

Le Financement des soins chroniques

Joanne Castonguay

Rapport de projet *Project report*

Montréal
Mars 2014

© 2014 Joanne Castonguay. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Intact
Investissements PSP
Ministère des Finances et de l'Économie
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
École de technologie supérieure (ÉTS)
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique (INRS)
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Partenaire financier
Enseignement supérieur,
Recherche, Science
et Technologie
Québec 

Le Financement des soins chroniques

Joanne Castonguay¹

Sommaire exécutif

L'importance du poids économique des maladies chroniques est généralement reconnue aujourd'hui comme la principale cause de pressions sans précédent sur les budgets de santé. Dans le contexte de resserrement des budgets publics dû à un ralentissement de la croissance économique, nous devons organiser les soins à leur égard différemment.

L'Allemagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et le Danemark ont constaté le défi financier sans précédent que représentait le statu quo dans l'organisation des soins auprès des patients atteints de maladies chroniques. Tous se sont engagés dans des réformes portant sur l'organisation des services couvrant les maladies chroniques. Ils ont également pris la décision d'implanter des mécanismes de financement pour orienter la transformation. **Il apparaît que les bénéfices proviennent de meilleures pratiques de gestion et processus cliniques. Le plus grand défi c'est de les transformer. Il apparaît également que seul l'encouragement à changer les pratiques, sans incitatifs (financiers et autres) et soutien continu à la transformation, est peu efficace.** Les paiements aux prestataires sont des incitatifs essentiels pour orienter leurs actions, mais l'amélioration soutenue dépend des systèmes de collecte et de publication d'indicateurs de résultats. Il ne semble pas exister un mode de paiement qui soit supérieur aux autres. Le meilleur mode de paiement dépend de la situation de départ d'un système de santé.

Le Québec a déjà planifié une transformation des services aux patients souffrant de maladies chroniques selon le modèle de gestion des maladies chroniques proposé par Wagner (Chronic care model (Wagner, Septembre 1998) (MSSS, Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013, 2008)). Actuellement, un forfait de 50 \$ est octroyé aux GMF pour l'inscription de patients complexes, mais les services donnés aux patients SMC ne sont pas standardisés au travers de la province. Le transfert des services « spécialisés » aux patients souffrant de maladies chroniques (SMC) vers le milieu ambulatoire n'a pas été effectué. Notre recommandation est d'appuyer la mise en œuvre de cette stratégie de la façon suivante :

Nous recommandons d'offrir un jeton d'inscription au programme aux cliniques ambulatoires participantes et de financer, par capitation ajustée pour le risque, la prise en charge de la surveillance clinique des patients présentant des maladies chroniques.

Cette capitation annuelle par patient devrait être offerte en contrepartie des éléments suivants :

1. Offrir le nombre des visites de suivi par année et les tests recommandés dans le guide de pratique soutenu par les associations médicales concernées (Diabète, MPOC, MCV);
2. Effectuer un examen clinique annuel complet lorsque recommandé par les guides de pratique;
3. Offrir une formation aux patients habilités sur l'autogestion de leur maladie;
4. Entrer les informations pour chaque patient dans des systèmes d'information².

¹ Vice-présidente adjointe, CIRANO. Joanne.castonguay@cirano.qc.ca

Pour participer à ce programme, un engagement de la part du médecin devrait être obtenu pour les éléments suivants :

1. Observer les évidences cliniques (prévention secondaire);
2. Installer un système d'information recommandé pour assurer le suivi des résultats;
3. Suivre la formation sur la gestion des maladies chroniques et sur le fonctionnement du système d'information;
4. Coordonner tous les services dont le patient inscrit a besoin.

Chaque patient inscrit devrait s'engager à suivre la formation offerte par leur clinique médicale et se présenter à tous les examens et visites de suivi qui lui sont proposés.

Le MSSS devrait offrir le soutien approprié aux cliniques pour encourager la transformation notamment en :

1. planifiant le système de collecte d'information et en publiant les résultats par médecin et par clinique médicale pour faciliter le processus d'amélioration continue;
2. développant un programme de formation pour les médecins et les dirigeants des cliniques médicales;
3. encourageant la délégation parmi les membres des équipes cliniques multidisciplinaires.

Finalement, le gouvernement devra investir pour financer le développement et l'implantation du programme. Toutefois, le financement de la capitation devrait éventuellement être compensé par une diminution des dépenses pour des services spécialisés de deuxième ligne auprès de la clientèle souffrant de maladies chroniques puisque les services seront transférés en première ligne.

² Le système d'information pour collecter les données des patients souffrant de maladies chroniques devrait idéalement tirer les données des DPE pour que ces dernières ne soient entrées qu'une seule fois. Ceci implique que les DPE seront adaptés pour le suivi des patients souffrant de maladies chroniques.

TABLE DES MATIERES

Sommaire exécutif	3
Introduction.....	6
1 Les soins évolués auprès des patients souffrant de conditions chroniques.....	7
2 Les réformes et les mécanismes de financement des soins chroniques – Allemagne, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni.....	9
2.1 <i>Le contexte avant les initiatives pour prendre en charge les maladies chroniques.....</i>	9
2.2 <i>Le financement par capitation ou par forfait</i>	10
2.3 <i>Les programmes des quatre juridictions</i>	11
3 Recommandations pour le Québec.....	18
Annexe 1 : Allemagne.....	20
Annexe 2 : Danemark	25
Annexe 3 : Pays-Bas.....	26
Annexe 4 : Royaume-Uni.....	31
Bibliographie	37

INTRODUCTION

Les maladies chroniques présentent des enjeux sans précédent auxquels le Québec, comme tous les pays industrialisés, fait face :

- L'importance du poids économique lié aux maladies chroniques a fait l'objet de nombreuses publications et est généralement reconnue (Nolte E M. M., 2008).
- En plus de l'impact lié à la souffrance physique et mentale, les maladies chroniques génèrent des coûts de plusieurs ordres, dont ceux liés aux services de santé et services sociaux, à la perte de productivité et aux prestations sociales, et aux coûts assumés directement par les malades.
- Les personnes de 65 ans et plus représenteront 17,6 % de la population en 2015 et 22,8 % de la population en 2025 alors qu'elles n'en représentaient que 6,8 % en 1971, période où nous avons instauré notre régime d'assurance maladie.
- L'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans est de 20,5 ans.
- Les malades souffrant de maladies chroniques présentent en majorité au moins deux conditions spécifiques. **Au Québec, 38 % des hommes et 44 % des femmes de plus de 65 ans souffrent de comorbidité** et ces proportions s'élèvent à 49 % et 54 % lorsque les personnes ont plus de 75 ans. Les taux d'hospitalisation augmentent exponentiellement pour ces personnes (Émond V, 2008).
- Les évidences de plusieurs pays montrent que le coût de santé moyen par cas est plus faible que la moyenne pour 80 % de tous les cas. Les autres 20 % des cas sont des « mauvais risques » et le coût moyen pour les traiter est plus élevé que la moyenne. De ces 20 %, 5 % sont responsables de 50 % des dépenses en santé. (Busse R, 2008)
- Les perspectives économiques nous suggèrent que la croissance économique des années à venir sera faible comparativement aux taux de croissance des années 1990s et 2000s. Ce qui implique un ralentissement, sinon une diminution des budgets santé pour plusieurs années à venir.

L'importance du poids économique lié aux maladies chroniques est généralement reconnue aujourd'hui comme la principale cause de pressions sans précédent sur les budgets de santé. En plus, ces pressions se font dans un contexte de resserrement des budgets publics dû à un ralentissement de la croissance économique.

Le poids et l'impact des maladies chroniques sur notre système de santé exigent que nous abordions différemment l'organisation des soins à leur égard. En effet, notre système de santé a été conçu autour de l'hôpital et davantage pour répondre à des besoins aigus. Il est maintenant généralement reconnu qu'il est plus efficace de suivre les patients souffrant de maladies chroniques dans le secteur ambulatoire. La transformation de l'offre de services pour ces patients s'impose donc et leur financement pose un enjeu important. La présente étude a pour objet d'examiner comment d'autres juridictions financent les services de santé pour les patients souffrants de maladies chroniques, quels sont les impacts de ces mécanismes de financement et quelle est leur applicabilité pour le Québec. Il s'agit d'une analyse d'information secondaire disponible sur Internet.

Toutes les juridictions examinées, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et le Danemark, ont constaté le défi financier que représentait le statu quo dans l'organisation des soins auprès des patients atteints de maladies chroniques. Toutes se sont engagées dans des réformes portant sur l'organisation des services pour ces malades. Elles ont également pris la décision d'implanter des mécanismes de financement pour orienter la transformation. **Il apparaît que les bénéfices proviennent de meilleures pratiques de gestion et de processus cliniques. Le plus grand défi c'est de les transformer. Il apparaît également que seul l'encouragement à changer les pratiques, sans incitatifs (financiers et autres) et soutien continu à la transformation, est**

peu efficace. Les paiements sont un incitatif essentiel pour orienter les actions des prestataires, mais l'amélioration soutenue dépend des systèmes de collecte et de publication d'indicateurs de résultats. Il ne semble pas exister un mode de paiement qui soit supérieur aux autres. Le meilleur mode de paiement dépend de la situation de départ d'un système de santé.

Ce texte succinct porte sur une question complexe. Il est réparti en trois sections. La première décrit les pratiques dites évoluées de soins aux patients souffrant de maladies chroniques (SMC). La deuxième décrit les objectifs poursuivis par les juridictions analysées et les réformes que leur gouvernement a mises en place pour faire face au défi socioéconomique que représentent les maladies chroniques. La troisième présente des recommandations qui découlent des enseignements provenant des expériences dans les juridictions analysées. Nous avons ajouté en annexe des fiches descriptives des systèmes de santé et des réformes mises en œuvre par les gouvernements des juridictions analysées. Sans une compréhension des systèmes où ont été appliqués les différents modèles de financement des soins chroniques, la compréhension du rôle des différents mécanismes ne peut que demeurer limitée.

1 Les soins évolués auprès des patients souffrant de conditions chroniques

On observe dans la littérature et au sein des systèmes de santé trois grandes étapes à l'évolution des soins pour les malades SMC : 1) le Chronic Care Model (CCM) ou le modèle de gestion des maladies chroniques; 2) l'intégration des services cliniques; et 3) le soutien à la transformation. La dernière n'étant pas vraiment un changement dans les pratiques cliniques, c'est plutôt la reconnaissance de l'importance du soutien, financier et autres, pour transformer la gestion des maladies chroniques et intégrer l'offre de services cliniques

Première étape, le Chronic Care Model

Le CCM développé par Edward Wagner et son équipe, à la fin des années 90s, a complètement bouleversé la manière d'approcher les soins pour les malades SMC. D'abord en fournissant une compréhension de leurs besoins, mais surtout en démystifiant les obstacles dans l'organisation traditionnelle des soins de santé pour y répondre. Les évidences sur l'efficacité de ce modèle pour améliorer la valeur des soins à ces patients sont nombreuses (Fagherazzi-Pagel, 2013) (Shortell, 2000) (Wagner, Septembre 1998) et généralement reconnues au Québec (MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne, 2012). Le modèle de Wagner définit six éléments-clés à la prestation de services efficaces aux malades SMC : 1) une offre interdisciplinaire de services et axée sur les besoins d'une population atteinte d'une maladie chronique; 2) l'observation de guides de pratiques axés sur les évidences; 3) l'auto-prise en charge par les patients; 4) les services dans la communauté; 5) les systèmes d'information (dossiers électroniques partagés, alarmes, invites, etc.); 6) une culture et des modes de fonctionnement axés sur l'amélioration continue (MSSS, Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013, 2008); (Nolte E K. C., 2008).

