transformation nécessite donc plus que les approches traditionnelles visant à « réduire et résoudre », cela exige de nouveaux cadres dynamiques, créatifs et innovants.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerman, M., Malloch, K., Wade, D., Porter-O'Grady, T., Weberg, D., Zurmehly, J. et Raderstorf, T. (2019). The Master in Healthcare Innovation : A New Paradigm in Healthcare Leadership Development. *Nurse Leader*, 17(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.09.010>
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* [Politiques]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/est-approche-axee-sante-population.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Le système des soins de santé du Canada*. [Éducation et sensibilisation]. <https://web.archive.org/web/20241212194322/https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- Ahmed, F., Ahmed, N., Briggs, T. W. R., Pronovost, P. J., Shetty, D. P., Jha, A. K., et Govindarajan, V. (2017). Can reverse innovation catalyse better value health care? *The Lancet Global Health*, 5(10), e967–e968. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30324-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30324-8)
- Badel, M., et Pujolar, O. (2008). Systèmes de santé et accès aux soins : diversité des modèles et enjeux actuels. *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 105–125. HAL Id : halshs — 01075418.
- Bandurska, E., Ciećko, W., Olszewska-Karaban, M., Damps-Konstańska, I., Szalewska, D., Janowiak, P., et Jassem, E. (2023). Value-Based Integrated Care (VBIC) Concept Implementation in a Real-World Setting—Problem-Based Analysis of Barriers and Challenges. *Healthcare*, 11 (8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081110>
- Barnes, A. J., Unruh, L., Chukmaitov, A., et van Ginneken, E. (2014). Accountable care organizations in the USA : types, developments and challenges. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 118 (1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.019>
- Barrette, G., et Charlebois, L. (s. d.). *Programme national de santé publique — 2015–2025*.
- Béland, F., et Hollander, M. J. (2011). Integrated models of care delivery for the frail elderly : international perspectives. *Gaceta sanitaria*, 25 Suppl 2, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.003>
- Bernier, N. F. (s. d.). *Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial?*

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., et Whittington, J. (2008). The triple aim : Care, health, and cost. *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bleser, W. K., Muhlestein, D., Saunders, R. S., McClellan, M. B. (2018). *Half a decade in, Medicare accountable care organizations are generating net savings : part 1*. Health Affairs website [healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20180918.957502/full](https://doi.org/10.1377/hblog20180918.957502/full)
- Bodenheimer, T., et Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, 12 (6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Boelen, C., et Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé : document de travail* (WHO/EIP/OSD/2000.9). Article WHO/EIP/OSD/2000.9. <https://iris.who.int/handle/10665/67346>
- Booth, M., Hill, G., Moore, M.J, Dalla, D., Moore, M.G, Messenger, A. (2016). The new Australian Primary Health Networks : How will they integrate public health and primary care?. *Public Health Res Pract.* 26 (1) <https://doi.org/10.17061/phrp2611603>
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*.
- Buck, D., Dougall, D., Baylis, A., et Robertson, R. (2018). *A vision for population health : Towards a healthier future*.
- Capano, G., et Howlett, M. (2020). The Knowns and Unknowns of Policy Instrument Analysis : Policy Tools and the Current Research Agenda on Policy Mixes. *SAGE Open*, 10(1), 2,158,244,019,900, 568–2,158,244,019,900,568.
- Casale, A. S., Paulus, R. A., Selna, M. J., Doll, M. C., Bothe, A. E., Jr, McKinley, K. E., Berry, S. A., Davis, D. E., Gilfillan, R. J., Hamory, B. H., et Steele, G. D., Jr (2007). “ProvenCareSM” : a provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care. *Annals of surgery*, 246 (4), 613–623. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318155a996>
- Cassou, M., Mousquès, J., et Franc, C. (2020). General practitioners income and activity : the impact of multi-professional group practice in France. *The European Journal of Health Economics*, 21(10), 1531–1545. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01226-4>
- Castonguay, J. (2013). *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2017). *Value-based payment learning collaborative webinar. Medicaid Innovation Accelerator Program*. <https://www.medicare.gov/state-resource-center/innovation-accelerator-program/iap-downloads/functional-areas/vbp-learning-webinar.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie). Direction de la santé publique, Roy, M.A., Gagnéux, M., Massicotte, D. (2016). *Plan d'action régionale de santé publique 2016-2020 : pour améliorer la santé de la population de l'Estrie*.

- Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais (CISSS de l'Outaouais). (2020). *Guide d'information 2021-2022 — Fondations des services de domicile et de communauté*. CISSS de l'Outaouais. <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/12/FSDC-Guide-information-2021-2022.pdf>
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D., et Durieux, P. (2000). Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 12(2), 133–142. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.2.133>
- Chéreau, N., Buffet, C., Trésallet, C., Tissier, F., Golmard, J. L., Leenhardt, L., et Menegaux, F. (2014). Does extracapsular extension impact the prognosis of papillary thyroid microcarcinoma? *Annals of surgical oncology*, 21(5), 1659–1664. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3447-y>
- Cherian, S., et Rakowski, K. (2012). Moving toward value-based payment models in Canadian healthcare. *Healthcare Quarterly*, 15(3), 20–25. <https://www.longwoods.com/content/23068/moving-toward-value-based-payment-models-in-canadian-healthcare>
- Christensen, J. H., Bloch, P., Møller, S. R., Søgaard, C. P., Klinker, C. D., Aagaard-Hansen, J., et Bentsen, P. (2019). Health in All local Policies : Lessons learned on intersectoral collaboration in a community-based health promotion network in Denmark. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 216–231. <https://doi.org/10.1002/hpm.2620>
- Clarke, J. L., Bourn, S., Skoufalos, A., Beck, E. H., et Castillo, D. J. (2017). An Innovative Approach to Health Care Delivery for Patients with Chronic Conditions. *Population health management*, 20(1), 23–30. <https://doi.org/10.1089/pop.2016.0076>
- Cohen, D., Huynh, T., Sebold, A., Harvey, J., Neudorf, C., et Brown, A. (2014). The population health approach : A qualitative study of conceptual and operational definitions for leaders in Canadian healthcare. *SAGE Open Medicine*, 2, 2,050,312,114,522,618. <https://doi.org/10.1177/2050312114522618>
- Committee on the Learning Health Care System in America et Institute of Medicine. (2013). *Best Care at Lower Cost : The Path to Continuously Learning Health Care in America* (M. Smith, R. Saunders, L. Stuckhardt, et J. M. McGinnis, Éd.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207225/>
- Côté-Boileau, É., Denis, J.-L., Callery, B., et Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations : A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 17 (1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0482-6>
- Couturier, Y., Belzile, L., et Bonin, L. (2016). *L'intégration des services en santé : Une approche populationnelle*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M., Belzile, L., et Breton, M. (2018). Population-based approach and integration of services : Their relationship to the territory in the context of Québec's integrative reforms. *International Journal of Integrated Care*, 18 (s2). <https://doi.org/10.5334/ijic.s2257>

