

FCRSS
FONDATION CANADIENNE DE LA
RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ



CHSRF
CANADIAN HEALTH SERVICES
RESEARCH FOUNDATION

ÉTUDE COMPARATIVE DE TROIS SYSTÈMES DE SANTÉ PORTEURS DE CHANGEMENT : LEÇONS POUR LE CANADA

www.fcrss.ca

AOÛT 2011

G. ROSS BAKER, PH. D.
UNIVERSITÉ DE TORONTO (ONTARIO)

JEAN-LOUIS DENIS, PH. D.
ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE
MONTRÉAL, QUÉBEC

La recherche et l'analyse sous-tendant le présent rapport ont été financées par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Ce document est disponible à www.fcrss.ca.

Le présent rapport de recherche est publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-16-4

Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada® Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à info@fcrss.ca.

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

FCRSS

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@chsr.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

TABLE DES MATIÈRES

1	MESSAGES PRINCIPAUX	II
2	RÉSUMÉ	III
3	CONTEXTE	1
	3.1 Objectifs du rapport.....	1
	3.2 Le contexte canadien	1
4	MÉTHODES ET DONNÉES	3
5	DESCRIPTIONS DES SITES DES ÉTUDES DE CAS.....	3
	5.1 Conseil du comté de Jönköping, en Suède.....	5
	5.2 Intermountain Healthcare.....	8
	5.3 Southcentral Foundation, Alaska	13
6	ANALYSE : LES DIX THÈMES FONDAMENTAUX SOUS-JACENTS À LA TRANSFORMATION	16
	6.1 Amélioration de la qualité et du système comme une stratégie essentielle.....	16
	6.2 Capacités et compétences organisationnelles pour appuyer l'amélioration de la performance	17
	6.3 De solides équipes de soins primaires au cœur du système de prestation	18
	6.4 Faire participer le patients à son traitement et à la conception des soins.....	19
	6.5. Promouvoir des cultures professionnelles qui appuient le travail d'équipe, l'amélioration continue et la participation du patient.....	19
	6.6 Une intégration plus efficace des soins qui favorise des transitions harmonieuses	20
	6.7 L'information comme une plateforme pour guider l'amélioration.....	20
	6.8 Des stratégies et des méthodes d'apprentissage efficaces aux fins de mise à l'essai et d'expansion	21
	6.9 Des initiatives de leadership qui s'inscrivent dans les objectifs communs et d'autres activités de l'organisation	22
	6.10 Création d'un environnement propice à la réduction des facteurs à court terme qui font obstacle au succès	22
7	LEÇONS POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ CANADIENS.....	23
	7.1 Contexte des systèmes de santé canadiens.....	23
	7.2 Incidences pour les systèmes de santé canadiens.....	24
	7.3 Résumés des incidences	30
8	DOMAINES À APPROFONDIR.....	31
9	CONCLUSIONS.....	31
10	RÉFÉRENCES	33

1 MESSAGES PRINCIPAUX

- ▼ Plusieurs systèmes de santé régionaux dans le monde ont atteint des niveaux de performance élevés grâce à des initiatives globales, y compris des stratégies et des investissements à long terme visant à améliorer la prestation des soins et les résultats, afin d'accroître la qualité tout en limitant les augmentations de coûts.
- ▼ Une analyse de trois de ces systèmes, dont ceux en Alaska, en Utah et en Suède, met en avant dix thèmes sous-jacents à la réalisation et au maintien de performances élevées, notamment :
 - ▼ la qualité et l'amélioration du réseau comme une stratégie fondamentale;
 - ▼ le renforcement des capacités et des compétences organisationnelles pour appuyer l'amélioration;
 - ▼ de solides équipes de soins primaires au cœur du système de prestation;
 - ▼ la participation du patient à ses soins et à la conception des services de santé;
 - ▼ la promotion des cultures professionnelles qui soutiennent le travail d'équipe, l'amélioration continue et la participation du patient;
 - ▼ une intégration plus efficace des soins qui favorise des transitions en douceur des patients entre les soins;
 - ▼ l'utilisation de l'information comme plateforme pour guider l'amélioration;
 - ▼ des stratégies et des méthodes d'apprentissage efficaces pour mettre à l'essai et étendre les améliorations;
 - ▼ des initiatives de leadership qui s'inscrivent dans les objectifs communs et d'autres activités de l'organisation;
 - ▼ la création d'un environnement propice à la réduction des facteurs à court terme qui font obstacle au succès.
- ▼ Les systèmes de santé au Canada ont du mal à mettre en œuvre et à soutenir des améliorations de grande envergure : les initiatives locales sont difficiles à reproduire et la portée des efforts de diffusion et d'amélioration est souvent limitée.
- ▼ Le Canada pourrait appuyer une stratégie plus vaste pour adopter bon nombre des éléments responsables du succès des trois exemples de système étudiés, notamment :
 - ▼ élargir et renforcer le rôle des conseils de la qualité et des organes similaires afin de soutenir l'acquisition des compétences en amélioration et de faciliter les efforts globaux pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins;
 - ▼ créer une plus grande capacité locale en amélioration grâce à la formation et au perfectionnement en leadership;
 - ▼ accorder une plus grande importance à la formation des médecins sur le leadership pour améliorer tant la capacité individuelle que la capacité organisationnelle;
 - ▼ définir les domaines d'amélioration prioritaires ainsi que les objectifs et les échéanciers précis pour harmoniser les efforts à la grandeur du système;

- ▼ continuer à se concentrer sur le développement de systèmes électroniques d'information clinique, tout en soutenant la collecte et l'utilisation de données sur la performance actuelle, même s'il faut les collecter manuellement;
- ▼ élargir les projets en cours pour mieux faire participer le patient à la conception et à l'amélioration de la prestation des services de santé afin de promouvoir des soins axés sur le patient ainsi que de réunir et mobiliser les cliniciens.

2 RÉSUMÉ

Le présent document donne un aperçu des trois systèmes de santé porteurs de changement et en dégage les leçons pour le Canada. Ces exemples de systèmes de santé régionaux sont analysés au regard des stratégies qu'ils ont adoptées, des investissements qu'ils ont faits, des résultats de ces stratégies et investissements, ainsi que des mécanismes d'appui qui ont influencé leur succès. Ces trois systèmes—à savoir la Southcentral Foundation à Anchorage, en Alaska, le Conseil de comté de Jönköping en Suède et l'Intermountain Healthcare, dont le siège est à Salt Lake City, en Utah—diffèrent dans leur taille, leur emplacement et leur histoire, mais tous les trois ont acquis une réputation internationale pour leurs réalisations. Ils ont restructuré la prestation des soins en utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité, ont créé des systèmes de prestation plus efficaces et ont amélioré les résultats. Les trois systèmes privilégient chacun différentes approches et stratégies, mais un certain nombre de thèmes communs ont émergé d'une analyse comparative de leurs efforts.