Deuxième étape, les services cliniques intégrés

Suite au développement du CCM, est apparue l'importance que l'on devait accorder à la continuité des soins entre les différents secteurs, niveaux et disciplines pour obtenir de meilleurs résultats de santé à moindre coût pour le système. En effet, si un patient est atteint de plusieurs conditions chroniques, son plan de soins optimal tiendra compte de l'ensemble de ses conditions. Pour mieux répondre aux besoins de ces patients, la notion de « Soins Intégrés » met de l'avant l'importance d'éliminer les silos entre les prestataires de soins (Shortell, 2000) (Ham Chris, March 2013). Les

soins efficaces aux malades chroniques complexes exigent la création de ponts entre les disciplines (soins mentaux, généralistes, spécialistes, soins communautaires) de sorte que les services soient coordonnés tout au long du continuum de soins (Shortell, 2000). Selon Stephen Shortell, des services intégrés présentent les caractéristiques suivantes :

- L'offre de services est développée pour répondre aux besoins d'une population donnée présentant les mêmes besoins en matière de services;
- Les services sont développés localement pour répondre le mieux possible aux besoins de la communauté;
- Les services sont coordonnés tout au long du continuum de soins et ont une interface unique pour le patient;
- Les prestataires ont des systèmes d'information (TI) qui lient les patients, les fournisseurs et l'assureur tout au long du continuum;
- Le système utilise des incitatifs financiers pour aligner les objectifs de la gouvernance, de la gestion, des organisations et des médecins;
- Les données sur les coûts, les résultats cliniques et la satisfaction de la clientèle sont disponibles et accessibles peu importe le lieu où se trouve le prestataire;
- Les cliniciens travaillent avec les autres parties prenantes pour assurer l'atteinte des objectifs (ex. : pour tous les patients souffrant de comorbidités, le médecin développe un plan de soins avec les autres spécialistes affectés à ce patient).
- Le système et les prestataires améliorent continuellement la qualité de ses services.

Les évidences sur l'efficacité des soins intégrés sont nombreuses (Diabetes UK, June 2011) (Nolte E M. M., 2008) (Stock S, 2011). C'est ce qui a motivé les gouvernements des juridictions étudiées à investir dans la gestion et l'intégration des soins pour les malades SMC. Toutefois, sans incitatifs, la transformation s'avère difficile et les exemples demeurent sporadiques sur le territoire (Stock S, 2011) (Nolte E K. C., 2008) (NHS N. H., may 2013) (Porter M. E., 2011) (Ham Chris, March 2013).

Troisième étape, le soutien financier à la transformation

Les programmes de gestion des maladies chroniques ont pour objectif de produire des services appropriés, pour une population donnée, à un coût raisonnable. Ces programmes paient, en général, les prestataires pour qu'ils mettent en place structures et processus (par exemple des systèmes d'information, de la formation, un processus de délégation) requis par les nouvelles approches. C'est ce type de soutien financier que nous avons constaté en Allemagne, au Danemark et aux Pays-Bas. L'approche du Royaume-Uni (RU) était différente. En 2004, le National Health System (NHS) a imparti la livraison de services de santé à des organisations de médecine générale³. Le RU rémunère les soins primaires par capitation ajustée selon les risques, basée sur le nombre de patients inscrits. Les cliniques de soins primaires obtiennent des incitatifs financiers pour offrir des soins spécifiques aux personnes SMC et elles sont évaluées au niveau de la qualité et de l'organisation des services cliniques selon les critères du « Quality and Outcome framework » (QOF). Les composantes du QOF sont liées à de nombreuses conditions chroniques. Le financement à la performance représente maintenant 25 % du financement d'une pratique de médecine générale. Pour améliorer la gestion des maladies chroniques, le RU a soutenu le développement d'un programme et la transformation dans trois régions pilotes avant de se pencher sur le meilleur moyen de financer cette transformation.

³ Ces organisations de soins primaires appelées les 'Primary Care Trusts', ont été transformées en Clinical Commissioning Group (CCG). Ce sont également des organisations de médecins généralistes. Ces dernières offrent et négocient des contrats avec les prestataires offrant les services, primaires et secondaires, requis par les patients inscrits auprès d'eux.

2 Les réformes et les mécanismes de financement des soins chroniques – Allemagne, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni

L'objectif commun des initiatives de soins pour les malades SMC des quatre juridictions analysées est de réduire les coûts de santé de ces patients. Pour l'Allemagne et le Danemark, un meilleur contrôle des coûts passe par l'amélioration de la qualité des soins (résultats de santé). Les Pays-Bas et le Royaume-Uni expriment un objectif d'amélioration de la valeur (efficacité), soit l'amélioration des résultats de santé par dollar dépensé. En somme, les quatre juridictions se concentrent sur l'amélioration des résultats de santé pour mieux contrôler les coûts.

2.1 *Le contexte avant les initiatives pour prendre en charge les maladies chroniques*

La pertinence et l'efficacité des composantes d'une réforme dépendent des mécanismes déjà en place avant la réforme. Le tableau 1 présente certaines des caractéristiques clés de la gouvernance des systèmes de santé analysés, soit le modèle d'organisation, le type de régime d'assurance santé, le détenteur du risque financier associé à la maladie, le type d'incitatifs à la performance en place, la présence de dossiers patients électroniques (DPE) en première ligne et, finalement, s'il y a un lien électronique de communication entre les DPE des première et deuxième lignes. Outre les programmes pour améliorer les soins pour les malades SMC, les mécanismes pour inciter la performance des services de santé des quatre juridictions se comparent avantageusement par rapport à la situation au Québec.

La responsabilité financière d'assurer la prestation des services de santé des quatre juridictions repose sur des organisations distinctes des gouvernements centraux. En Allemagne et aux Pays-Bas, la responsabilité financière appartient aux assureurs qui contractualisent les services avec les prestataires de services. Au Danemark, cette responsabilité incombe aux régions. Au Royaume-Uni, il y a un contrat entre le gouvernement (payeur), et les 'Clinical Commissioning Group' (CCG)⁴ qui à leur tour contractualisent les services avec la première ligne. Dans les deux premiers cas, ce sont les assureurs qui ont un incitatif financier à l'amélioration de l'efficacité, au Danemark ce sont les régions et dans le cas du RU, ce sont les CCGs. Dans aucun cas, le risque financier n'est entièrement assumé par le gouvernement ou par les cliniques de première ligne.

Au niveau des mécanismes d'incitation à la performance dans les services primaires, les Pays-Bas et le Royaume-Uni misent sur les mécanismes de marché et la publication d'indicateurs de résultats et le Danemark mise sur la publication de données comparatives. À ce niveau, l'Allemagne comme le Québec n'ont d'autre incitation que de laisser au patient le choix de leur médecin. Au Québec, ce choix est très limité par le nombre élevé de patients n'ayant pas de médecin de première ligne.

Les quatre juridictions avaient déjà mis en place des DPE au niveau de la première ligne, une composante essentielle à l'amélioration de la gestion des services. C'est encore plus important pour les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques. Les DPE étant déjà implantés, l'ajout de fonctionnalités pour améliorer le suivi des patients SMC et la collaboration entre cliniciens est un changement marginal dans les pratiques cliniques comparativement à un environnement où il n'y a

⁴ Les CCG ont remplacé les Primary Care Trust.

pas de DPE. Au Québec, 27 % des médecins de première ligne ont un DPE et seulement 4,2% d'entre eux ont 100 % de leurs dossiers médicaux gérés électroniquement⁵.

Tableau 1 : Certaines caractéristiques des systèmes analysés

	Allemagne	Danemark	Pays- Bas	Royaume-Uni	Québec
Modèle d'organisation	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Centralisé
Assurance	Sociale	Publique	Privée et universelle	Publique	Publique
Source de financement	Prestations et impôts	Impôts	Prestations et impôts	Impôts	Impôts
Responsabilité du risque financier	Assureurs	Régions	Assureurs	CCG	Gouvernement
Incitatifs à la performance	Choix des patients	Benchmark	Concurrence et benchmark	Capitation, Choix des patients et Benchmarks	Choix des patients
DPE en PL	Oui	Oui	Oui	Majorité des cliniques	27 % (2011)*
DPE partagé entre PL et DL	Oui	Non	Non	Non	Non

Note : CCG = 'Clinical Commissioning Groups' anciennement les 'Primary Care Trusts'; DPE = Dossier patient électronique; PL = Première ligne; DL=Deuxième Ligne. Source : 2011 National Physician Survey. The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

2.2 Le financement par capitation ou par forfait

Un forfait est un montant fixe accordé pour des services médicaux sur une période de temps donnée, payé en avance. Le montant est déterminé par l'étendue des services qui sont couverts et la durée de la période. Les taux sont établis selon les coûts régionaux ou du pays en question.

Une capitation est un forfait⁶ où la couverture du risque de « santé » est transférée au prestataire, c'est-à-dire que le prestataire s'engage à assurer la prestation de tous les services de santé qui seront requis par le patient.

L'incitation liée à ces modes de paiement repose sur le fait que les tarifs sont établis à partir du coût moyens pour réaliser les activités sous contrat. Si le prestataire réalise les activités dont il a la responsabilité à meilleurs coûts, il garde le profit. En contrepartie, si ses coûts sont plus élevés, il doit assumer les pertes. Dans ces cas, les prestataires établissent une réserve dont la valeur est fonction d'un pourcentage du montant de la capitation. Le solde de cette réserve est remis aux praticiens au terme de la période couverte par la capitation seulement si l'organisation a une bonne performance. Autrement, les fonds servent à éponger le déficit. Puisque dans un contexte de services primaires les cliniques sont des organisations privées qui appartiennent et qui sont opérées par les médecins, ces derniers ont toute liberté de déléguer ou de contractualiser certains services afin d'améliorer leurs résultats (par exemple les services de laboratoire ou les examens de la vue).

⁵ National Physician Survey. The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2011.

⁶ L'expression forfait est parfois utilisée pour désigner un mode de paiement lié au transfert de risque.

Lorsqu'un omnipraticien signe un accord de capitation, une liste de services qu'il doit fournir est incluse dans le contrat. Le montant de la capitation est déterminé en fonction de cette liste. Bien que ces services varient d'un plan à l'autre, on y retrouve généralement les services suivants :

- Services de prévention, de diagnostic et de traitement;
- Injections, vaccinations et administration de médicaments en clinique;
- Tests de laboratoire effectués à la clinique ou à l'extérieur;
- Éducation et conseils sur la santé;
- Examens de routine de la vision et de l'ouïe (Patrick C. Alguire, 2013).

2.3 Les programmes des quatre juridictions

L'initiative allemande

Le programme de gestion des maladies chroniques ('Disease Management Program' (DMP)) allemand incite les prestataires à respecter davantage des évidences et à impliquer les patients dans leurs soins (rendre plus proactifs). Il vise aussi à améliorer la qualité des soins, la coordination des soins entre les secteurs (primaire, secondaire et tertiaire) et entre les professionnels, ainsi qu'à réduire les coûts. Les Fonds d'Assurance Santé (FAS) reçoivent plus de fonds de compensation du gouvernement par patient inscrit au DMP que pour un patient qui ne l'est pas. Toutefois, l'enveloppe de compensation totale n'a pas changé par rapport à ce qu'elle était avant la mise en œuvre du DMP⁷. Le tarif pour les patients non inscrits a diminué pour financer le tarif des patients inscrits qui lui a augmenté.