- Crismer, A., Belche, J.-L., et Van der Venet, J.-L. (2016). Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé publique, Vol. 28*(3), 375–379.
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., et Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety : A systematic review. *BMJ Quality & Safety, 21*(3), 239–249. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>
- de Bekker, A., Beijer, M. et Lemmens, L. Towards an integrative approach of healthcare : implementing positive health in three cases in the Netherlands. *BMC Health Serv Res 24*, 882 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11247-x>
- DeCamp, M., Farber, N. J., Torke, A. M., George, M., Berger, Z., Keirns, C. C., et Kaldjian, L. C. (2014). Ethical challenges for accountable care organizations : a structured review. *Journal of general internal medicine, 29*(10), 1392–1399. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2833-x>
- Denis, J.-L., Lamothe, L., et Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal, 44*(4), 809–837. <https://www.jstor.org/stable/3069417>
- Denis, J.-L., Lamothe, L., et Langley, A. (2006). Reforming health care : levers and catalysts for change. Dans A. L. Casebeer, A. Harrison, et A. L. Marck (Eds.), *Innovations in Health Care : A Reality Check* : 3–16 : Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Dieleman, J. L., Templin, T., Sadat, N., Reidy, P., Chapin, A., Foreman, K., Haakenstad, A., Evans, T., Murray, C. J. L., et Kurowski, C. (2016). National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040. *Lancet (London, England), 387* (10 037), 2521–2535. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30167-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30167-2)
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., et Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology, 6*, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Dougall, Durka. (s. d.). *How do you measure the success of population health approaches?* The King's Fund. Consulté le 7 février 2024, à l'adresse <https://kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/how-measure-success-population-health-approaches>
- Dougall, D., Lewis, M., et Ross, S. (2018). *Transformational change in health and care*. The King's Fund.
- Douglas, M. D., Josiah Willock, R., Respress, E., Rollins, L., Tabor, D., Heiman, H. J., Hopkins, J., Dawes, D. E., et Holden, K. B. (2019). Applying a Health Equity Lens to Evaluate and Inform Policy. *Ethnicity & Disease, 29*(Suppl 2), 329–342.

- Dueñas-Espín, I., Vela, E., Pauws, S., Bescos, C., Cano, I., Cleries, M., Contel, J. C., de Manuel Keenoy, E., Garcia-Aymerich, J., Gomez-Cabrero, D., Kaye, R., Lahr, M. M. H., Lluch-Ariet, M., Moharra, M., Monterde, D., Mora, J., Nalin, M., Pavlickova, A., Piera, J., Roca, J. (2016). Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario. *BMJ Open*, 6(4), e010301. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010301>
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2019). *Defining value in “value-based healthcare”*, p. 94.
- Fédération hospitalière de France (FHF). (2018). *Guide de démarrage de la responsabilité populationnelle*. <https://www.calameo.com/fhf/read/0037957026985a2e21904>
- Fédération Hospitalière de France (FHF). (s. d.). *La FHF en action : Responsabilité populationnelle : Tous acteurs de notre santé!* Consulté le 27 mai 2024, à l'adresse <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-responsabilite-populationnelle-tous-acteurs-de-notre-sante>
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., et Bennett, C. (2011). Public policy networks and ‘wicked problems’ : A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Fisher, E. S., Shortell, S. M., Kreindler, S. A., Van Citters, A. D., et Larson, B. K. (2012). A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. *Health affairs (Project Hope)*, 31(11), 2368–2378. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0544>
- Fleuret, S. (s. d.). *Quand le territoire devient un enjeu de santé : Réseaux locaux de services (RLS) au Québec*.
- Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., et Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011 (7), CD009255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009255>
- Foley, T., et Vale, L. (2023). A framework for understanding, designing, developing and evaluating learning health systems. *Learning Health Systems*, 7 (1), e10315. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10315>
- Fonds de recherche du Québec (FRQ). (2021). *Rémunération médicale et gouvernance clinique : Rapport final*. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/08/rapport_remuneration_medicale_et_gouvernance_clinique.pdf
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Pauly, B. B., Perrin, N. A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. T., et Browne, A. J. (For the EQUIP Research Program). (2018). How Equity-Oriented Health Care Affects Health : Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635–671. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12349>