Les renseignements sur le Conseil de comté de Jönköping et sur l'Intermountain Healthcare proviennent en grande partie d'une analyse détaillée de ces deux systèmes. Entreprise initialement dans le cadre d'une vaste étude menée en 2006-2007 et publiée en 2008 (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll., 2008), cette analyse a ensuite été mise à jour à la suite d'un examen de nouveaux documents sur ces deux systèmes. L'étude sur la Southcentral Foundation—le réseau de santé autochtone de l'Alaska centralisé à Anchorage—a été réalisée à l'aide de publications, d'exposés et de documents connexes ainsi que de notes et d'entretiens avec des membres d'un voyage d'études de la Saskatchewan à la Southcentral Foundation en février 2011.

Jönköping s'est d'abord fait connaître par sa participation au projet « Pursuing Perfection » mené par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). Don Berwick, alors président de l'IHI, a salué Jönköping comme étant le meilleur de tous les systèmes concernés, en soulignant les efforts qu'il a déployés dans l'amélioration de nombreux aspects des soins. Jönköping a commencé ses travaux il y a dix ans. Sa direction a élaboré un processus de planification de la qualité et des activités, et a créé un lien plus explicite entre la stratégie, la qualité et la planification financière et les objectifs du système. Un résultat important de cet effort a été l'élaboration d'une carte stratégique qui a contribué à harmoniser les activités dans les hôpitaux et les cliniques. Les dirigeants de Jönköping ont également mis au point le projet « Esther », une approche novatrice de la planification de systèmes qui se base sur les besoins des patients pour en accélérer le flux. Le Conseil de Jönköping a mis sur pied le « Qulturum », un centre d'apprentissage autonome visant à faciliter des rencontres de groupe et la formation. Une grande partie du personnel a acquis de nouveaux outils et de nouvelles idées pour améliorer les soins, et les a ensuite utilisés dans des projets qui ont produit des économies et de meilleurs résultats.

Les dirigeants de Jönköping ont cherché ailleurs de nouvelles idées et approches novatrices et ont créé un processus systématique qui consiste à mettre à l'essai, à petite échelle, des projets pilotes dans différentes unités du système de Jönköping, puis à diffuser, dans tout le réseau, ceux qui ont fait leur preuve.

L'Intermountain Healthcare, un système de santé à but non lucratif qui fournit des soins à plus de 50 p. 100 de la population de l'Utah, a été reconnu depuis longtemps comme un chef de file dans l'utilisation des systèmes d'information électroniques. Cependant, la pleine valeur de ces systèmes a été réalisée seulement lorsque ces derniers ont été liés à une stratégie d'analyse des processus cliniques et d'amélioration de la prestation des soins dans un cabinet, une clinique, un hôpital et au niveau régional. Dirigées par James Brent, un expert réputé en amélioration des systèmes cliniques, les équipes de l'Intermountain mettent en application leurs compétences en amélioration de la qualité pour comprendre les processus de travail et les besoins des patients, et utilisent cette connaissance pour restructurer les services de santé et améliorer les résultats. La direction d'Intermountain a décidé d'aller au-delà de petits projets et de créer un programme ambitieux d'« intégration clinique ». Plus qu'une stratégie d'amélioration, l'intégration clinique consistait à réorganiser la structure de gestion pour soutenir les processus cliniques et à harmoniser les principaux systèmes de soutien, y compris les mécanismes de responsabilisation et les incitatifs pour appuyer ces processus. Un processus continu d'examen des résultats, qui intègre de nouvelles données probantes et les lie aux systèmes de prise de décision, a donné lieu à un cadre puissant pour normaliser la pratique clinique des approches les plus efficaces.

Bien que le système d'information clinique et le travail minutieux sur la conception des procédures cliniques permettent aux cliniciens d'avoir accès aux meilleures connaissances possibles, James estime que la principale voie du succès réside dans le changement de culture et que ce changement est le fruit de l'éducation ainsi que de la participation à l'amélioration de la qualité. Le Programme de formation avancée (PFA) offre, à tous les dirigeants actuels et nouveaux du réseau, une formation sur les théories, les mesures et les outils en matière d'amélioration de la qualité, ainsi que sur des politiques de santé et le leadership.

La Southcentral Foundation est un système de santé à but non lucratif qui fournit des soins à une population de 55 000 Autochtones qui vivent principalement dans la région d'Anchorage, en Alaska. Au cours des dix dernières années, elle a transformé la prestation des soins en créant un système reconnu pour l'attention fournie aux patients et ses excellents résultats. La Southcentral Foundation vise à servir des « clients propriétaires » du système dans une vision holistique de la santé, ancrée dans les valeurs culturelles des Autochtones de l'Alaska. Elle a élaboré le modèle de soins « Nuka » qui est fondé sur des principes axés sur le patient et de prestation des soins en équipe.

De petites équipes de soins primaires composées d'un médecin, des infirmiers, des assistants médicaux et d'un adjoint administratif ont été créées pour fournir des soins aux patients. Le personnel infirmier coordonne les soins aux patients de concert avec d'autres fournisseurs, y compris des spécialistes, des sages-femmes, des pharmaciens et des nutritionnistes, qui sont affectés au soutien des équipes de soins primaires. Tous les membres des équipes de soins exercent pleinement selon leur champ de pratique. La Southcentral adopte l'approche de « rendez-vous à accès ouvert » pour offrir l'accès le jour même aux médecins et encourage l'utilisation du téléphone et du courriel, dans la mesure du possible, pour réduire le nombre de consultations au cabinet.

La Southcentral Fondation accorde une grande attention au recrutement du personnel, notamment des médecins. Elle cherche des employés qui partagent sa vision d'un système axé sur la clientèle. Ses valeurs et sa mission sont communiquées lors de l'orientation du personnel et un programme de mentorat soutient le nouveau personnel dans la compréhension de la vision et des principes ainsi que dans l'acquisition des compétences en amélioration de la qualité. Tous les employés de la Southcentral Foundation sont tenus de bien connaître les méthodes de base de l'amélioration de la qualité et les appliquer dans leur travail.

Les stratégies de restructuration complète des services de santé de la Southcentral Foundation préconisent explicitement la participation de leurs « clients propriétaires » à diverses initiatives, et ce, dans le but d'écouter les patients et d'assurer leur influence dans la conception du système.

Bien que les trois systèmes analysés soient différents dans leur contexte et leur taille ainsi que dans le moment et l'approche d'amélioration choisis, dix thèmes communs s'en dégagent. Premièrement, chaque système a adopté la *qualité et la sécurité comme une stratégie essentielle*. La transformation est un processus lent qui nécessite une stratégie claire et de longue haleine. Tous ces systèmes se sont d'ailleurs employés, pendant une décennie ou plus, à renforcer leurs capacités d'analyse des modèles de soins existants, d'amélioration de la prestation des soins et de dissémination de nouvelles pratiques. Une perspective à long terme est nécessaire et requiert une stratégie délibérée et soutenue visant à améliorer la qualité et les services.