Le programme de DMP prévoit trois types d'arrangements financiers ou **paiements par patient inscrit (flux financiers)** :

1. **Du gouvernement au FAS** par patient inscrit pour financer les frais administratifs et de documentation et encourager le prestataire à s'engager (en 2011, 168 € par patient).
2. **Du FAS au prestataire** pour chaque DMP :
Le médecin reçoit 24 €⁸ par patient pour la première documentation du cas et 10 € pour les ajouts subséquents. Il reçoit également un paiement par participant pour donner des formations de groupe (60 € pour 60 minutes) et une variété de paiements à la carte pour offrir des consultations par téléphone, en dehors des heures normales d'ouverture de la clinique.

Les consultations et examens sont financés à l'acte selon les prix négociés par les associations, mais le médecin reçoit 15 € par patient par trimestre en plus lorsque les services touchent des patients souffrant de maladies chroniques. Les références à un spécialiste sont également rémunérées à 5,11 €.

Autre incitatif : Le médecin reçoit des crédits de formation pour sa participation aux formations annuelles donnés sur le DMP.

⁷ Dans ce régime, le gouvernement central compense financièrement les assureurs pour les personnes à haut risque ou pour les personnes qui ne travaillent pas.

⁸ La documentation implique de documenter (électroniquement) le cas et les indicateurs de sorte qu'ils peuvent être suivis subséquemment et intégrés dans les rapports de suivis et résultats.

- 3. Incitatifs financiers du FAS vers les patients :** les copaiements (frais d'utilisateurs) sont annulés pour les patients qui participent à un DMP, ce qui peut donner lieu à des économies importantes. Par exemple : un copaiement moyen de 10 € par médicament prescrit et 1 % pour les frais d'hospitalisation ou pour d'autres professionnels de santé. Autre incitatif pour le patient, il reçoit des soins de meilleure qualité.

Pour pouvoir participer à un DMP, le gouvernement exige que les médecins et les patients prennent l'engagement de respecter certaines règles.

1. Engagement des médecins avec le FAS : Le médecin doit s'engager à coordonner les soins du patient, à fournir de la documentation, à soutenir l'autogestion par le patient de sa maladie, à donner des formations et à faire le suivi des résultats. En plus, les prestataires doivent respecter d'autres standards de qualité, par exemple accuser un retard maximum de 30 minutes sur une consultation ou ouvrir la clinique le soir.

2. Engagement du patient avec le médecin : Le patient s'engage à se présenter à tous les suivis et examens prescrits et à atteindre des objectifs de santé qu'il a établis avec son médecin.

Par ailleurs, le programme inclut un volet d'assurance qualité. Les objectifs nationaux sont opérationnalisés dans les algorithmes de benchmarks. Des rapports de suivis sont fournis aux prestataires afin de permettre des comparaisons transversales et longitudinales des résultats par patient, par médecin ou par clinique.

Les données montrent que l'Allemagne a obtenu une diminution importante des hospitalisations de patients souffrant de maladies chroniques, notamment chez les diabétiques. Ces diminutions ont contribué à diminuer les coûts moyens totaux de santé de ces patients lorsqu'ils sont comparés aux patients ne participant pas au programme. Il en résulte une augmentation des coûts pour les soins primaires compensée par une réduction plus importante des coûts hospitaliers. L'annexe 1 compile ces résultats plus en détail.

L'initiative danoise

En 2007, le Danemark a implanté un projet pilote dans le but d'accroître l'attention sur les maladies chroniques et sur la coordination des soins (Hernandes-Quevedo, 2013)⁹. Deux éléments de cette réforme étaient l'introduction de coordonnateurs de trajectoires de soins et un paiement spécial (forfait) aux médecins qui acceptent d'agir en tant que coordonnateurs pour un groupe de patients dont la condition est chronique en commençant par le diabète de type 2.

Les omnipraticiens qui acceptent de participer au programme reçoivent un montant de 156 € par patient diabétique inscrit pour assurer la gestion de ces cas. En contrepartie, les soins donnés doivent suivre le guide de pratique du Collège Danois de médecine générale incluant au moins une consultation annuelle et trois visites de suivi. Les consultations et les visites sont rémunérées selon le mécanisme régulier de paiement à l'activité. Les généralistes inscrits doivent accepter d'installer et d'utiliser un système d'information pour la collecte de données. Le système recueille des données clés du dossier patient électronique, génère un rapport pour chaque clinique/clinicien et publie une analyse comparative de la performance du praticien avec celle des autres généralistes du programme.

⁹ L'objectif est d'étendre ce programme à d'autres conditions chroniques et de développer le système pour qu'en plus de la qualité, la performance soit récompensée. Seulement 487 omni sur 2 102 participaient au programme en 2013. L'intention est toujours d'étendre le programme (Hernandes-Quevedo, 2013).

Bien que le programme n'ait pas été évalué, il a été démontré que le système d'information a contribué à améliorer la qualité des soins (Hernandes-Quevedo, 2013).

L'initiative néerlandaise

Afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins pour les maladies chroniques, tout en contrôlant les coûts, le gouvernement des Pays-Bas a créé les conditions nécessaires pour que les compagnies d'assurance achètent des services de qualité et donc multidisciplinaires et conformes aux standards : « National Disease Specific Health Care Standards ». Le programme a débuté en 2007 avec le diabète, puis a été étendu en 2010 aux Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques (MPOC) et aux maladies cardiovasculaires. Il s'agit de financer les services-activités qui ne sont pas directement liés aux soins des patients, mais qui sont essentiels à une offre intégrée de soins de qualité : coordination des services de santé, les technologies de l'information, la collecte et la communication des données (rétroinformation).

Prémisses :

- 1) Les soins pour les maladies chroniques requièrent des services multidisciplinaires
- 2) Une portion importante des soins peut être donnée en première ligne
- 3) Les soins doivent être conformes aux standards

Description du forfait :

Le prix du forfait varie entre 258 € et 474 € (2009) par patient par année. Il est négocié par la Compagnie d'assurance et le prestataire : le 'Disease Care Group' (DCG). Le prestataire - DCG est responsable cliniquement pour les soins de première ligne et financièrement pour tous les patients enrôlés dans le programme (ex. : diabète). Il s'agit donc d'une capitation. Les forfaits ne sont pas les mêmes avec tous les groupes de soins (ou Compagnie d'assurance), ils doivent néanmoins inclure les éléments suivants :

- Les soins recommandés dans le guide de pratique « Diabetes Health Care Standards » établi par la Fédération Néerlandaise du diabète (NDF), incluant un examen tous les 12 mois et des suivis tous les trois mois, un examen annuel des yeux et des pieds.
- Des conseils sur la nutrition.
- Un soutien et des conseils pour arrêter de fumer.
- Des tests de Laboratoire (HbA1C, LDL cholestérol, Kidney function, microalbuminurie).
- De la formation et du soutien au patient sur l'autogestion des soins.
- L'examen amenant au diagnostic de la maladie n'est pas inclus.
- Les services et les consultations auprès des spécialistes ne sont pas inclus dans les forfaits. Dans le cas de complications, le patient est transféré aux soins d'un spécialiste. Dans ce cas, le patient n'est plus sous la responsabilité du DCG et le paiement du forfait pour ce patient est terminé.

L'adhésion au programme par les prestataires est volontaire. Deux types de programme existent : un forfait ou un paiement pour les services de coordination, de communication et de TI ajouté à la capitation (déjà en place).

Une évaluation des résultats réalisée par le National Institute for Public Health and Environment a révélé que les coûts par patient dans les soins primaires ont augmenté, mais que les patients inscrits aux forfaits ont utilisé 24 % moins de services des spécialistes (Rayden, Bundle payments in the Netherlands , 2013).

L'initiative britannique

Le programme Year of Care (YOC) a été mis en place en 2007 pour assurer les soins auxquels une personne atteinte d'une maladie chronique serait en droit de s'attendre à recevoir (Thomson S O. R., 2012). Il s'agissait d'un pilote avec les personnes diabétiques de type 2. L'objectif était d'évaluer si l'application du modèle de gestion des maladies chroniques pouvait améliorer à long terme la valeur des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques avant de l'appliquer aux autres conditions chroniques. L'approche a pour stratégie de donner un soutien aux personnes atteintes pour qu'elles prennent en charge la gestion de leur maladie (documentation de la glycémie, contrôle des reins, suivi d'un plan de gestion de la maladie...). Le programme a deux composantes : l'amélioration de la surveillance biomédicale de routine (la formation des patients et le partage de la responsabilité des décisions avec le patient); la préservation de la possibilité de choisir les services locaux par la contractualisation des services.

Le programme YOC est un projet pilote offert dans trois régions : Tower Hamlets; Calderdale, Kirklees and North of Tyne; North Tyneside and West Northumberland. Par la suite, la transférabilité de la stratégie a été testée dans 12 communautés. Durant la phase pilote, le programme ne contenait pas d'incitatifs financiers. Au YOC, s'ajoute le programme YOC IT (Technologies d'information (TI)) pour améliorer la collecte de données et le transfert d'outils d'information sur la planification des soins.

Les pilotes YOC (diabète) ont permis de constater qu'avec le bon leadership, la bonne formation et le bon soutien, TI et autres, il est possible de mieux gérer les conditions chroniques, mais que l'implantation de ce modèle de pratique requiert un effort considérable. Selon les évaluateurs, les cliniques devront être soutenues pour maintenir le momentum et les CCGs devront apprendre à contractualiser des services non traditionnels (Diabetics UK, June 2011).

À première vue, l'initiative britannique peut sembler comparativement limitée puisqu'elle ne comprendrait pas d'incitatif financier. En fait, la stratégie britannique a été d'abord de soutenir la transformation, de mesurer la valeur du programme YOC et de comprendre l'effort requis pour sa mise en œuvre (formation des patients à l'autogestion, la participation au système d'information et l'élaboration de plans de soins). Ensuite, le RU a mis en place en 2012-13 un pilote sur le financement de ce modèle de gestion des conditions chroniques dans un nombre limité de régions : le « Long Term Conditions (LTC) YOC Funding ». Ce programme est décrit dans la boîte 1 (page 17). Il sera étendu à l'ensemble du RU en 2015 et prévoit le soutien aux patients avec comorbidités.

Le tableau 2 présente un sommaire des initiatives décrites dans les paragraphes précédents. Le premier constat effectué est qu'à l'exception de la stratégie allemande, les initiatives visent les malades qui souffrent d'une seule maladie chronique. Elles visent donc davantage l'implantation des composantes du CCM (voir l'étape 1 de la section 1) que l'intégration des services cliniques (voir l'étape 2 de la section 1).