- Fujisawa, R. and G. Lafortune. (2008). The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries : What are the Factors Influencing Variations across Countries?, *OECD Health Working Papers*, No 41, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/228632341330>
- Galea, S., Ettman, C., et Donnelly, P. (2019). A Plan to Improve Population Health in England That Could Set an Example for the World. *American Journal of Public Health*, 109 (4), 526–527. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.304988>
- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M., et Denis, J. (2007). Le pilotage des réformes. Dans M. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, et L. Bordeleau (éd.), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation* : 39–49. Montréal : Les éditions de la Chenelière.
- Girwar, S.-A. M., Fiocco, M., Sutch, S. P., Numans, M. E., et Bruijnzeels, M. A. (2021). Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records : A retrospective cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21, 217. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06222-9>
- Gray, M. (2016). Population healthcare : A new clinical responsibility. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109 (12), 437–438. <https://doi.org/10.1177/0141076816679770>
- Healthcare Denmark. *Ensuring Health Equity*. (s. d.). Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/population-health/health-equity/>
- Healthcare Denmark. (s. d.). *Prevention efforts in Denmark*. Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/population-health/prevention/>
- Healthcare Denmark. (s. d.). *Promoting population health*. Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/population-health/>
- Hébert, G., Sully, J.-L., et Nguyen, M. (2017). *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et propositions alternatives*. Rapport de recherche. Montréal : Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
- Hofdijk, J., Cillessen, F., et Asin, J. (2022). The Tiel Shift Towards Person Centered Care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 294, 699–700. <https://doi.org/10.3233/SHTI220559>
- Hurst, L., Mahtani, K., Pluddemann, A., Lewis, S., Briggs, A., et Heneghan, C. (2019). *Defining Value-based Healthcare in the NHS*. *Centre for Evidence-Based Medicine Report 2019/04*, (4).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2013, octobre 15). *La responsabilité populationnelle : Des changements organisationnels à gérer en réseau : un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/68>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (s. d.). *Responsabilité populationnelle*. Consulté le 30 janvier 2024, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>

- Institute of Medicine (US). (2011). *Institute of Medicine Roundtable on Value et Science-Driven Health Care*. Dans Digital Infrastructure for the Learning Health System : The Foundation for Continuous Improvement in Health and Health Care : Workshop Series Summary. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83568/>
- Institute of Medicine (US). (2007). Roundtable on Evidence-Based Medicine. *The Learning Healthcare System : Workshop Summary* (L. Olsen, D. Aisner, et J. M. McGinnis, Éd.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53494/>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). (s. d.). *Older Person*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/older-person/>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). (s. d.). *Overall Adult Health*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/overall-adult-health/>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). (s. d.). *Overall Pediatric Health*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/overall-pediatric-health/>
- International Foundation for Integrated Care (IFIC). (s. d.). *About IFIC*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://integratedcarefoundation.org/about-ific>
- Jacques-Brissou, A., et St-Pierre, L. (2018). *Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) — Section des Amériques.
- JADECARE. (2022). *First year of transfer of the Basque original Good Practice "Basque Health Strategy in Ageing and Chronicity : Integrated Care"*. Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://www.jadecare.eu/first-year-of-transfer-of-basque-original-good-practice/>
- Kindig, D., et Stoddart, G. (2003). What Is Population Health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380–383.
- Kreindler, S. A., Larson, B. K., Wu, F. M., Carluzzo, K. L., Gbemudu, J. N., Struthers, A., Van Citters, A. D., Shortell, S. M., Nelson, E. C., et Fisher, E. S. (2012). Interpretations of integration in early accountable care organizations. *The Milbank quarterly*, 90(3), 457–483. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00671.x>
- Laresgoiti, M. U., et Solinis, R. N. (2020). Integrated care innovations for patients with multimorbidity : A scoping review. *International Journal of Healthcare Management*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2018.1500751>
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A., et Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health : The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649–657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>