Deuxièmement, afin d'obtenir une meilleure performance, tous les trois systèmes ont investi massivement dans *l'acquisition des compétences et des connaissances pour appuyer l'amélioration*. Des programmes de formation interne et des attentes claires—que le personnel s'emploiera à améliorer les services de santé—contribuent au développement de la capacité d'amélioration continue de l'organisation. Les coûts de la formation et du perfectionnement sont recouverts grâce au gain d'efficacité découlant des améliorations dans les processus de gestion et de prestation des services.

Chacun de ces systèmes met l'emphase sur les soins primaires comme une de ses principales plateformes. *De solides équipes de soins primaires sont au cœur du système de santé* et veillent non seulement à une prestation efficace des soins primaires, mais aussi à une utilisation optimale d'autres ressources du système. *La participation du patient à ses soins et à la conception des services de santé* favorise l'amélioration des résultats de santé et permet au personnel d'adhérer aux modèles de soins qui tiennent en compte les besoins des patients, plutôt que ceux des fournisseurs.

Pour mener à bien leurs ambitieux programmes, ces systèmes ont insisté sur la promotion de *cultures qui favorisent le travail en équipe, l'amélioration continue et la participation du patient*. Ces cultures sont soutenues par des efforts importants dans la sélection du personnel, la formation et le développement organisationnel.

Bien que les projets d'amélioration de la qualité portent surtout sur des programmes ou des services précis, il est nécessaire, en raison de l'interdépendance entre les différents organismes et secteurs, d'*améliorer les transitions entre les services de santé et de mieux intégrer les différentes composantes du système*, tout en assurant un transfert fiable des renseignements et une coordination étroite des soins. L'accent est mis sur les « mésosystèmes » rapprochant les équipes de première ligne dans les différents contextes et structures, ainsi que sur les relations transcendant les frontières, afin d'intégrer les expériences de soins dans l'intérêt des patients.

L'information joue un rôle fondamental dans l'analyse et l'amélioration des services de santé. Bien que l'Intermountain dispose de l'un des systèmes d'information clinique les plus avancés en usage partout dans le monde, tant le Conseil de Jönköping que la Southcentral Foundation ont senti le besoin de produire de l'information sur les processus de soins et les résultats (en utilisant les données collectées manuellement au besoin) ainsi que de partager cette information avec des fournisseurs de soins de première ligne et des gestionnaires de systèmes.

Des stratégies et des méthodes d'apprentissage efficaces pour mettre à l'essai et multiplier les améliorations sont indispensables pour assurer que les efforts déployés portent fruit. Les trois systèmes ont investi dans les moyens pour partager l'apprentissage dans tout le système, pour déterminer et normaliser les pratiques et les systèmes de soins efficaces ainsi que pour apprendre et appliquer des idées novatrices d'autres établissements.

Ces stratégies et approches nécessitent un leadership cohérent, mais ces trois organismes veillent également à ce que leur *système de leadership s'inscrive dans les objectifs communs* ainsi que dans les critères d'évaluation de la performance et d'orientation de l'amélioration.

Il n'est pas toujours facile d'adopter une stratégie à long terme pour améliorer les soins, de s'employer à développer les talents et de promouvoir une prestation de soins axée sur le patient dans un plus large contexte national qui récompense des résultats à court terme. Une partie importante de la réussite de ces systèmes tient à leur capacité à cerner les forces importantes qui façonnent leur environnement et à y répondre efficacement. Leur direction a constaté qu'il est nécessaire *non seulement d'assurer un environnement favorable, mais aussi d'atténuer les facteurs externes et à court terme qui pourraient nuire au succès*, notamment en observant les règlements et en changeant les politiques.

La reproduction de ces 10 facteurs dans le système canadien présente un défi de taille. Une analyse du contexte canadien ainsi que des quatre dimensions—des institutions et un contexte favorables, le renforcement des capacités et le leadership en matière d'amélioration, des domaines d'amélioration prioritaires et la participation du patient—fournit un support pour évaluer les possibilités et les obstacles.

Institutions et contexte favorables : l'émergence de conseils de la qualité et d'organismes similaires contribue grandement à faciliter les projets d'amélioration tant à l'échelle locale qu'à l'échelle du système. Quelques autorités régionales ont fourni aux équipes de soins locales une aide considérable pour améliorer les services de santé, aussi le renforcement de cette capacité permettrait-il de créer de plus grandes possibilités d'analyse et d'amélioration des soins au niveau local. Des efforts encore bien plus inestimables sont déployés en Saskatchewan pour rapprocher le gouvernement, les autorités régionales, les conseils de la qualité et les organismes de prestation dans des initiatives coordonnées et systématiques d'amélioration des soins et de la prestation des services.

Les organismes de santé canadiens auraient intérêt à accorder une attention accrue au renforcement des capacités en matière de gouvernance, d'amélioration de la qualité et de leadership clinique. L'accent mis sur l'élaboration d'une stratégie intégrée d'amélioration, qui mise sur les capacités de gouvernance existantes ainsi que sur de nouveaux organismes comme les conseils de la qualité, est prometteur. Ces initiatives seraient mieux ciblées si des objectifs ambitieux étaient explicitement exprimés, car ils permettraient de stimuler et dynamiser les activités relatives aux importantes questions de performance, comme le contrôle des infections et l'amélioration des transitions des patients d'un service à l'autre. L'harmonisation de la structure d'incitations avec les modes de financement des organismes de prestation ou de paiement des fournisseurs, qui ont atteint les objectifs de qualité, facilite les initiatives d'amélioration locales et crée une meilleure synergie entre les prestataires.

La lenteur de la mise en place des dossiers de santé électroniques et des systèmes de soutien à la prise de décisions a été un obstacle majeur à l'amélioration des résultats, à l'atteinte d'une plus grande efficacité et à l'intégration des soins. Bien que les systèmes électroniques d'information sur la santé donnent un sérieux coup de pouce à la performance, il faut continuer à améliorer le flux de l'information et à générer des renseignements nécessaires pour étayer les analyses et l'amélioration des soins, même si ces renseignements ne sont pas disponibles électroniquement.

Renforcement des capacités et leadership en matière d'amélioration : l'apprentissage au sein des provinces et territoires et entre eux est essentiel à l'amélioration des systèmes de santé au Canada, où de nombreuses initiatives prometteuses restent locales et à petite échelle. Le recours accru aux « communautés de pratique », les efforts assidus des conseils de la qualité et l'importance accordée aux leçons tirées des innovations couronnées de succès permettent de mieux diffuser et adopter de meilleures pratiques, tant au niveau clinique qu'au niveau de gestion.