Tableau 2 : Initiatives pour améliorer l'efficacité des services aux patients chroniques

	Allemagne	Danemark	Pays-Bas	Royaume-Uni	Québec
Initiatives	Législation	Pilote	Programmes	Pilote	
Patients visés	Maladies chroniques	Diabète	Diabète (2007) MPOC (2010) MCV (2010)	Diabète	Patients vulnérables
Paiement	Forfait assureur (168 €-2011) et PAA ajusté prestataire	Forfait (156 € 2012)	Forfait (258 € à 474 € - 2012)	(financement du projet pilote, mais pas de mécanisme de paiement)	Forfait 52 \$*
Services compris	Système de Benchmark (Assureur) PAA, formation et suivi indicateurs	Coordination, et utilisation d'un système d'information	Observation, évidences, formation, autogestion, tests et 1 consultation d'un spécialiste	Soutien à la transformation via la formation de cliniciens et de patients, outils d'information, plan de soins	Inscription du patient vulnérable
Paiement des consultations	En sus	En sus	Inclus	Non applicable	En sus
Engagement des médecins	Coordination, information, soutien, auto-gestion, observation des évidences	Coordination, guide de pratique	Responsabilité financière pour la provision des services inclus		
Engagement des patients	Se présenter à tous les RV				
Résultats	↑ Résultats ↓ Coûts PP	↑Qualité	↑Coûts SP ↑Résultats ↑Délégation ↓Coûts services spécialistes	↑Productivité ↑Résultats (2 ans) ↑Motivation	Non mesuré
Limites du programme	Peu de délégation, ne tient pas compte des comorbidités	Continuité des services, ne tient pas compte des comorbidités	Continuité des services, Ne tient pas compte des comorbidités	Ne tient pas compte des comorbidités	

Notes : PAA= Paiement à l'Acte; PP= Par patient; MCV = Maladie cardiovasculaire; SP= Soins primaires
 * source : Lettre d'entente no 245 – Nouvelle version remplaçant celle en vigueur depuis le 1er novembre 2011 (<http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2013/info037-3.pdf>)

Le tableau 3 présente un sommaire des composantes incluses dans les programmes. De ces quatre programmes, trois éléments du CCM font partie d'au moins trois d'entre eux : 1) l'engagement formel du médecin à observer les évidences cliniques (A, D, PB), 2) l'installation de systèmes d'information, la collecte de données et la production de benchmark sur les résultats (A, D, RU) et 3) la formation des patients à l'autogestion de leur maladie (A, PB, RU). En plus, les systèmes danois et allemand exigent du médecin qu'il s'engage également à coordonner les soins des patients. L'Allemagne exige en plus un engagement du patient inscrit à se présenter à tous ses rendez-vous, à

suivre les formations qui lui sont offertes et à atteindre des objectifs de santé qu'il s'est fixés avec son médecin.

Tableau 3 : Éléments du CMM par juridiction

Engagement du médecin à respecter les évidences	A, D, PB, RU*
Système d'information et benchmark	A, D, RU
Formation des patients à l'autogestion	A, PB, RU
Coordination des soins	A, D

A=Allemagne; D=Danemark; PB = Pays-Bas; RU = Royaume-Uni. Au RU, le National Institute of Clinical Excellence publie des guides de pratique basés sur les évidences et les médecins sont obligés de les respecter. Les guides de pratiques sont considérés quasi-loi.

Puisque les contextes de départ, les programmes et les populations sont différents, nous ne pouvons comparer les résultats obtenus par rapport à l'effort investi par chaque juridiction. Toutefois, les constats suivants ressortent clairement :

- Les quatre juridictions ont obtenu une amélioration des résultats de santé de la clientèle visée;
- L'amélioration des coûts par patient n'est pas immédiate. Les coûts pour les soins primaires ont augmenté en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ils ont toutefois diminué pour ces patients dans les services hospitaliers (de 25 % aux Pays-Bas (Rayden, Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands, 2013), et de 14 % en Bavière (Nolte E K. C., 2008)). Deux juridictions qui ont évalué leur productivité l'ont amélioré (A; RU) et les Pays-Bas ont étendu le programme à deux autres maladies suite au pilote initial avec le diabète.
- La seule initiative qui a obtenu une augmentation de la délégation interdisciplinaire est celle des Pays-Bas. C'est aussi la seule qui a implanté un forfait qui inclut la provision de tous les services cliniques recommandés plutôt que d'avoir adopté un forfait pour les inscriptions, la coordination et l'entrée d'information et un financement séparé pour les examens et les visites.
- Toutes les juridictions ont noté les limites de leurs initiatives pour aider les patients souffrant de comorbidités et qu'elles devaient maintenant améliorer l'intégration des services cliniques entre les disciplines et les secteurs.

Par ailleurs, la revue de littérature nous a permis d'effectuer les constats additionnels suivants :

- Le modèle de Shortell fait référence à trois catégories d'intégration nécessaires dans le système de santé pour améliorer sa performance : fonctionnelle¹⁰, médicale¹¹ et clinique. Dans ce texte, nous faisons référence à l'intégration clinique, c'est-à-dire à la coordination des gens, des fonctions et des activités à travers tout le système dans le but de maximiser la valeur des soins

¹⁰ Intégration fonctionnelle = Intégration des fonctions de gestion financière, des ressources humaines, de la planification stratégique et de la gestion des informations.

¹¹ Intégration médicale = Intégration des objectifs économiques du corps médical et du système, participation des médecins à la planification, à la gestion et à la gouvernance du système et utilisation des commodités et des services offerts par le système (Shortell, 2000).

aux patients. La littérature insiste sur la différence entre intégration des soins et intégration des structures. **Les plus grands bénéfiques de l'intégration en santé proviennent des services et des soins cliniques et non de l'intégration des structures.** (Ham Chris, March 2013)

- Les expériences britanniques dans la réforme des mécanismes de financement des services hospitaliers (Foundation trusts et NHS Trusts), allemandes avec les « Diseases management program » (Stock S, 2011) et américaines (soins aux malades SMC (Michael W. Painter, 2012)) ont montré que les résultats de l'implantation de mécanismes financiers d'incitation et de concurrence dans des organisations traditionnelles de santé génèrent des résultats mitigés à moins de soutien continu. Très peu réussissent à atteindre les résultats escomptés et la réussite dépend beaucoup plus des personnes en place. Sans formation à tous les niveaux des organisations et sans soutien continu à la transformation, les résultats sont limités. Le constat est le même lorsque les juridictions se limitent à faire la promotion des meilleures pratiques et à offrir la formation sur ces dernières. Sans incitatifs, financiers et autres, à transformer les pratiques, le soutien, la formation et l'évaluation continue produisent des résultats positifs pendant les pilotes, mais sont difficiles à maintenir dans le temps et ne se généralisent pas à travers le territoire.

Boîte 1 : Le programme de financement YOC pour les conditions chroniques (QIPP LTC YOC funding model project team, 2012)

« LTC YOC funding program »

Le NHS s'est commis à implanter **un modèle de financement, le LTC YOC funding program, pour encourager l'intégration des services de santé et des services sociaux** basée sur les besoins (plutôt que sur les maladies), pour les personnes ayant des maladies chroniques et pour celles ayant besoin de plus de services que ceux donnés par une clinique de médecine générale.

L'objectif du programme est de trois ordres : répondre aux besoins de populations spécifiques selon leurs besoins (établir des profils de population selon l'existence de une, deux ou plus conditions chroniques); former des équipes de soins intégrés (santé et communautaires) dont l'interface est unique; miser sur l'auto-gestion de son état pour les patients qui en ont la possibilité.

Le modèle de financement sera par capitation ajustée selon les risques¹² et basée sur les besoins. Les buts du modèle sont de 1. Réorienter l'attention des CCGs et des prestataires vers des services centrés sur le patient et 2. Rendre les frontières des structures organisationnelles invisibles.

Cette stratégie a été testée de 2012 à 2013. De 2013 à 2014, un nouveau modèle de financement sera testé avec des volontaires et comparé aux modes de financement traditionnels. Le modèle sera implanté en parallèle (Shadow) avec le modèle actuel nationalement l'année suivante et sera effectif à partir d'avril 2015.

¹² Qui tiennent compte des caractéristiques sociales et personnelles des assurés.

3 RECOMMANDATIONS POUR LE QUEBEC

Avant tout, il importe de souligner que nos recommandations portent sur la transformation de l'organisation des services de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques et non sur une transformation de leurs modes de financement. Toutefois, puisque la transformation implique l'ajout de responsabilités pour les services de première ligne, elle prévoit des mécanismes de paiement pour ces dernières et des engagements de la part des parties prenantes pour mieux orienter les activités.

Notre recommandation propose de poursuivre avec la proposition incluse dans la Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013 du MSSS, en soutenant le développement des composantes du modèle de CCM. Puisque la transformation des pratiques présente un défi considérable et qu'elle ne se fera qu'avec des incitatifs et un soutien appropriés, **nous recommandons d'offrir un jeton d'inscription au programme par clinique participante et de financer, par capitation ajustée pour le risque, la prise en charge de la surveillance clinique des patients présentant des maladies chroniques.**

Cette capitation annuelle par patient devrait être offerte en contrepartie des éléments suivants :

1. Offrir un nombre de visites de suivi par année et les tests recommandés dans le guide de pratique soutenu par les associations médicales concernées (Diabète, MPOC, MCV...);
2. Effectuer un examen clinique annuel complet lorsque recommandé par le guide de pratique;
3. Offrir une formation aux patients habilités sur l'auto gestion de leur maladie;
4. Entrer les informations pour chaque patient dans les systèmes d'information¹³.

Pour participer à ce programme, un engagement de la part du médecin devrait être obtenu pour les éléments suivants :

1. Respecter les évidences cliniques (prévention secondaire);
2. Installer un système d'information recommandé pour assurer le suivi des résultats;
3. Suivre la formation sur la gestion des maladies chroniques et sur le fonctionnement du système d'information;
4. Coordonner tous les services dont le patient inscrit a besoin.

Chaque patient inscrit devrait s'engager à suivre la formation offerte par leur clinique médicale et se présenter à tous les examens et visites de suivi qui lui sont proposés.

Enfin, le MSSS devrait offrir le soutien approprié aux cliniques pour encourager la transformation notamment en :

1. planifiant le système de collecte d'information et en publiant les résultats par médecin et pour chaque clinique médicale afin de faciliter le processus d'amélioration continue;
2. développant un programme de formation pour les médecins et les dirigeants des cliniques médicales;
3. encourageant la délégation parmi les membres des équipes cliniques multidisciplinaires.

Pour les patients souffrant de comorbidités, une capitation ajustée devrait leur être offerte. En plus, des éléments et des conditions énoncés plus haut, il est recommandé qu'en contrepartie du forfait,

¹³ Le système d'information pour collecter les données des patients chroniques devrait idéalement tirer les données des DPE pour que ces dernières ne soient entrées qu'une seule fois. Ceci implique que les DPE seront adaptés pour le suivi des patients chroniques.

l'équipe clinique complète, incluant les spécialistes et un pharmacien, participe à l'élaboration du plan de soins du patient¹⁴. Cet exercice doit être planifié, systématisé et rémunéré pour s'assurer qu'il ait lieu. Une infirmière, gestionnaire de cas, doit assurer le lien entre les différents prestataires de soins pour cette clientèle. En plus, advenant une complication (urgence, hospitalisation), la gestionnaire de cas fera le lien avec l'hôpital pour assurer le transfert des informations du dossier patient. Cette dernière devrait être rémunérée par la clinique médicale à même le forfait par patient comorbide.

Cette proposition exigera un investissement initial dans le développement du système, la coordination de sa mise en œuvre et dans la promotion du système d'information. On devrait également observer une augmentation des visites et des tests pour ces patients les premières années (2 ou 3). Toutefois, on observera rapidement une diminution dans les visites à l'urgence, les hospitalisations et la consommation de médicaments de cette clientèle.

Enfin, le système d'information devrait permettre de suivre la consommation de services de santé pour chaque patient inscrit afin de faciliter l'évaluation continue du programme et de l'ajuster lorsque les résultats obtenus l'exigent.

¹⁴ Les services recommandés dans les guides de pratique et dans ceux portant sur les médicaments pour toutes les maladies du patient donné devront être intégrés dans un plan de soins unique.

ANNEXE 1 : ALLEMAGNE

Système de santé

Assurance santé : Assurance sociale universelle et obligatoire lorsque le revenu est sous 50 000 € (90 % de la population assurée); optionnelle pour les autres qui peuvent s'assurer auprès du secteur privé.

Financement : combinaison impôts et assurance sociale obligatoire.

Assureurs : 200 Fonds d'assurance santé (FAS), OSBL financés par les contributions des employeurs (Pension) et des employés; les contributions varient en fonction du revenu et sans lien avec un risque ou le nombre de dépendants; les FAS couvrent les employés, leurs dépendants et les retraités.

Compensation pour les risques : RSA, schème, prévoit la réallocation de fonds entre les FAS pour balancer les risques. Un RSA par type de risque, par exemple diabète de type 2.