- Lewis, V. A., Colla, C. H., Carluzzo, K. L., Kler, S. E., et Fisher, E. S. (2013). Accountable Care Organizations in the United States : market and demographic factors associated with formation. *Health services research*, 48 (6 Pt 1), 1840–1858. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12102>
- L'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). (s. d.). *Projets structurants*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.iuplsss.ca/recherche/projets-structurants>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), RLRQ, c. S — 4.2. Consulté le 30 janvier 2024, à l'adresse <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>
- Lorenzoni, L., Pinto, D., Guanais, F., Reneses, T.P., Daniel, F. et Aarssen, A. (2019). Health systems characteristics : A survey of 21 Latin American and Caribbean countries, *OECD Health Working Papers*, No 111, OECD Publishing, Paris. <https://dx.doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>.
- Marcoux, R. M., Larrat, E. P., et Vogenberg, F. R. (2012). Accountable care organizations : an improvement over HMOs? *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 37(11), 629–650.
- Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., et Chalkley, M. (2015). Integrating funds for health and social care : an evidence review. *Journal of health services research & policy*, 20(3), 177–188. <https://doi.org/10.1177/1355819614566832>
- Maynard A. (2012). The powers and pitfalls of payment for performance. *Health economics*, 21(1), 3–12. <https://doi.org/10.1002/hec.1810>
- McClellan, M., Rajkumar, R., Couch, M., Holder, D., Pham, M., Long, P., Medows, R., Navathe, A., Sandy, L., Shrank, W., et Smith, M. (2021). Health Care Payers COVID-19 Impact Assessment : Lessons Learned and Compelling Needs. *NAM perspectives*, 10.31478/202105a.
- Medicaid Innovation Accelerator Program. (2017). *Medicaid Value-based payment approaches and key design considerations*.
- Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., et Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf>
- Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S., et Feeley, T. W. (2020). Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(6).
- Mousquès, J. (2017). *L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : Des enseignements pour la France?*

- Mousquès, J., et Daniel, F. (2015). L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Questions d'économie de la santé*, (210), 1–6. NHS England. *ICS implementation*. (s. d.). Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://digital.nhs.uk/services/ics-implementation>
- NHS England. (s. d.). *What are integrated care systems?* Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>
- Nundy, S., Cooper, L. A., et Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement : A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327 (6), 521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Nuño-Solinís, R. (2016). Development and implementation of the Chronicity Strategy for the Basque Country (Spain) : Lessons learned. *Gaceta Sanitaria*, 30 Suppl 1, 106–110. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011>
- Nuño-Solinis, R., Vázquez Pérez, P., Polanco, N. T., et al. (2013). Integrated care : The Basque perspective. *International Journal of Healthcare Management*, 6 (4), 211–216.
- Observatoire des politiques publiques de l'Université de Sherbrooke. (s. d.). *Fiche synthèse—Loi sur la réforme du système de santé et la gouvernance*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023a). *Integrated care model for multimorbid patients, the Basque Country, Spain*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://doi.org/10.1787/5c5d8714-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023b). *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases : Best Practices in Public Health*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2011). *Déterminants sociaux de la santé : Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*. (No A65/16).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-fr.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023a). *Directeur général. Rapport sur les ressources humaines pour la santé et plan d'action décennal du personnel de santé et des soins 2022–2031 : Rapport du Secrétariat (EB152/22)*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_22-fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023b). *Soins de santé primaires*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A. V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., et Chevreul, K. (2023). France : Health system review. *Health Systems in Transition*, 25 (3), i –241.
- Peeters, R., Westra, D., Gifford, R., et Ruwaard, D. (2024). Who, what, where? The influence of the Integral Care Agreement (IZA) on established regional networks in Dutch healthcare. *TSG—Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 102 (2), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s12508-024-00433-1>
- Pitkänen, L. J., Leskelä, R.-L., Tolkki, H., et Torkki, P. (2021). A Value-Based Steering Model for Healthcare. *Frontiers in Health Services*, 1. <https://doi.org/10.3389/frhs.2021.709271>
- Polanco, N. T., Zabalegui, I. B., Irazusta, I. P., Solinís, R. N., et Del Río Cámara, M. (2015). Building integrated care systems : A case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*, 15, e026.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363 (26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., et Lee, T. H. (2013, octobre 1). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- Porter, M. E., Larsson, S., et Lee, T. H. (2016). Standardizing Patient Outcomes Measurement. *The New England Journal of Medicine*, 374 (6), 504–506. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1511701>
- Porter, M. E., Lee, T. H., et Alger, M. A. (2017). *Oak Street Health : A new model of primary care*. *Harvard Business School Case*, 717–437.
- Public Health Agency of Canada. (2013). *Population health : Focus on the health of populations [Policies]*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach/what-population-health-approach.html>
- Raïche, M., Hébert, R., et Dubois, M.-F. (2008). PRISMA-7 : A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.06.004>
- Reindersma, T., Fabbricotti, I., Ahaus, K., et Sülz, S. (2022). Integrated Payment, Fragmented Realities? A Discourse Analysis of Integrated Payment in the Netherlands. *International journal of environmental research and public health*, 19 (14), 8831. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148831>
- Roberts, E. T., Zaslavsky, A. M., et McWilliams, J. M. (2018). The Value-Based Payment Modifier : Program Outcomes and Implications for Disparities. *Annals of Internal Medicine*, 168 (4), 255–265. <https://doi.org/10.7326/M17-1740>
- Saint-Lary, O., Leroux, C., Dubourdieu, C., Fournier, C., et François-Purcell, I. (2015). Patients' views on pay for performance in France : a qualitative study in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 65 (637), e552–e559. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686149>