L'augmentation des investissements dans les compétences et les connaissances pour appuyer l'amélioration, combinée à l'application d'approches systémiques au développement du leadership, renforce les initiatives locales d'amélioration et de refonte de systèmes. Ces initiatives doivent se concentrer non seulement sur les compétences individuelles, mais aussi sur la capacité d'analyse et d'amélioration de l'organisation et sur le développement du leadership à l'appui de cette amélioration. Au Canada, la formation en leadership clinique vise surtout les individus plutôt que le développement organisationnel et n'a jamais été liée à des objectifs stratégiques précis. Par ailleurs, en accordant une plus grande importance à la formation au leadership pour l'amélioration, on renforce la capacité des organisations à mobiliser des médecins, des directeurs des services infirmiers et des gestionnaires.

Pour ce qui est des *domaines prioritaires pour l'amélioration des systèmes*, bien que la plupart des initiatives d'amélioration au Canada visent les hôpitaux et les soins aigus, l'effet multiplicateur le plus élevé se produit peut-être dans d'autres domaines, y compris les soins primaires, et dans l'intégration des soins et des services entre les secteurs. Par ailleurs, il faut intensifier les efforts pour former des équipes de soins primaires interprofessionnelles et efficaces, et mettre davantage l'accent sur une meilleure intégration dans le continuum des soins. L'amélioration de l'intégration et la création de transitions fiables entre les niveaux de soins sont des défis majeurs du système et nécessitent une restructuration organisationnelle et des efforts d'amélioration ciblés. En outre, il faut apporter davantage de soutien non seulement pour développer des aptitudes et des compétences en vue du travail interprofessionnel, mais aussi pour diffuser des pratiques et modèles exemplaires de soins pour patients chroniques.

Les initiatives de *participation du patient à l'amélioration des soins et des services* reflètent une préoccupation croissante pour orienter les systèmes de santé de façon à mieux répondre aux besoins et attentes des patients. Par ailleurs, la participation du patient est de plus en plus perçue comme un levier potentiellement important pour guider le système vers l'amélioration et pour harmoniser les perspectives et les activités des différents praticiens. Les expériences effectuées actuellement au Canada sur la participation du patient sont pour la plupart à petite échelle. Aussi le déploiement de ces initiatives à l'ensemble du système est-il une condition préalable pour que les effets soient plus marqués.

Dans l'ensemble, notre analyse des principales caractéristiques des trois systèmes novateurs qui ont une amélioration notable met à jour une série d'éléments sur lesquels les systèmes de santé canadiens peuvent s'appuyer pour élaborer des stratégies d'amélioration efficaces. Le succès des stratégies d'amélioration à grande échelle nécessite un engagement accru de la part des médecins et d'autres professionnels, ainsi que des investissements ciblés dans le renforcement des compétences et du leadership. Une des leçons de ces cas est que le changement radical nécessite une constance dans le but et l'investissement au fil du temps. Les responsables des services de santé au Canada n'ont pas besoin d'attendre les conditions idéales avant d'entreprendre le parcours d'amélioration : les dirigeants des systèmes hautement performants démontrent qu'il faut prendre des mesures qui favorisent l'amélioration à grande échelle.

3 CONTEXTE

3.1 Objectifs du rapport

Préparée à la demande de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la présente étude a pour but d'analyser les stratégies et les mécanismes qui ont favorisé la transformation dans trois systèmes de santé hautement performants, et de dégager les enseignements pour les systèmes de santé canadiens.

Le rapport vise les objectifs suivants :

- ▼ déterminer et décrire des exemples précis de la transformation du système de santé qui font valoir le potentiel de changement au Canada;
- ▼ examiner, pour chaque exemple, les mécanismes (comme les appuis et les incitations politiques, les structures institutionnelles, les qualités de leadership, les méthodes de gestion du changement, etc.) qui ont été utilisés pour stimuler la transformation, et accorder une attention particulière à l'interaction entre ces facteurs ainsi qu'au délai dans lequel des changements notables ont eu lieu;
- ▼ analyser chaque cas au regard des caractéristiques observées dans les systèmes de santé canadiens et définir les conditions les plus favorables à la transformation;
- ▼ fournir des conseils d'expert sur les résultats de la recherche ainsi que des leçons qui pourraient s'appliquer au contexte canadien.

3.2 Le contexte canadien

Il y a au Canada 14 systèmes de santé provinciaux et territoriaux qui fournissent un accès universel à une vaste gamme de services financés par des fonds publics sur leur territoire respectif. Des efforts déployés récemment pour améliorer les temps d'attente ont donné lieu à un accès plus rapide aux soins dans de nombreux endroits (ICIS, 2011), mais même dans ce domaine de haute priorité et soutenu par des financements pluriannuels substantiels, les résultats se font attendre (Conseil canadien de la santé, 2008). Outre l'amélioration de l'accès aux soins, il y a de nombreuses autres questions liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Par exemple, les erreurs dans le diagnostic et les examens radiologiques se traduisent par de mauvais soins pour un grand nombre de patients à Terre-Neuve, en Saskatchewan, en Ontario et ailleurs. Les infections nosocomiales restent une importante source de conséquences indésirables malgré les efforts accrus pour améliorer la prévention et le contrôle des infections. Par ailleurs, la fréquence des chutes et des erreurs de médication est assez élevée dans les hôpitaux ainsi que dans les établissements de soins de longue durée et à domicile. Bien que des mesures soient prises pour régler ces problèmes, les budgets de santé sont limités et les provinces font face à des défis économiques qui menacent leur capacité à maintenir les programmes actuels, sans parler de leur expansion ou leur amélioration.

Une grande partie du débat public et politique sur la santé laisse entendre que les gouvernements canadiens sont confrontés à un choix impossible de porter atteinte aux principes de l'assurance-maladie, de cautionner la croissance des services de santé privés à but lucratif ou de continuer à dépenser davantage pour les soins de santé et réduire leur capacité à financer d'autres services. D'autres options, comme la hausse des impôts ou la désassurance des services sont des mesures risquées sur le plan politique, aussi les dirigeants politiques n'ont-ils pas d'autre choix que de limiter la croissance des dépenses tout en répondant à des crises d'accès et de qualité de façon ponctuelle et au cas par cas. Cependant, tous ces scénarios sont basés sur l'hypothèse que le système de santé actuel est efficace dans l'utilisation des ressources disponibles et efficace dans la prestation de soins de haute qualité.

En fait, il existe de nombreux exemples de gaspillage dans le système et de grandes variations dans la qualité des soins, ce qui donne à penser qu'on pourrait envisager troisième voie pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé. Cette approche s'appuie sur l'idée que les coûts et la qualité ne sont pas nécessairement des objectifs concurrents. Des efforts systématiques pour améliorer les soins permettraient de cerner les causes du gaspillage, d'améliorer les résultats et d'en donner plus pour leur argent aux Canadiens. Or, non seulement la plupart des efforts canadiens d'amélioration de la valeur sont modestes, mais ils ne sont probablement pas adaptables. Cependant, les initiatives ailleurs dans le monde fournissent des exemples de nouveaux modèles de soins et de vastes stratégies pour améliorer la performance (Baker, MacIntosh-Murray et Porcellato, 2008; Shih, Davis, Schoenbaum et coll., 2008; Lukas, Holmes, Cohen et coll., 2007. Voir aussi le rapport de la FCRSS sur la connaissance, l'action et la transformation—CAT, 2010).