Organisations : GBA : organisation qui *facilite les négociations entre les associations de fonds et les prestataires* (médecins, dentistes et hôpitaux) pour déterminer les services financés et les standards de qualité.

Hôpitaux : Privés (BL et SBL) ou publics, 34 % du financement via un système de DRG (services médicaux et hospitaliers).

Prestataires de soins primaires : Organisations de médecins ou médecins indépendants.

Mécanismes de paiement : Paiement des soins primaires : essentiellement à l'acte.

Autres paiements : Les programmes de gestion des maladies chroniques (PGM ou DMP (ANGLAIS)) sont associés à un RSA.

Un FAS reçoit plus de fonds par patient inscrit au PGM que pour un patient qui ne l'est pas. (L'enveloppe pour le RSA n'a pas changé. Le tarif pour les patients non inscrits a donc diminué pour financer l'augmentation du tarif pour les patients inscrits.

Les DMPs ont été implantés en 2002 lors de l'adoption d'une Loi du gouvernement fédéral pour un déploiement national.

En 2010, plus de 5,7 millions d'assurés étaient enrôlés dans un DMP; 80 % à 90 % des patients diabétiques sont inscrits dans certaines régions telles que le Rhin Nord.

Objectifs des DMP : Observer davantage les évidences et impliquer les patients dans leurs soins (les rendre plus proactifs).

Mais aussi améliorer la qualité des soins, la coordination des soins entre les secteurs (primaire, secondaire et tertiaire) et les professionnels, ou encore réduire les coûts.

Ententes (et services qui en découlent) entre un médecin et un patient dans lesquelles ils s'engagent; engagement du médecin de coordonner les soins du patient et engagement du patient de se présenter à tous les suivis et examens prescrits; engagement du prestataire de fournir la documentation; soutien à l'autogestion de la maladie, offres de formation et suivi des résultats. Un RSA par patient y est associé.

Les prestataires doivent respecter d'autres standards de qualité, par exemple présenter un retard maximum de 30 minutes sur une consultation ou sur l'ouverture de la clinique le soir.

Programme d'assurance qualité : L'atteinte des objectifs nationaux est suivie dans les analyses de benchmarks. Des rapports de suivis sont fournis aux prestataires permettant des comparaisons transversales et longitudinales des résultats par patient, médecin ou clinique.

Paiements par patient inscrit :

Le programme de DMP prévoit trois types d'arrangements financiers ou **paiements par patient inscrit (flux financiers) :**

1. **Du gouvernement au FAS** par individu inscrit pour financer les frais administratifs et de documentation et encourager le prestataire à s'engager (en 2011, 168 € par patient).
2. **Du FAS au prestataire** pour chaque DMP :
Le médecin reçoit 24 €¹⁵ par patient pour la première documentation du cas et 10 € pour les ajouts subséquents. Il reçoit également un paiement par participant pour donner des formations de groupe (60 € pour 60 minutes) et une variété de paiements à la carte pour offrir des consultations par téléphone, en dehors des heures normales d'ouverture de la clinique.

Les consultations et examens sont financés à l'acte selon les prix négociés par les associations, mais le médecin reçoit 15 € par patient par trimestre en plus pour les services donnés aux patients chroniques. Les références à un spécialiste sont également rémunérées à 5,11 €.

Autre incitatif : Le médecin reçoit des crédits de formation pour sa participation aux formations annuelles donnés sur le DMP.

3. **Incitatifs financiers du FAS vers les patients :** les copaiements (frais d'utilisateurs) sont annulés pour les patients qui participent à un DMP. Ceci peut donner lieu à des épargnes importantes. Par exemple : un copaiement moyen de 10 € par médicament prescrit et 1 % des frais d'hospitalisation ou autres professionnels de santé. Autre incitatif pour le patient, il reçoit des soins de meilleure qualité.

Services connexes donnés aux prestataires (les prestataires enrôlés doivent participer)

L'Institut Central des soins Ambulatoires d'Allemagne produit un rapport annuel sur la qualité des DMPs destiné au FAS. Il produit aussi pour les médecins des rapports trimestriels indiquant les patients qui devraient être revus, un rapport bisannuel sur leurs résultats-patients et une évaluation le comparant à ses collègues régionaux.

L'Institut produit également des informations sur des sujets reliés au DMP et sur les lignes de conduite.

Les FAS sont libres de développer eux-mêmes leur propre programme, mais ils doivent remplir certaines conditions : définir les critères et processus d'inscription des participants; suivre les guides de pratiques (évidences); assurer la qualité des soins en donnant une rétroaction aux prestataires sur les soins qu'ils donnent et de l'aide à la prévention; fournir des sessions éducatives aux prestataires et aux patients; implanter des dossiers électroniques et les évaluer.

Autres exemples (varient selon les FAS et les DMPs) : programmes de formation; patients enrôlés reçoivent des informations imprimées sur leur maladie, les options de traitements et les stratégies de gestion de leur maladie.

¹⁵ La documentation implique de documenter (électroniquement) le cas et les indicateurs de sorte qu'il peut être suivi subséquemment et intégré dans les rapports de suivis et résultats.

EVALUATION

Facteurs de succès

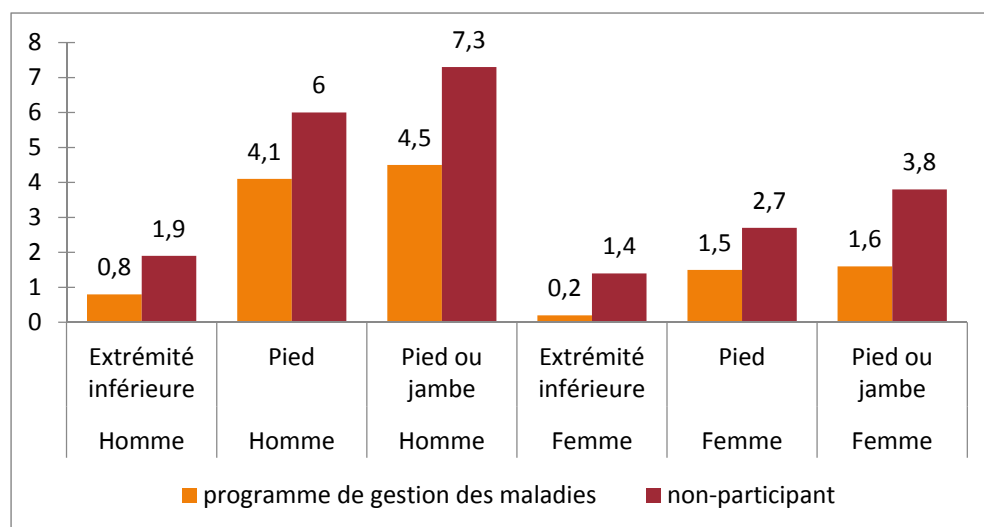
L'implication des organisations variées de médecins, de syndicats professionnels et autres groupes a contribué à faire adopter ce programme (imposé centralement).

Les composantes clés du système de DMPs, contrastent avec les soins primaires traditionnels : l'enrôlement du patient; des traitements selon les évidences; l'utilisation systématique des TI pour documenter des situations; l'évaluation et l'assurance qualité. Ce sont tous des éléments qui étaient appliqués sporadiquement et qui sont maintenant appliqués nationalement et systématiquement à travers tout le système (Nolte E K. C., 2008).

Standardisation nationale des services selon les évidences, l'assurance qualité, le généraliste comme leader du processus, des incitatifs financiers à tous les niveaux; un système sophistiqué de dossier électronique.

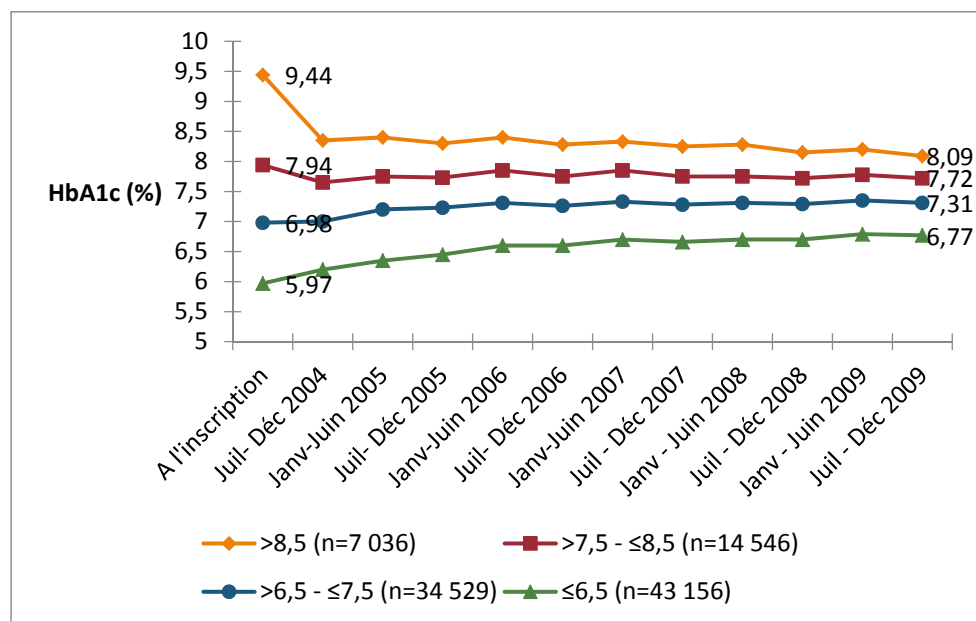
Indicateurs (exemple diabète type 2)

Nombre de patients par 1000 participants qui étaient hospitalisés au moins une fois avec le diagnostic décrit, 2006 (Diabète type 2)



Notes : Extrémité inférieure= amputation sous le genou; Pied = amputation de tout le pied ou d'une partie de celui-ci; pied ou jambe = non spécifié. Source : Evaluation of the BARMER Sickness Fund's nationwide disease-management program for Diabetes Mellitus Type 2, 2003–2007.

Changement dans les niveaux de HbA1c des patients inscrits ¹⁶ (diabète type 2)



Source: DMP Quality Report 2009, Joint Institution DMP of North Rhine (Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management Programme GbR).

Amélioration des coûts

Coût par assuré par année en \$ US : Inscrits à un DMP et non inscrits

Catégories de coût	AOK Bavaria	AOK Plus (Thuringia)	AOK Plus (Saxony)
Non-inscrits			
Soins ambulatoires	990	815	887
Médication	1 846	2 032	2 078
Soins aux patients hospitalisés	2 810	2 678	2 315
Coût global	6 815	6 413	6 400
Inscrits			
Soins ambulatoires	1 182 (+19,32 %)	883 (+7,69 %)	954 (+6,96 %)
Médication	1 729 (-6,41 %)	2 038 (+0,28 %)	2 127 (+2,33 %)
Soins aux patients hospitalisés	2 428 (-13,59 %)	1 965 (-36,28 %)	1 738 (-33,14 %)
Coût global	6 278 (-7,87 %)	5 581 (-14,81 %)	5 749 (-11,31 %)

Notes : 1 € = 1.3361 \$ US; les montants entre parenthèses expriment la différence en pourcentage. Source : Modified according to AOK-Bundesverband, and I. Biesterfeld and P. Willenborg, "Chronikerprogramme lohnen sich," Gesundheit und Gesellschaft, June 2009 12(6) :18-19.

Les évaluations, quatre ans après l'implantation initiale du programme, ont montré qu'en plus de l'amélioration des coûts par patient, les taux d'hospitalisation, la durée des hospitalisations, la mortalité et le coût des médicaments ont significativement diminué. 90 % des patients éligibles sont inscrits.