- Salamon, L. M. (2002). The new governance and the tools of public action : an introduction. In L. M. Salamon (Ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance* : 1–48. New York : Oxford University Press.
- Shortell, S. M. (2013). Bridging the divide between health and health care. *JAMA*, 309 (11), 1121–1122. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.887>
- Sikka, R., Morath, J. M., et Leape, L. (2015). The Quadruple Aim : Care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*, 24 (10), 608–610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>
- Slama-Chaudhry, A., Gaspoz, J. M., Schaller, P. et Raetz M.A. (2008). Chronic diseases and integrated health care delivery system : The example of Kaiser Permanente [Maladies chroniques et réseaux de soins : L'exemple de Kaiser Permanente]. *Rev Med Suisse*. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2008.4.172.2040>
- Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A., et Figueras, J. (2020). *Building on value-based health care : Towards a health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569426/>
- Struckmann, V., Shuftan, N., Scarpetti, G., Looman, W., Bal, R., Rutten-van Mölken, M., et van Ginneken, E. (2024). *How to implement integrated care? A framework with 12 overall strategies to transform care delivery*. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Teisberg, E., Wallace, S., et O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care : A Strategic Framework. *Academic Medicine*, 95 (5), 682 – 685. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>
- The Health Foundation. (2010). *Evidence scan : Complex adaptive systems*. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ComplexAdaptiveSystems.pdf>
- The Lancet Global Health Commission. (2022). *Financement des soins de santé primaires : Vers la couverture sanitaire universelle*. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/financing-primary-health/TLGH_FinanceCommission_French-1659974023250.pdf
- Torkki, P., Leskelä, R.-L., Mustonen, P., Linna, M., et Lillrank, P. (2023). How to extend value-based healthcare to population-based healthcare systems? Defining an outcome-based segmentation model for health authority. *BMJ Open*, 13(11), e077250. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077250>
- Tulchinsky T. H. (2018). *Ethical Issues in Public Health. Case Studies in Public Health*, 277–316. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00027-5>
- Université McGill. (s. d.). *Systèmes de santé apprenants*. Consulté le 10 décembre 2024, à l'adresse <https://www.mcgill.ca/mappro/fr/documentation/systemes-de-sante-apprenants>

- van Staalduinen, D. J., van den Bekerom, P., Groeneveld, S., Kidanemariam, M., Stiggelbout, A. M., et van den Akker-van Marle, M. E. (2022). The implementation of value-based healthcare : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 270. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07489-2>
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of family medicine*, 11 (1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- Weintraub, P., et McKee, M. (2019). Leadership for Innovation in Healthcare : An Exploration. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(3), 138–144. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.122>
- Wilson, M., Guta, A., Waddell, K., Lavis, J., Reid, R., et Evans, C. (2020). The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs : a rapid review. *Journal of health services research & policy*, 25(2), 130–138. <https://doi.org/10.1177/1355819620913141>
- World Economic Forum. (2023). *The moment of truth for healthcare spending*. https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Moment_of_Truth_for_Healthcare_Spending_2023.pdf
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on people-centred and integrated health services : Interim report (WHO/HIS/SDS/2016.4)*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246252/WHO-HIS-SDS-2016.4-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century : Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO), European Observatory on Health Systems and Policies, Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M. et al. (2022). *Health system performance assessment : a framework for policy analysis*. <https://iris.who.int/handle/10665/352686>
- World Health Organization (WHO). (2023a). *Population health management in primary health care : A proactive approach to improve health and well-being*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; (Primary health care policy paper series). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/368805/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2023b). *Working Together for Equity and Healthier Populations : Sustainable Multisectoral Collaboration Based on Health in All Policies Approaches* (1st ed).
- World Health Organization (WHO). (s. d.). *Primary care*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>