La plupart des discussions sur les tendances macroéconomiques des dépenses de santé et de la performance globale des systèmes de santé tant au Canada qu'ailleurs, portent sur des expériences nationales ou provinciales (comme les rapports de l'OCDE sur la performance des systèmes de santé). Ces données cachent toutefois des variations considérables dans la performance des systèmes au sein de ces grands regroupements. Par exemple, les comparaisons des dépenses nationales indiquent constamment de grandes différences entre les États-Unis et d'autres pays développés : les dépenses américaines étant de deux à trois fois supérieures au coût moyen par habitant. Pourtant, il y a des écarts de performance énormes aux États-Unis mêmes. Wennberg et ses collègues (Baicker, Chandra, Skinner et coll., 2004; Skinner et Wennberg, 2003) signalent que les coûts du programme Medicare américain sont beaucoup plus élevés à Miami qu'à Minneapolis, même après l'ajustement des différences de population et d'utilisation des services. Les coûts plus élevés ne prédisent pas de meilleure qualité, ni au niveau régional (Fisher, 2003; Fisher, Bynum et Skinner, 2009) ni au niveau des hôpitaux (Yasalitis, 2009). Quelques régions et hôpitaux ou systèmes de santé offrent des soins de meilleure qualité à un coût inférieur à celui de leurs homologues. Par exemple, Yasalitis (2009) n'a trouvé aucune corrélation entre les procédures cliniques et les coûts : certains hôpitaux ont réalisé une performance exemplaire dans les cas d'infarctus aigu du myocarde, d'insuffisance cardiaque congestive et de pneumonie à des coûts moindres que ceux des hôpitaux de piètre performance.

L'analyse comparative des performances des systèmes de santé fournit des indices très révélateurs sur des organisations et des systèmes qui semblent capables d'atteindre une meilleure qualité des soins à moindre coût, mais ces conclusions sont généralement issues de présentations tabulaires des mesures financières et des données agrégées sur les processus de qualité ou les résultats. Ainsi, alors que ces données permettent de déterminer les systèmes très performants, elles seules ne peuvent pas répondre clairement à la question de savoir lesquels des stratégies, investissements et systèmes contribuent à l'atteinte de performances supérieures dans ces organisations et systèmes. Pour ce faire, il faut examiner en profondeur des stratégies utilisées par les organismes de santé performants qui ont déployé des efforts soutenus à l'échelle du système pour améliorer les soins et limiter les coûts. En comparant les expériences de plusieurs systèmes très performants et en distinguant les facteurs clés qui sont communs à ces systèmes ainsi que ceux qui varient, on peut déterminer les éléments critiques de la transformation du système. Une telle analyse donne un autre point de vue sur les moyens de créer un système de santé plus efficace et plus viable à partir de l'analyse des résultats seulement.

Dans ce rapport, nous examinons l'histoire et la performance de trois systèmes de santé régionaux qui ont atteint et maintenu des niveaux de performance élevés. Les trois systèmes—la Southcentral Foundation à Anchorage, en Alaska, le Conseil de comté de Jönköping, en Suède, et l'Intermountain Healthcare, dont le siège est à Salt Lake City, en Utah—sont divers dans leur taille, leur emplacement et leur histoire. Cependant, tous les trois ont restructuré la prestation des soins en adoptant des méthodes d'amélioration de la qualité qui ont donné lieu à des modes de prestation plus efficaces et de meilleurs résultats. Ces systèmes ont chacun mis en évidence différentes approches et stratégies, mais un certain nombre de thèmes communs ont émergé d'une analyse comparative de leurs efforts.

4 MÉTHODES ET DONNÉES

Les renseignements contenus dans le présent rapport sur Jönköping et l'Intermountain Healthcare proviennent en grande partie d'une analyse détaillée de ces deux systèmes, qui a été réalisée dans le cadre d'une vaste étude internationale de cinq systèmes de santé régionaux à l'échelle internationale et de deux au Canada qui, de l'avis des experts, surpassent leurs homologues. Les résultats de cette recherche, menée en 2006-2007 par une équipe de l'Université de Toronto, ont été publiés en 2008 (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll., 2008). Dans la préparation du présent rapport, nous avons repéré et examiné de nouveaux documents sur ces deux systèmes et mis à jour notre analyse. En outre, à la demande du bailleur de fonds de l'étude, nous avons également réalisé une étude de cas sur la Southcentral Foundation, le système de santé autochtone de l'Alaska situé à Anchorage. Nous avons trouvé des publications, des présentations et des documents connexes sur la Southcentral Foundation et avons obtenu des copies des notes et des comptes rendus recueillis par des dirigeants et des membres du personnel du Saskatchewan Health Quality Council, du ministère de la Santé de la Saskatchewan et des organisations de santé en Saskatchewan qui ont visité la Southcentral Foundation en février 2011. Nous avons interviewé plusieurs membres du groupe de la Saskatchewan sur leurs expériences lors de leur visite de la Southcentral Foundation, du Centre-Sud. Ce fut l'occasion de voir le modèle de la Southcentral Fondation du point de vue particulier d'une province canadienne qui tient à reproduire le succès de la Southcentral Foundation. Nous avons également eu accès à des données recueillies par Mme Patricia O'Connor, professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de McGill, dans le cadre de sa bourse de recherche Harkness 2009 sur la redéfinition des tâches dans trois systèmes, y compris la Southcentral Foundation.

En plus de ces documents, nous nous sommes appuyés sur la littérature recueillie par Jean-Louis Denis et ses collègues ainsi que sur leur analyse pour préparer, à l'intention de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, un rapport sur la transformation des systèmes de santé et les leçons tirées (Denis et coll., 2011). Cet examen de vaste portée dégage un certain nombre de thèmes importants sur la réforme des systèmes de santé et les améliorations dans la prestation de services dans les pays de l'OCDE. Certains des thèmes et idées de l'étude de J. L. Denis sont intégrés dans l'analyse des cas et d'autres données recueillies pour le présent rapport.