¹⁶ Ceux qui avaient un niveau bas au début de leur inscription ont parfois augmenté leur niveau moyen. Il est possible que ceci soit dû au fait qu'il faille éviter les hypo- et hyperglycémies.

Faiblesses : intégration insuffisante des ressources communautaires; focus sur une maladie à la fois alors que beaucoup de patients ont des comorbidités;
Devront déléguer davantage de tâches aux infirmières.

ANNEXE 2 : DANEMARK¹⁷

En 2007, le Danemark a implanté une réforme importante dans le but d'accroître l'attention sur les maladies chroniques et sur la coordination des soins (Hernandes-Quevedo, 2013).

Deux éléments de cette réforme étaient l'introduction de coordonnateurs de trajectoire de soins et un paiement spécial aux médecins qui acceptent d'agir en tant que coordonnateur pour un groupe de patients dont la condition est chronique (diabète type 2). Par exemple, les omnipraticiens qui acceptent reçoivent un montant de 156 € par patient diabétique inscrit pour assurer la gestion de ces cas; la participation du médecin est volontaire. Cette initiative est un projet pilote visant à améliorer le rôle joué par les généralistes (MG).

L'objectif à long terme est d'étendre ce programme à d'autres conditions chroniques et de développer le système pour, qu'en plus de la qualité, la performance soit récompensée. Malgré cela, il n'a pas été étendu, ni évalué (amélioration de la qualité, coordination, expériences patient ou impact économique). Seulement 487 omni sur 2 102 participaient au programme en 2013. L'intention est toujours d'étendre le programme (Hernandes-Quevedo, 2013).

Services inclus dans le forfait

Les soins donnés doivent suivre le guide de pratique du Collège Danois de médecine générale incluant au moins une consultation annuelle et trois visites de suivi. Les généralistes inscrits doivent accepter d'installer et d'utiliser un système d'information pour la collecte de données. Le système recueil des données clés du dossier patient électronique, génère un rapport pour chaque clinique/clinicien et benchmark la performance du praticien avec celle des autres généralistes du programme.

Objectif : développer et assurer la qualité du traitement des maladies chroniques dans les cliniques de médecine générale.

Stratégie : fournir les outils aux MG pour systématiser les soins et l'assurance de la qualité dans les traitements donnés aux patients souffrant de maladies chroniques.

Résultats : bien que le programme n'ait pas été évalué, il a été démontré que le système d'information a contribué à améliorer la qualité des soins (Hernandes-Quevedo, 2013).

Défi : la structure fragmentée du système de santé danois pose un défi important à l'intégration des services.

¹⁷ Les informations sur le système danois sont disponibles à l'annexe 4 du document : 'Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux' CIRANO 2013 du même auteur.

ANNEXE 3 : PAYS-BAS

Système de santé des Pays-Bas

En 2006, les Pays-Bas ont effectué une réforme importante de leur système misant sur les mécanismes du marché pour améliorer l'efficacité du système. Trois marchés exercent leur influence : celui entre les individus et les assureurs, entre les individus et les prestataires de soins, entre les prestataires et les assureurs.

Les assurances sont réglementées : requiert que tous les citoyens se procurent une assurance santé sauf dans des conditions particulières. Ceux dont le revenu dépasse 30 000 € par année peuvent se procurer un autre type d'assurance dite substitutive.

Financement du système

Le système est financé par une taxe sur les salaires à hauteur de 6,9 % pour la première tranche de 32 369 € payée par les employeurs et sur laquelle les employés paient des impôts. Les travailleurs autonomes doivent contribuer pour 4,8 % de leur revenu en impôts santé.

Les contributions des assurés sont réglementées. Le coût et la couverture sont les mêmes pour tous sauf escompte de groupe. Le déductible de 168 € (excluant les services d'un généraliste) est également le même pour tous. Les paiements des usagers incluant les frais d'utilisateurs ne doivent pas excéder 6 % des dépenses totales en santé de l'utilisateur.

Il existe un schème de compensation pour les assurés à haut risque financé par les impôts sur le revenu.

Les enfants sont exemptés et le gouvernement donne une allocation santé pour les citoyens dont le revenu est faible (si le taux de la prime excède 5 % du revenu du ménage).

Services couverts

Les services médicaux généraux et spécialisés, les services hospitaliers, ceux des sages-femmes, les soins dentaires des enfants et certains autres, les médicaments et autres services tels que ambulanciers, maternels paramédicaux, etc. sont couverts par l'assurance obligatoire. Tous les citoyens sont également couverts pour des dépenses exceptionnelles de santé incluant des soins pour maladies mentales et chroniques ou des soins de longue durée.

Assureurs : organisations privées (BL ou OSBL) et réglementées (les assurances sociales et privées ont été intégrées). Il y a une forte concurrence pour attirer les clients. Ils se concurrencent sur des escomptes de groupe.

Paiements des médecins : Ils sont sous contrat avec les assureurs et ils reçoivent une capitation par patient plus un PAA. Ils négocient des paiements additionnels pour des infirmières ou pour d'autres services. Les spécialistes sont soit salariés des hôpitaux (1/3) soit des travailleurs autonomes organisés en partenariats (2/3).

Il y a actuellement des expériences de paiement à la performance.

Hôpitaux : OSBL, 34 % du financement couvrent les frais hospitaliers et ceux du spécialiste selon DRG. Actuellement, les paiements sont fixes, mais de plus en plus sujet à négociation. Financés selon DRG (plan B) ou selon un plan traditionnel (Plan A).

Dossier patient électronique : près de 100 % des médecins disposent de composantes de dossiers patients électroniques. Ce n'est pas le cas des centres hospitaliers où le taux varie entre 10 % et 20 % (Thomson S O. R., 2012).

Objectifs de l'initiative

Améliorer l'efficacité et la qualité des soins aux diabétiques tout en contrôlant les coûts.

Stratégie pour les soins aux malades chroniques (diabète)

Créer les conditions pour que les compagnies d'assurance achètent des services de qualité pour les diabétiques et donc multidisciplinaires et conformes aux standards NDF.

Financer les services-activités qui ne sont pas directement liés aux soins des patients mais qui sont essentiels à une offre intégrée de soins de qualité : coordination des services de santé; technologies de l'information; collecte et communication des données (rétroinformation).

Prémisses

- 1) Les soins aux diabétiques requièrent des services multidisciplinaires;
- 2) Une portion importante des soins peuvent être donnés en première ligne;
- 3) Les soins doivent être conformes aux standards.

Description du forfait

Les forfaits ne sont pas les mêmes avec tous les groupes de soins (ou compagnie d'assurance), ils doivent néanmoins inclure les éléments suivants :

- Les soins recommandés dans le guide de pratique « Diabetes Health Care Standards » établi par la Fédération Néerlandaise du diabète (NDF), incluant un examen annuel complet, des yeux et des pieds et des suivis aux trois mois;
- Les conseils sur la nutrition;
- Le soutien et les conseils pour arrêter de fumer;
- Les tests de Laboratoire (HbA1C, LDL cholestérol, Kidney function, microalbuminurie);
- La formation et le soutien au patient pour autogestion de sa maladie;
- L'examen de diagnostic de la maladie n'est pas inclus;
- Les services et les consultations auprès des spécialistes ne sont pas inclus dans les forfaits. Dans le cas de complications, le patient est transféré aux soins d'un spécialiste. Dans ce cas, le patient n'est plus sous la responsabilité du DCG et le paiement du forfait pour ce patient est terminé.

Les prix des forfaits sont négociés entre les parties pour encourager la concurrence. Ils varient entre 258 € et 474 € (2009) par patient par année.

L'adhésion au programme par les prestataires est volontaire. Deux types de programme existent : un forfait et un paiement pour les services de coordination, de communication et TI ajouté à la capitation (déjà en place).

Tous les services nécessaires à la gestion des cas chroniques (Diabète (2007) et MPOC (2010) et maladies cardiovasculaires (2010)).

Le prestataire (« Care groups ») est responsable cliniquement et financièrement pour tous les patients enrôlés dans le programme (ex. : diabète).

Les services cliniques inclus font partie d'un « bundle » générique standard défini par le « National Disease Specific Health Care Standards ».

Les patients reçoivent leurs soins uniquement par un prestataire affilié à leur « Care group ». Ce qui restreint leur choix de prestataires.

Constats

L'Introduction des paiements par forfait a eu pour effet de diviser le marché actuel de prestation de services en deux, les « disease care groups (DCG) » et les prestataires indépendants.

Les DCG peuvent offrir l'ensemble des services au sein de leur organisation ou encore en contractualisant une part des services.

La tendance actuelle est dans l'instauration d'un seul « care group » par région, ce qui limite la concurrence et peut résulter dans des services sous optimaux et des coûts prohibitifs. En outre, les prestataires indépendants se plaignent du pouvoir de négociation trop fort de ces « care groups » (Struijs JN V. T., 2009).

Les « Care groups » sont composés de prestataires multidisciplinaires incluant des médecins généraux (MG). Certains d'entre eux n'ont pas de MG mais sous contractent les services MG avec des prestataires externes.

Résultats observés

Évaluation en 2009 : Les coûts des soins curatifs ont davantage augmenté pour les patients enrôlés dans un programme de financement par forfait que pour ceux qui ne l'étaient pas. Les coûts par patient étaient de 288 € plus élevés pour ces patients. Le coût pour les patients enrôlés dans les programmes de gestion des maladies chroniques par paiements additionnels pour la coordination des services n'a pas augmenté. Toutefois, les patients des deux programmes (forfait et paiement coordination (PC)) ont utilisé moins de services spécialisés, 25 % et 12 % respectivement. Les patients diabétiques ont utilisé 40 % moins de services de spécialistes pour diabétiques. Ce qui a résulté en une diminution de 36 € par patient par année. Le coût des services spécialisés, mais non reliés au diabète, était de 142 € plus élevés pour les patients à forfait que les patients réguliers et de 128 € moins élevés pour les patients PC.

Les raisons liées à ces observations ne sont pas évidentes, mais les hypothèses suivantes ont été proposées : 1) les coûts plus élevés pourraient être expliqués par des coûts de démarrage des groupes de prestataires; 2) les complications liées au diabète prenant du temps à se manifester engendreront des coûts à long terme plus élevés; 3) les bénéfices escomptés sur les coûts pourraient être plus faibles pour les patients diabétiques que pour d'autres conditions chroniques, étant donné l'état avancé des connaissances et de leur application à cette maladie.

Par ailleurs, les éléments de contexte suivant ont certainement affecté les résultats :

1. Les patients enrôlés dans les programmes de forfait n'étaient pas nécessairement au courant qu'ils l'étaient. Ils ne contribuaient donc pas à l'amélioration de leur état, une prémisses de base du modèle de « Soins intégrés ».
2. Les soins ne peuvent être obtenus que par l'intermédiaire de prestataires désignés, ce qui restreint le choix des patients (ainsi que l'incitatif à une meilleure qualité de soins).
3. Les assureurs paient pour un forfait, mais ne connaissent pas les services qui sont actuellement donnés aux patients (boîte noire – pas de transparence ou de données). Les assureurs craignent d'avoir été facturés en sus pour des services inclus dans les forfaits.

L'évaluation effectuée en 2012 par RIVM nous informe sur la qualité des soins, mais pas sur les coûts.

Les résultats sur la qualité sont difficilement interprétables, car les indicateurs portent plus sur les processus que sur les résultats de santé. Les indicateurs de processus montrent une légère amélioration à l'an 2, mais ils étaient déjà élevés au début de la période évaluée. Les améliorations semblent être davantage liées à une amélioration des mécanismes de reddition de compte.