- World Health Organization (WHO). (s. d.). *Primary health care*. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Wu, X., Ramesh, M., et Howlett, M. (2015). Policy capacity : A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34 (3–4), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2015.09.001>
- Yordanov, D., Oxholm, A. S., Prætorius, T., et Kristensen, S. R. (2024). Financial incentives for integrated care : A scoping review and lessons for evidence-based design. *Health Policy*, 141, article 104,995. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104995>
- Young, J. T. (2004). Illness behaviour : A selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26(1), 1–31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00376.x>
- Zaken, M. van A. (2018, avril 6). *Rapport De juiste zorg op de juiste plek—Rapport—Rijksoverheid.nl* [Rapport]. Ministerie van Algemene Zaken. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

ANNEXE 1 :

GRILLE DE VÉRIFICATION

Les questions suivantes permettent à des acteurs ou organisations d’apprécier leur niveau d’engagement à l’égard du principe de responsabilité populationnelle.

EST-CE QUE LA TRANSFORMATION SYSTÉMIQUE EST ORIENTÉE SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ?

- 1. Est-ce que la transformation vise à améliorer la santé et le bien-être d’une population entière?
- 2. Est-ce qu’elle s’effectue sur un territoire donné?
- 3. Est-ce que des stratégies intersectorielles ont été développées pour accroître l’impact sur la santé (services coordonnés, services intégrés, etc.)?
- 4. Est-ce que des stratégies ou services pour réduire les iniquités de santé sont prévus (ex. : initiatives visant à réduire les inégalités socioéconomiques, à promouvoir le logement abordable, la participation communautaire, à renforcer les réseaux de soutien social, etc.)?
- 5. Est-ce que des approches ou outils sont développés pour répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés? Est-ce que des approches ou outils sont développés pour accroître la participation de la population à l’amélioration de la santé?
- 6. Est-ce que des stratégies en matière d’allocation des ressources et de financement sont développées pour accroître l’impact sur la santé de la population?

Maintenir et améliorer la santé et le bien-être d’une population entière	
Agir sur un territoire donné	
Développer des stratégies intersectorielles	
Agir sur les déterminants de la santé	
Réduire les inégalités de santé	
Répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés	
Développer des stratégies d’allocation des ressources et de financement	

ANNEXE 2 :

GRILLE D'ANALYSE

CATÉGORIE 1 : CONTEXTE

- Quel est le type de système de santé (Beveridge, Bismarck, autre)?
- Comment est effectué le découpage territorial (régional, provincial, fédéral, etc.)?

CATÉGORIE 2 : FINALITÉ

Objectifs :

- Quelles étaient les motivations pour un changement vers un système orienté sur la responsabilité populationnelle?
- Quels sont les objectifs initiaux du déploiement de l'approche populationnelle (prévention, maintenir et améliorer la santé de la population, répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population, réduire les inégalités de santé en agissant sur les déterminants de la santé, etc.)?
- Est-ce que les politiques publiques prévoient des mesures pour améliorer les déterminants sociaux et de santé (ex. : initiatives visant à réduire les inégalités socioéconomiques, à promouvoir le logement abordable, la participation communautaire, à renforcer les réseaux de soutien social, etc.)?

Population ciblée :

- Quelle est l'échelle territoriale? Quel territoire est ciblé?
- Quel segment de population est ciblé?
- Quel est le niveau de mise en œuvre (pilote, local/régional, national)?