5 DESCRIPTIONS DES SITES DES ÉTUDES DE CAS

Les trois systèmes examinés dans ce rapport sont très différents dans leur taille, leur emplacement, l'étendue de leurs services, leur gouvernance et leur histoire. Le tableau 1 donne un aperçu des principales caractéristiques de ces systèmes que nous avons relevés dans les documents disponibles. Nous présentons ensuite un aperçu de chaque système ainsi que de son expérience dans la transformation des soins et des services.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES DE TROIS SYSTÈMES DE SANTÉ PORTEURS DE CHANGEMENTS

SYSTÈMES DE SANTÉ	SOUTHCENTRAL FOUNDATION ¹	INTERMOUNTAIN HEALTH CARE ²	CONSEIL DE COMTÉ DE JÖNKÖPING ³
Bassin démographique	45 000 personnes dans la région d'Anchorage plus 10 000 dans des villages plus éloignés	Selon les estimations, Intermountain fournit des soins à près de 50 % de la population (dont le total est de 2,7 millions de personnes) de l'Utah, ainsi qu'à des patients dans le sud de l'Idaho. 20 % des résidents de l'Utah détiennent une assurance de l'IHC	330 000 personnes
Niveau des soins	Soins primaires et gouvernance paritaire dans les soins secondaires	Gamme complète de services de santé dans l'Utah et le sud de l'Idaho	Soins primaires, secondaires et tertiaires
Nombre d'employés	1 500	32 000	9 000
Nombre de médecins	80 (incluant des dentistes) ⁴	800 médecins dans le groupe Intermountain Medical et d'autres dispensent des soins payés à l'acte	900
Établissements	Clinique de soins primaires à Anchorage; l'Alaska Native Medical Centre est un hôpital de 150 lits qui fournit des soins secondaires	23 hôpitaux et plus de 165 cliniques	3 hôpitaux et cliniques communautaires
Utilisation	400 000 visites de patients externes par an; chaque équipe reçoit entre 3 500 et 4 000 visites par an	129 741 admissions; 39 580 chirurgies avec hospitalisation; 454 425 visites aux services d'urgence; 31 558 naissances	À déterminer
Gouvernance	Organisme sans but lucratif avec un conseil des gouverneurs	Organisme sans but lucratif avec un conseil des gouverneurs	Conseil de comté élu
Régime réglementaire de surveillance	Règlements fédéraux et de l'État. Obligation de conformité à la Joint Commission	Règlements fédéraux et de l'État. Obligation de conformité à la Joint Commission	Le gouvernement national établit des principes, des normes et des politiques pour guider la prestation locale de soins; les conseils de comté surveillent la prestation des services de santé et régissent les prix et les services des fournisseurs privés
Budget	200 millions \$ US	4,5 milliards \$US (2010); 3,4 milliards dans les services aux hospitalisés	1,4 milliard \$US.
Principales sources de revenus	45 % des revenus proviennent d'une subvention globale de l'Indian Health Service (Services de santé aux Indiens), 45 % de Medicare, de Medicaid et de l'assurance privée, et 10 % de contrats, d'organisations caritatives, de subventions, d'organismes de recherche	Medicare, Medicaid et régimes d'assurance	70 % du budget provient des recettes fiscales du comté et seulement 1 % de l'assurance-santé privée

1 Données provenant des rapports annuels ainsi que des exposés présentés par le personnel de la Southcentral Foundation.

2 Intermountain Health Care. Annual Report to the Community 2010 [Rapport annuel à la collectivité]: <http://intermountainhealthcare.org/about/overview/annualreport2010/Pages/home.aspx>. Accessed 15 June 2010. Baker, MacIntosh Murray, Porcellato et coll. (2008).

3 Provenant des rapports annuels et des analyses dans Baker, MacIntosh-Murray, Portellato et coll. (2008)

4 Klein, S et D. McCarthy (2010), Southcentral Foundation Facts. CareOregon: Transforming the role of Medicaid Health Plan from Payer to Partner, Commonwealth Foundation, juillet.

5.1 Conseil de comté de Jönköping, en Suède

Le Conseil de comté de Jönköping au sud de la Suède régit les services de santé dispensés à une population d'environ 330 000 personnes. Pendant plus de 15 ans, les dirigeants à Jönköping ont poursuivi un ambitieux programme d'amélioration de la qualité des services de santé, tout en limitant l'augmentation des coûts de ces soins. La détermination du Conseil de comté de Jönköping de construire « une belle vie dans un comté attrayant » reflète les objectifs d'une vision holistique axée sur la qualité de vie et non seulement sur la prestation des soins (Ovretveit et Staines, 2007).

Le comté de Jönköping s'est d'abord attiré l'attention de la communauté internationale par sa participation à l'initiative « Pursuing Perfection » [Poursuivre la perfection] qui est un projet pilote de huit ans financé par la Fondation Robert Wood Johnson et dirigé par l'Institute for Healthcare Improvement. Le projet met à contribution sept systèmes de santé américains et quelques systèmes internationaux dans un ambitieux programme pluriannuel visant la transformation des systèmes de santé et l'amélioration des soins dans le continuum. Chacun des systèmes américains a reçu une importante subvention de la Fondation, tandis que les systèmes internationaux (de l'Angleterre, des Pays-Bas ainsi que Jönköping) ont été autofinancés. Entraînés par des experts internationaux en matière de qualité, ces systèmes de santé se sont employés à déterminer, mettre en œuvre et soutenir des innovations et améliorations, en mobilisant des cliniciens de première ligne et des dirigeants. Le Conseil de comté de Jönköping s'est penché sur la pensée systémique au sein de trois hôpitaux et 34 centres de soins primaires dans le comté et a apporté, dans presque tous les établissements, des améliorations concernant, entre autres, les flux des patients, les soins de l'asthme, les soins aux aînés, les services aux enfants, la prévention de la grippe et la sécurité des patients. Ce travail a permis de simplifier les processus de soins dans tout le système, ce qui a produit des économies substantielles ainsi que des améliorations dans les soins (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll. 2008, p. 123-124). Donald Berwick, le PDG de l'époque de l'IHI, a salué les efforts du Conseil de Jönköping et l'a reconnu comme étant un chef de file du groupe très apprécié de systèmes de santé de « Pursuing Perfection » (Berwick, Kabacoff et Nolan, 2005). Plus tard, l'analyse de la Suède a suggéré que des économies substantielles seraient possibles dans ce pays si les stratégies et les méthodes dégagées et mises en œuvre à Jönköping étaient répandues à tous comtés suédois (Cederqvist, 2005).

La stabilité du leadership au niveau de la haute direction et du conseil de comté (qui sert d'organe de gouvernance du système de santé) a permis au Conseil de Jönköping de maintenir la constance dans son but et sa vision stratégique (Andersson-Gare et Neuhauser, 2007). Sven-Olof Karlsson qui était le PDG pendant près de 20 ans (jusqu'en 2008) a forgé un partenariat solide avec Mats Bojestig (le médecin-chef) et Goren Henriks (le chef de l'apprentissage et de la qualité organisationnels) afin d'élaborer des plans pour accélérer les performances de Jönköping. Ensemble, Karlsson, Bojestig et Henriks avec d'autres dirigeants de Jönköping ont défini des objectifs clairs et ont mis en place une infrastructure de formation et de perfectionnement qui a permis aux cliniciens et aux gestionnaires au sein du système de travailler sur une importance série efforts d'amélioration.