Plusieurs indicateurs de résultats de santé ont montré une légère amélioration. Par exemple, le pourcentage de patient avec un taux de pression sous l'objectif de 140 mmHg a augmenté de six points de % et dix points de % pour la part des patients qui atteignent l'objectif au niveau du cholestérol, le niveau moyen de HbA1c a faiblement augmenté (de 0,5 mmol/mol) et le BMI moyen est resté inchangé.

Les évaluateurs ont observé une réallocation et délégation des tâches à l'intérieur du secteur primaire et entre le secteur secondaire et le secteur primaire. Par exemple, dans tous les groupes, les infirmières praticiennes jouent un rôle-clé dans la gestion des cas et ce sont elles qui effectuent la majorité des examens de routine. Les examens de la vue étaient faits par des ophtalmos, mais ils le sont de plus en plus par des optométristes. Les patients diabétiques qui sont stables sont suivis par des MG plutôt que par des spécialistes en milieu hospitalier. Les infirmières praticiennes allouent plus de temps à leurs patients que les MG qui dorénavant supervisent ces soins et se dévouent davantage à d'autres patients.

Certains MG déplorent la présence d'un potentiel de détérioration de la qualité des services, car ils perdent le contact avec leur patient. Ils mentionnent que les infirmières praticiennes n'auraient pas suffisamment de formation pour ajuster le dosage de médicaments ou conseiller sur la nutrition. Les spécialistes déplorent un risque potentiel de créer un délai dans le cas de complications chez les patients suivis en soins primaires. Ces critiques ont fait prendre conscience des conséquences potentielles, mais les risques ne se sont pas avérés.

Les patients complexes (comorbidités) ne sont pas encore suivis par les DCG, ce qui requiert moins de coordination entre les disciplines ou avec le secteur hospitalier. Il en est de même pour la gestion des médicaments. C'est ce qui explique la faible participation de pharmaciens au DCG. Les patients mentionnent que cette réalité requière toutefois de nouveaux indicateurs pour le suivi de la qualité.

Même si les prestataires se sont engagés à enregistrer et à rapporter les données sur les soins fournis aux patients enrôlés, la majorité des prestataires (fin 2012) n'ont pas les systèmes informatiques pour le faire. Ce qui empêche les prestataires et les assureurs de suivre et d'évaluer les processus et les résultats.

Selon RIVM, il y a eu beaucoup d'amélioration au niveau des TI. Plusieurs DCG ont acquis des systèmes intégrés, mais l'implantation n'est pas complète. Les liens avec tous les fournisseurs de soins ne sont pas complets et l'intégration avec les dossiers de MG non plus.

L'échange d'information sur les indicateurs de qualité est essentiel dans le modèle (DCG et assureurs). La communication d'information stratégique au DCG est aussi un élément essentiel pour l'amélioration des soins. Les standards publiés par NDF n'étaient pas assez complets sur les façons de compiler et calculer les indicateurs. Les résultats ne sont pas comparables.

En somme, les évaluateurs mentionnent que trois ans après le début de l'implantation, les forfaits incluent de plus en plus les mêmes services et les prix négociés sont de plus en plus les mêmes, peu importe le DCG. Ce dernier est encore majoritairement un groupe monodisciplinaire. Il y a eu une délégation et une redistribution des tâches pour le suivi à ces patients. Il est difficile de faire des constats sur la qualité à cause de l'absence de transparence et de standardisation des systèmes. De

légères améliorations au niveau des indicateurs de processus et de résultats ont toutefois été observées, mais sans que l'impact à long terme n'ait pu être évalué. Il faudra améliorer la connaissance des coûts liés à cette approche pour être en mesure d'évaluer l'efficacité-coût de cette approche.

ANNEXE 4 : ROYAUME-UNI

Assurance santé : Système de santé public, universel et gratuit à travers le *National Health Service* (NHS) pour les résidents. Il couvre les services hospitaliers, les consultations de médecins et la prescription de médicaments. Environ 10 % des résidents ont, en plus, une assurance privée qui permet de choisir son spécialiste et accélère l'accès à des chirurgies sélectives. Le *NHS Health and Social Care Act 2012* réforme le système en créant le *NHS Commissioning Board* pour gérer le budget du NHS, superviser les *Clinical Commissioning Groups* (CCG) (remplace les *Primary Care Trusts*) et s'assurer que les objectifs fixés par le Ministère sont atteints. Il s'occupera de la médecine générale, de la médecine dentaire, de la pharmacie, de l'optométrie, du traitement du cancer et des services spécialisés pour de petits groupes de clients. Tous les autres services du NHS sont contractualisés par les CCGs locaux.

Financement

- National Health Service (NHS) : Il est financé principalement par les impôts, mais aussi par des contributions et des frais d'utilisation ainsi que par un impôt sur la masse salariale.
- Assurance privée : Mélange d'OBL et OSBL. La plupart des gens ont une assurance privée par leur employeur. Celle-ci couvre des soins privés ou le remboursement de médicaments qui ne sont pas couverts par le régime public ou seulement partiellement. Il n'y a aucune subvention de l'État et les montants des primes ne sont pas réglementés.
- Charges au patient : copaiements pour les médicaments à l'externe et pour les soins dentaires. Les moins de 16 ans et les plus de 60 ans sont exemptés.

Organisations

- Soins primaires : le médecin généraliste permet l'accès à un spécialiste et chaque résident doit en avoir un. La plupart des généralistes opèrent dans des organisations privées et ont un contrat national.
- Soins spécialisés ambulatoires : Les spécialistes sont majoritairement salariés pour le NHS et les visites ont surtout lieu à l'hôpital.
- Hôpital : Les hôpitaux publics sont organisés en NHS trusts et sont responsables devant le Ministère de la Santé ou en Foundation Trusts. Ces dernières ont plus de liberté vis-à-vis du pouvoir central. Ce sont des agences indépendantes. Le gouvernement veut d'ailleurs que tous les hôpitaux deviennent des Foundation Trust à l'avenir. Les hôpitaux offrent des services contractuels aux CCGs locaux pour fournir des services à la population locale contre rémunération par cas (PbR) à un taux déterminé au niveau national. De plus, les hôpitaux peuvent acheter des services aux hôpitaux privés mais cela reste très faible.

Mécanismes de paiement

Médecins généralistes : mélange de capitation, de contrat de paiement pour des services spécifiques et de bonus liés à la performance. Ils obtiennent des incitatifs financiers pour effectuer des soins spécifiques aux personnes atteintes de conditions chroniques telles que le diabète ou une maladie du cœur (« Quality and outcome framework »).

Médecins spécialistes : rémunérés à salaire. Ils peuvent recevoir une rémunération additionnelle pour des services offerts dans le secteur privé.

Le département de la santé et son Secrétaire d'État sont les responsables ultimes de la gestion du système de santé. Le *Commissioning Board* sera dorénavant responsable du contrôle budgétaire (en collaboration avec *Monitor*¹⁸) et de la détermination des taux par DRG pour la provision de services du NHS. Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) élabore des guides de pratiques efficaces et évalue l'efficacité et l'efficacité des nouvelles technologies et des médicaments.

Pour améliorer la coordination des soins

Les généralistes travaillent de plus en plus en équipe avec des infirmières ou d'autres cliniciens pour offrir des services aux patients chroniques. Ils maintiennent un dossier patient incluant des informations sur les traitements reçus par des spécialistes. Ils ne sont pas rémunérés spécifiquement pour coordonner les soins de leurs patients. Ce service fait partie du contrat de services médicaux personnel pour lesquels ils reçoivent une capitation par patient inscrit.

La réforme récente, « NHS Health and Social Care Act 2012 » a mandaté le NHS Commissioning Board, Monitor, et les CCGs pour faire la promotion de l'intégration de services. Des comités de santé et bien-être locaux ont également été formés pour promouvoir l'intégration des services.

Tous les patients enregistrés au NHS ont un numéro d'identification unique. La majorité des dossiers patients des généralistes sont électroniques. Les dossiers électroniques des hôpitaux et des patients ne sont pas intégrés dans un seul système.

Les programmes « Year of Care »

Le terme *Year of Care* (YOC) désigne les soins qu'une personne, atteinte d'une maladie chronique, serait en droit de s'attendre à recevoir (Thomson S O. R., 2012). Le programme YOC a été instauré en deux étapes : le pilote YOC pour les diabétiques et l'intégration des soins dans le contexte du **programme « Long Term conditions Year of Care (LTC YOC) funding model »** qui est en pilote jusqu'à la fin 2014.

L'organisation des services de santé au Royaume-Uni évolue continuellement et rapidement. Le programme *Year of Care* (YOC) a été mis en place en 2007 essentiellement pour tester les programmes de gestion systématique des soins, en commençant avec les personnes diabétiques de type 2. L'objectif était d'évaluer si l'application du modèle de gestion des maladies chroniques pouvait améliorer la valeur des soins aux personnes atteintes de maladie à long terme avant de l'appliquer aux autres conditions chroniques. L'approche a pour stratégie de donner un soutien aux personnes atteintes pour qu'elles prennent en charge la gestion de leur maladie (documenter la glycémie, contrôler les reins, suivre le plan de gestion de maladie...). Le programme a deux composantes : l'amélioration de la surveillance biomédicale de routine (la formation des patients et le partage de la responsabilité des décisions avec le patient) et la préservation de la possibilité de choisir les services locaux par la contractualisation des services.

Le programme YOC est un projet pilote couvrant trois régions : Tower Hamlets, Calderdale, Kirklees and North of Tyne, North Tyneside and West Northumberland. La transférabilité de la stratégie a ensuite été testée dans 12 communautés. Le programme n'est pas associé à des incitatifs financiers, mais plutôt à l'amélioration des pratiques de contractualisation et de soins. Au YOC, s'ajoute le programme YOC IT (Technologies d'information (TI)) pour améliorer la collecte de données et le transfert d'outils d'information sur la planification des soins.

¹⁸ Monitor est une agence de contrôle de la qualité et de la viabilité des hôpitaux. Elle évalue la possibilité pour les hôpitaux d'acquiescer ou de maintenir un statut indépendant, l'amélioration de la rémunération des spécialistes, et la transparence et pour faciliter le choix des patients.

Les pilotes ont permis de constater qu'avec un bon leadership, une bonne formation, un bon soutien (TI et autres), il est possible de mieux gérer les conditions chroniques. Cependant, l'implantation de ce modèle de pratique requiert un effort considérable. Les cliniques doivent être accompagnées pour maintenir le momentum et les CCGs devront apprendre à contractualiser des services non traditionnels (Diabetics UK, June 2011).

À cet égard, le « Commissioning board » et *Monitor* développent des outils pour que les CCG contractualisent et soutiennent les cliniques de soins primaires dans la gestion des services aux patients souffrant de maladies chroniques.

Les résultats du programme YOC sur trois ans peuvent être résumés de la façon suivante :

1. Les personnes atteintes du diabète rapportent une amélioration des soins qu'elles reçoivent (tant sur les comportements que sur l'expérience patient);
2. Les professionnels se sentent mieux outillés (connaissances) et sont plus satisfaits;
3. La productivité est améliorée : les coûts liés à la planification sont neutres;
4. L'amélioration des indicateurs de santé populationnelle prend de deux à trois ans pour se manifester.

Les CCGs sont incités à intégrer la planification des soins en améliorant les contrats de service, mais la contractualisation des services locaux non traditionnels s'avère difficile.

Ce programme est appliqué à une seule condition chronique alors qu'une part importante des patients, à mesure qu'ils prennent de l'âge, accumulent les conditions chroniques. Par ailleurs, il mise peu sur la multidisciplinarité et l'intégration des services médicaux. C'est à ces aspects, ainsi qu'au déploiement national, que le NHS s'attarde dorénavant, c'est-à-dire à la Promotion des soins intégrés.