CATÉGORIE 3 : PROCESSUS DE TRANSFORMATION DÉPLOYÉ

Gouvernance :

- Y a-t-il un cadre législatif de la responsabilité populationnelle? Si oui, quel est-il?
- Qui est responsable de la mise en œuvre des différents objectifs?
- Quelles sont les structures impliquées? Quel est leur rôle respectif? Quelles relations ont-elles entre elles?

CATÉGORIE 4 : LEVIERS POUR SOUTENIR LE CHANGEMENT

- Comment la responsabilité populationnelle est-elle soutenue à l'échelle gouvernementale?

Stratégies pour répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population :

- Quelles sont les mesures mises en place afin de dépister et répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population (ex. : initiatives visant à repérer la perte d'autonomie, les victimes de harcèlement, de violences conjugales, etc.)?

Stratégies pour réduire les inégalités de santé et agir sur les déterminants de la santé :

- Comment les politiques reconnaissent-elles les enjeux particuliers des populations en situation de vulnérabilité? Comment assurent-elles l'équité dans l'accès aux services?

Stratégies intersectorielles :

- Comment les politiques publiques, tant dans leur conception que leur mise en œuvre, favorisent-elles l'exercice de la responsabilité populationnelle des établissements, par secteur et pour l'ensemble des secteurs selon une perspective de continuum ?
- De quelle manière les politiques encouragent-elles la collaboration et la coordination entre les parties prenantes (les établissements, les organismes communautaires, etc.) pour assumer la responsabilité populationnelle ?

Stratégies de gestion des données :

- Y a-t-il un accès aux données démographiques, y compris aux informations relatives aux patients sur la démographie, les maladies et l'utilisation des soins de santé (nécessaire pour développer l'outil de stratification des risques) ?
- Quel est le niveau d'opérabilité des données des patients ?

Stratégies d'engagement participatif :

- Quelle est l'attitude de la population à l'égard des soins prodigués par des professionnels de santé non-médecins ?
- Quel dispositif sera mis en place pour favoriser la participation des citoyens à la responsabilité populationnelle ?
- Quel est le niveau de littératie en santé (désigne les connaissances et les compétences nécessaires pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations sur la santé à des fins de jugement en matière de santé) des citoyens ?

CATÉGORIE 5 : MOYENS D'ÉVALUATION POUR SOUTENIR LA TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE ET LA PÉRENNITÉ DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

- Quelles sont les stratégies mises en place pour l'évaluation de la responsabilité populationnelle?
 - De quel type sont ces stratégies (évaluation du processus, évaluation formative ou évaluation sommative)?
 - Sont-elles pérennes? Ont-elles évolué?
- Quels sont les indicateurs d'évaluation de la performance de la responsabilité populationnelle?

CATÉGORIE 6 : MOYENS DE FINANCEMENT POUR SOUTENIR LA TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE ET LA PÉRENNITÉ DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

- Quelles sont les stratégies de financement pour soutenir la responsabilité populationnelle (*fee for services, pay for performance, capitation, salariat*) ?
 - Y a-t-il un fonds spécifiquement consacré à la responsabilité populationnelle dans la juridiction ? Dans l'affirmative, décrire comment est constitué ce fonds.
 - Y a-t-il des objectifs et des cibles en lien avec le financement de la responsabilité populationnelle ? Dans l'affirmative, quels sont ces objectifs et ces cibles ?
 - Comment fonctionne le paiement des services des différents acteurs engagés dans la responsabilité populationnelle (*capitation, contractualisation, primes, partage des rôles, chronicité [avant, pendant, après le service]*) ?
- Quel est le coût de mise en œuvre et de fonctionnement de la responsabilité populationnelle dans le contexte ciblé et pour qui ?
- Est-ce que le financement de la responsabilité populationnelle favorise les innovations organisationnelles ?
- Comment planifiez-vous rendre le financement de la responsabilité populationnelle pérenne ? Quelles sont les étapes d'implantation ? Quels sont les facteurs de succès et les obstacles ?