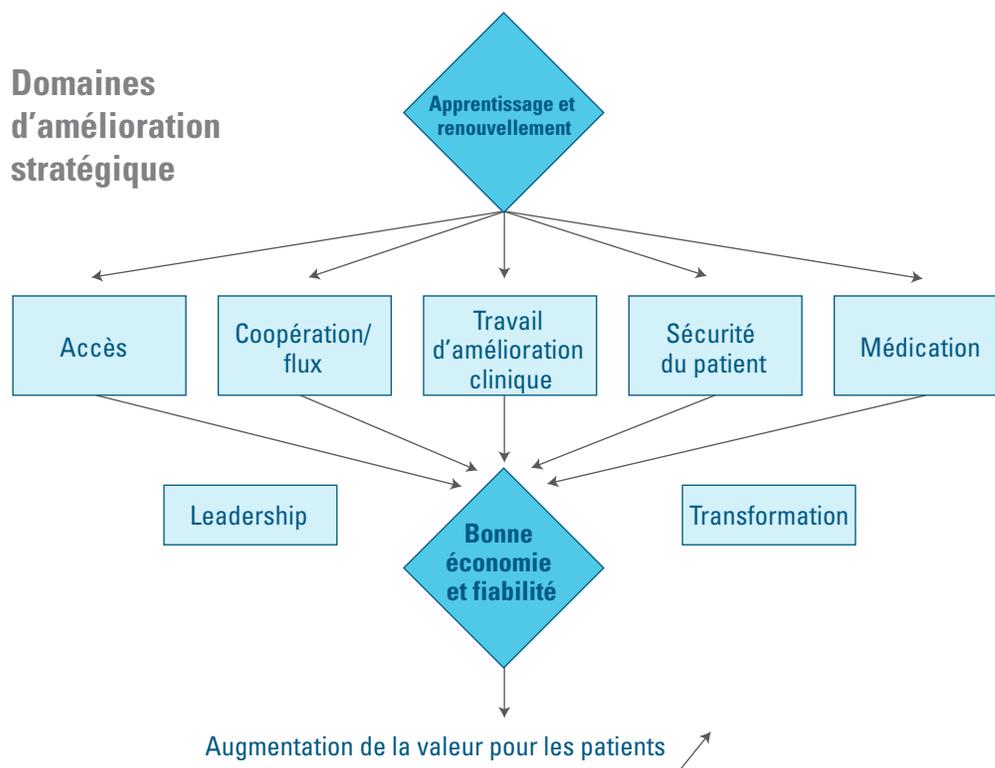
La direction de Jönköping a commencé à se pencher sur la qualité dans les années 1990 en étudiant et en s'appliquant à respecter les normes pour l'équivalent suédois du prix de la qualité Malcolm Baldrige aux États-Unis. Ils ont étudié les résultats obtenus, analysé les systèmes locaux et déterminé les moyens pour améliorer les performances et renforcer l'amélioration de leurs capacités. En 1997, l'équipe de direction a commencé à assister aux réunions de l'IHI aux États-Unis, ont recueilli des idées et des méthodes qui pourraient être mises en œuvre en Suède pour améliorer les soins. Karlsson et les autres dirigeants ont vu la puissance des méthodes d'amélioration ainsi que l'impact des approches axées sur l'action, comme le modèle d'amélioration (Langley, Moen, Nolan et coll., 1996). Ils ont aussi utilisé d'autres outils, y compris

le tableau de bord équilibré, pour améliorer l'utilisation de l'information sur les performances des systèmes et les effets des changements qu'ils ont apportés pour améliorer cette performance.

L'équipe de la direction de Jönköping s'est rendu compte que de nouveaux outils et l'analyse ne suffiraient pas à changer le système à moins qu'ils intègrent ces outils dans le système, d'abord en créant une vision commune de ce qu'ils essayaient d'atteindre et en communiquant aux membres du personnel l'importance des outils et des méthodes de qualité pour réaliser cette vision. La direction de Jönköping a élaboré un processus de planification de la qualité et des opérations et a réuni un groupe de hauts dirigeants cliniques et de système du comté, qu'elle a appelé le « super groupe des services de santé », pour faire rapport sur leurs progrès et planifier de nouvelles initiatives. Lors de ces réunions, les dirigeants et gestionnaires ont partagé leurs idées, élaboré des plans et établi des liens plus explicites entre la stratégie, la qualité et la planification financière, d'une part, et les objectifs du système, d'autre part. Un résultat important de cet effort a été le développement d'une carte stratégique qui représente graphiquement ce qui devient connu comme étant le « graphique à losanges » des principaux domaines d'amélioration de Jönköping et des moteurs d'amélioration (Andersson-Gare et Neuhauser, 2007)—voir le graphique 1.

L'importance de l'harmonisation stratégique et l'accent mis sur l'amélioration de la qualité en tant que moyen pour améliorer la performance ont été renforcés par l'objectif de mieux servir les patients et, en particulier, par le recours à « Esther » afin de donner aux cliniciens et aux gestionnaires une compréhension commune des améliorations nécessaires pour transformer le système. « Esther » est un personnage inventé pour créer un dialogue sur la réduction de la fragmentation et sur le gaspillage dans les soins. Au lieu de s'engager continuellement dans des négociations sur les rôles et les responsabilités, les cliniciens et les dirigeants du système de Jönköping utilisent l'image d'Esther, une femme de 88 ans qui vit seule dans la communauté, qui a plusieurs maladies chroniques et qui a parfois besoin de soins aigus, pour faciliter la discussion entre les soignants hospitaliers et communautaires. La question « Comment améliorer le système pour répondre aux besoins d'Esther? » permet d'orienter les discussions de planification vers le système et les patients. Le « projet Esther » vise l'amélioration du flux des patients et la redéfinition des responsabilités au sein du système grâce à de meilleures coordination et communication entre les prestataires (Bodenheimer, Bojestig et Henriks, 2007). Des exemples de changements qui en résultent comprennent la restructuration du processus de prise en charge et de transfert, la mise en place de rendez-vous avec accès ouvert, des consultations téléphoniques en équipe, l'intégration de la documentation et le renforcement des capacités d'autogestion des patients. Le projet Esther a donné des résultats substantiels, y compris une réduction de 20 p. 100 des admissions à l'hôpital, un redéploiement des ressources à la communauté et une diminution de 30 p. 100 du nombre de la durée d'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll., p. 123; Ovretveit et Staines, 2007). Plus récemment le Conseil de comté de Jönköping a mis en place des « entraîneurs Esther » qui travaillent avec leurs collègues pour s'assurer que les services répondent aux besoins des patients (Godfrey, 2010).