L'intégration des soins

Le NHS s'est commis à réaliser l'intégration des soins de santé et sociaux et à voir au financement du LTC YOC funding model (NHS N. H., may 2013).

L'intégration des soins vise à briser les barrières entre les soins de première et de deuxième ligne, entre les soins physiques et mentaux, et entre les soins de santé et des services sociaux. Le *King's Fund* a fortement contribué à l'adoption par le NHS de cette stratégie pour faire face aux pressions financières sans précédent à venir¹⁹. En 2013, le *King's fund* a publié ses recommandations selon les étapes ou les conditions essentielles pour obtenir les gains espérés d'une stratégie d'intégration des soins. Bien que les recommandations pour le développement de services intégrés dépendent de la situation de départ du système, certaines d'entre elles nous apparaissent incontournables, dont les suivantes :

- planifier, soutenir et investir dans le développement des collaborations (objectifs communs, souveraineté et leadership partagés (gestion et clinique), vision et stratégies de communication partagées);
- asseoir un leadership médical, essentiel pour le changement de culture (organiser les services et les soins selon les besoins des clientèles);

¹⁹ Vieillesse de la population, maladies chroniques, perspectives de croissance économique modérées, budgets de santé constants ou décroissants.

- développer des stratégies du haut vers le bas, mais aussi du bas vers le haut (par exemple, le point d'entrée unique peu importe où dans la hiérarchie dans le système pour les patients; revue périodique des cas par l'équipe multidisciplinaire et interétablissement);
- innover dans les mécanismes de financement (tarifs YOC ou forfait, capitation²⁰, fusion de budgets) incluant la contractualisation à des organisations indépendantes offrant des services spécialisés.

Les évidences sur les intégrations (pas nécessairement en santé) portent sur une variété de modèles dont la fusion d'organisations, l'intégration virtuelle par des alliances stratégiques, les réseaux, etc. Le modèle dépend de l'objectif à atteindre et du point de départ. Il n'y a pas d'évidences à l'effet qu'un modèle soit plus performant qu'un autre. **Les plus grands bénéficiaires de l'intégration en santé proviennent de l'intégration des services et soins cliniques et non de celle des structures** (Ham Chris, March 2013).

Sur le financement des soins intégrés, le RU et les NHS doivent compenser pour la fragmentation des budgets par groupe de population, occasionnée par le démantèlement des Primary Commissioning Board, des CCG et des autorités locales.

Le NHS s'est commis à implanter un modèle de financement de soins intégrés pour les maladies chroniques (LTC YOC funding model) avec un objectif de trois ordres : répondre aux besoins de populations spécifiques (en établissant des profils de population selon qu'ils ont 1, 2 ou + conditions chroniques); former des équipes de soins intégrés (santé et communautaires); miser sur l'auto-gestion de son état pour les patients qui en ont la possibilité). Cette stratégie a été testée de 2012 à 2013. En 2013, ce nouveau modèle de financement sera testé avec des volontaires et comparé aux modes de financement traditionnels. Le modèle sera implanté en parallèle (Shadow) avec le modèle actuel national l'année suivante et sera effectif à partir d'avril 2015.

Il est à noter que les Britanniques ont initialement misé davantage sur le soutien (formation, documentation, système, ressources) et le développement de pratiques, tant cliniques que d'organisation et de contractualisation (patients dans le siège conducteur, gestion des maladies chroniques, intégration des services), pour améliorer la valeur des services à ces malades. Le développement du modèle de financement a suivi le développement des meilleures pratiques. Le déploiement national des pratiques et des mécanismes de financement sera fait lorsque ces modèles seront testés et comparés aux modèles traditionnels (résultats et coûts). Cette évolution contraste avec celle des réformes des années 90's et de 2004 où la réforme des modes de financement a précédé et incité celle des pratiques.

La vision des organismes gérant le système de santé britannique telle que présentée par le NHS dans le document d'engagement des parties est inscrite dans la boîte 8 du document d'engagement national (NHS N. H., may 2013). Nous l'avons traduit ici :

À quoi devront ressembler les soins et soutiens intégrés du point de vue de l'individu?

Mes buts/résultats

- Tous mes besoins en tant que personne sont évalués et pris en compte.
- Les besoins de ma famille sont reconnus et ceux de ma carrière aussi, alors je bénéficie d'un soutien pour prendre soin de moi.
- Je suis soutenu pour effectuer des choix éclairés et pour établir et atteindre mes buts.

²⁰ Les budgets par capitation au Royaume-Uni impliquent un transfert de risque ou la contractualisation de la responsabilité d'atteindre des résultats pour une population donnée.

- Les soins et le soutien que je reçois m'aident à vivre la vie que je veux du mieux que je puisse.

Communication

- Je raconte mon histoire une fois.
- Je suis à l'affût de ce qui marche pour moi dans la vie.
- Je reste toujours informé des prochaines étapes.
- Les professionnels impliqués dans mes soins communiquent entre eux et nous travaillons tous en équipe.
- Je sais toujours qui coordonne mes soins.
- J'ai un premier point de contact. Ces personnes me comprennent ainsi que ma (mes) maladie(s). Je peux aller vers eux avec mes questions n'importe quand.

Information

- J'ai l'information -et l'aide pour l'utiliser- dont j'ai besoin pour prendre des décisions et faire des choix à propos de mes soins et du soutien à ma disposition.
- J'ai l'information -et l'aide pour l'utiliser- pour m'aider à gérer ma (mes) maladie(s).
- Je peux voir mes dossiers de santé et de soins n'importe quand. Je peux décider avec qui les partager. Je peux corriger une information erronée.
- L'information m'est donnée au bon moment. Elle est appropriée pour ma maladie et à ma situation. Elle est fournie d'une manière que je puisse la comprendre.
- On m'informe à propos d'autres services qui sont disponibles pour quelqu'un dans ma situation, incluant ceux des organismes de soutien.
- Je ne suis pas seul pour comprendre l'information. Je peux rencontrer/téléphoner/envoyer un courriel à un professionnel quand j'ai besoin de poser plus de questions ou de discuter des différentes options.

Prise de décisions incluant les budgets

- Je suis autant impliqué dans les discussions et les décisions à propos de ma santé, de l'aide et du traitement que je souhaite l'être.
- Ma famille ou le soignant est aussi impliqué dans ces décisions autant que je veux qu'ils le soient.
- J'ai de l'aide pour faire des choix informés si j'en ai besoin et si je le veux.
- Je connais le montant d'argent disponible pour mes besoins de soins et d'aide et je peux déterminer comment il doit être utilisé (mon propre argent et un budget personnel du conseil ou du NHS directement déboursé directement au besoin).
- Je suis capable de recevoir des conseils qualifiés pour comprendre les coûts et utiliser au mieux mon budget.
- Je peux avoir accès à mon argent rapidement sans faire face à des procédures très compliquées.

Planification des soins

- Je travaille avec mon équipe pour convenir d'un plan de soins et de soutien.
- Je sais ce qu'il y a dans mon plan de soins et de soutien. Je sais quoi faire si ma situation change ou se dégrade.
- J'ai autant de contrôle dans la planification de mes soins et soutien que je le veux.
- Je peux décider le genre de soutien dont j'ai besoin et comment le recevoir.

- Mon plan de soins est clairement inscrit dans mon dossier.
- Je comprends mes médicaments et ils sont examinés régulièrement.
- Tous les services ou les activités planifiés sont effectués.
- Je peux planifier à l'avance et garder le contrôle dans les moments d'urgence.
- J'ai des systèmes en place pour m'aider à un stade précoce de ma maladie afin d'éviter les crises.

Les transitions

- Quand je suis transféré dans un nouveau service, mon plan de soins est connu à l'avance et respecté.
- Quand je change de services ou de milieu, il y a un plan en place pour ce qui va se passer après.
- Je connais à l'avance l'endroit où je vais aller, ce qui me sera fourni et qui sera mon principal point de contact professionnel.
- J'ai en ma possession l'information à propos des médicaments que je prends – leur indication, comment les prendre et leurs effets secondaires potentiels.
- Je suis en mesure de contacter les anciens services ou professionnels au besoin.
- Si je déménage en dehors des limites géographiques, je ne perds pas mes droits pour les soins et le soutien.

BIBLIOGRAPHIE

- Busse R, M. N. (2008). Paying for Chronic Disease care. In M. M. Nolte E., *Caring for People with chronic conditions, a health system perspective* . European Observatory on Health systems and policies series.
- Castonguay, J. (2013). *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*. CIRANO.
- Commonwealth Fund. (2010). *Interational profiles of Health care systems*. The commonwealth Fund.
- Diabetics UK. (June 2011). *Diabetics Year of Care Evaluation Report*. Tribal.
- Émond V, H. D. (2008). *La mesure de la comorbidité et de la multichronicité à partir de fichiers administratifs*. (INSPQ, Ed.)
- Fagherazzi-Pagel, H. (2013). *Modèle de Wagner, les six piliers du Chronic Care Model (CCM)*. Chronicité Santé Société.
- Ham Chris, W. N. (March 2013). *Making integrated Care happen at Scale and Pace* (Lessons from Experience ed.). King's Fund.
- Hernandes-Quevedo, C. (2013). Enhancing Chronic Care Management in Denmark. *Eyrohealth Observer*, p. 17.
- Michael Mailit, M. B. (2013). *Bundled Payments one Year Later*. Health Care Incentives Improvement Institute.
- Michael W. Painter, J. M. (2012). *Bundled payment across the U.A. Today: Status of implementations and operational findings*. Health Care Incentives improvement Institute - HCI3.
- MSSS, M. d. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Bibliothèque et Archives Nationales du Québec.
- MSSS, M. d. (2008). *Stratégie de prévention et de Gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013*.
- NHS. (2011). *The LTC Year of Care Funding Model*.
- NHS, N. H. (may 2013). *Integrated care and support: Our National Commitment*.
- Nolte E, K. C. (2008). *Managing Chronic conditions ; experience in eight countries*. European observatory on Health system and Policies.
- Nolte E, M. M. (2008). *Caring for people with chronic conditions, a health system perspective*. European Observatory on Health Systems and policies series.
- Patrick C. Alguire, M. F. (2013). *Understanding Capitation*. American Cllege of pgyicians: http://www.acponline.org/residents_fellows/career_counseling/understandcapit.htm.
- Porter, M. E. (2011). *Value Based Health Care Delivery IPUs, outcomes and costs measurement, and bundled pricing*. Boston: Harvard Business School.
- Porter, M. E. (2010). *What is Value in Health Care*. New England Journal of Medicine .
- QIPP LTC YOC funding model project team. (2012). *Supporting the local implementation of the YOC funding model for people with long term conditions*.

- Rayden, L. (2013). Bundle payments in the Netherlands . *EuroHealth Observer*, p. 15.
- Rayden, L. (2013). Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands. *EuroHealth*, 2. reforminghealthcare.eu (Ed.). *The Netherlands: Market-Based Reform*. The Economist Report.
- Shortell, S. A. (2000). *Remaking Healthcare in America*. Jossey-Bass Health Care series, second edition.
- Siok Swan Tan, M. v.-v. *Structural reforms and hospital payment in the Netherlands*. Euro DRG.
- Stock S, S. D. (2011). *Disease-management programs can improve Quality of Care for the Chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany*. Commonwealth Fund.
- Struijs JN, d. J.-v. (2012). *Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands, impact on quality of care delivery process and the quality of care*. RIVM.
- Struijs JN, V. T. (2009). *Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands, The first Tangible effects*. rivm.
- Thomson S, O. R. (2012). *International profiles of Health care systems profiles, 2012*. Commonwealth Fund.
- Wagner, E. (Septembre 1998). *Chronic Disease management: What will it take to improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice* .