FIGURE 1 : GRAPHIQUE À LOSANGES DU CONSEIL DE COMTÉ DE JÖNKÖPING



Sven-Olof Karlsson, l'ancien PDG, a déclaré au personnel dans tout le système de Jönköping qu'ils avaient deux emplois, à savoir « faire ce qu'ils font (par exemple, gérer, assurer des soins) et améliorer ce qu'ils font » (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll. p. 132; Karlsson, 2009). Jönköping a créé un ambitieux programme de perfectionnement du personnel pour lui enseigner les outils d'amélioration de la qualité, tels que le modèle d'amélioration, afin qu'il puisse les appliquer à des projets d'amélioration. Dans les premières années de la transformation de Jönköping, on a aménagé le bureau d'apprentissage et d'amélioration dans un des hôpitaux, mais en 1999, le Conseil de comté de Jönköping a mis sur pied un centre d'apprentissage autonome, « Qulturum », pour faciliter des réunions de groupe et l'apprentissage. Le personnel dans le comté se rencontre au Qulturum, s'implique dans des projets et participe à l'apprentissage. Contrairement à de nombreux systèmes qui mettent l'accent seulement sur des projets, Henriks et d'autres dirigeants ont toujours veillé à ce que le personnel développe ses connaissances, acquière de nouvelles idées et tire des leçons de l'enseignement de Deming et d'autres pionniers de la qualité. Nombre d'éminents penseurs de la qualité, notamment Don Berwick, Tom Nolan et Paul Batalden, ont été invités à passer du temps au Qulturum pour rencontrer les dirigeants et le personnel de Jönköping. Qulturum est donc plus qu'un lieu physique pour des réunions de projet. Il incarne plutôt les stratégies d'apprentissage et d'amélioration qui sont au cœur des efforts que Jönköping a déployés pour transformer les soins (Bodenheimer, Bojestig et Henriks, 2007) et pour contribuer à une culture organisationnelle qui valorise l'apprentissage et l'amélioration (Ovretveit et Staines, 2007). En 2006, environ 4 000 des 9 000 membres du personnel du système de Jönköping ont reçu une formation sur l'amélioration de la qualité par le biais de Qulturum. Les économies réalisées grâce à l'amélioration continue de la prestation des soins ont permis de payer les activités de formation et de perfectionnement d'envergure à Qulturum.

La stratégie explicite visant à améliorer les soins à Jönköping comprend des efforts continus pour trouver de nouvelles idées venues d'ailleurs et pour les adapter aux besoins locaux. Lors d'une conférence en 2004, le personnel de Qulturum a appris au sujet d'une initiative britannique qui a enseigné aux patients des techniques d'amélioration de la qualité comme un moyen de les impliquer dans l'autogestion des maladies chroniques et dans le développement communautaire. Le personnel a adapté cette idée en enseignant aux aînés comment effectuer de simples essais pour changer leur régime alimentaire et leurs habitudes de vie, et donnant aux participants des possibilités d'apprentissage partagé. Cette initiative, appelée « Passion pour la vie », a contribué à renforcer l'importance de la participation du patient à ses soins. Avec l'aide de l'organisme national de soutien aux municipalités et régions suédoises, cet effort a commencé à se répandre partout en Suède. Henriks et des membres du personnel de Qulturum ont également insisté sur l'idée de « microsystèmes » en s'appuyant sur les travaux de Nelson, Batalden et Godfrey (2008) pour améliorer l'efficacité des équipes de première ligne. Afin de fournir une approche systématique pour gérer la mise en place et la propagation de nouvelles idées et des outils, Henriks et d'autres dirigeants ont instauré un processus en trois étapes pour les essais à petite échelle, en réalisant des projets pilotes dans différentes unités au sein du système de Jönköping, puis en répandant progressivement les idées qui ont fait leurs preuves à l'ensemble du système. Ce schéma de mise à l'essai et de diffusion est lui-même adapté d'une approche similaire élaborée par l'*Institute for Innovation et Improvement* au Royaume-Uni.

À l'instar de nombreux autres systèmes qui ont créé des approches novatrices pour faire participer le personnel et améliorer les soins, les dirigeants de Jönköping ont reconnu que leurs propres efforts dans le développement des capacités du personnel sont insuffisants, car les nouvelles recrues continuent à avoir besoin d'orientation relative à ces méthodes. Jönköping a, par conséquent, déployé un effort ambitieux pour intégrer la réflexion sur l'amélioration dans la formation clinique afin que les nouveaux cliniciens soient préparés pour participer aux travaux d'amélioration du système.

5.2 Intermountain Healthcare

Intermountain Healthcare (IHC) est un système de santé sans but lucratif desservant des patients et des collectivités dans les États américains de l'Utah et l'Idaho. Le système emploie plus de 32 000 employés dans 23 hôpitaux et plus de 150 cliniques externes, de centres de conseils, d'organismes de santé à domicile et plus de 100 cabinets de groupe, et fournit des soins médicaux à plus de 50 p. 100 de la population de l'Utah. L'IHC a plus de 3 200 médecins affiliés, dont un tiers sont employés par le système d'IHC. Intermountain Healthcare a été reconnu comme l'un des meilleurs systèmes de santé intégrés aux États-Unis : il a remporté des prix pour la qualité des soins, le rendement financier et l'utilisation des technologies de l'information. Le LDS Hospital, l'hôpital phare à Salt Lake City, a été désigné à plusieurs reprises comme étant l'un des meilleurs hôpitaux de l'Amérique et a également reçu le statut d'hôpital aimant par l'American Nurses Association.

L'IHC a commencé comme une confédération décentralisée d'hôpitaux dans les années 1970 lorsque l'Église de Jésus Christ des saints des derniers jours a transféré la propriété de ces organisations à la nouvelle entité. D'autres hôpitaux ont demandé de se joindre à la nouvelle organisation laïque sans but lucratif et de nouveaux hôpitaux ont été construits pour étendre le système à d'autres communautés. En 1982, l'IHC a commencé à offrir des services à l'extérieur des hôpitaux, jetant ainsi les bases d'un système de santé entièrement intégré. L'IHC a été réorganisée en un système régional avec une gestion centralisée et un conseil d'administration de la société mère en 1986, ainsi qu'avec une vision explicite

qui soulignait le partenariat entre les médecins, les hôpitaux, les cliniques et le régime de santé (Baker, MacIntosh- Murray, Porcellato et coll., 2008). Afin de faire progresser cette intégration, l'IHC s'est employé à associer plus étroitement les médecins à la gestion et au fonctionnement du système, en créant un groupe de médecins qui étaient des employés de l'IHC et en invitant les membres de ce groupe à jouer un rôle important dans la gestion l'IHC (Intermountain Healthcare 2005a).

Intermountain a été un pionnier dans l'application de méthodes de qualité modernes à l'analyse et l'amélioration des services de santé. Brent James, un chirurgien pédiatrique avec une formation poussée en statistique, s'est joint à l'IHC en 1986 et a dirigé le développement systématique de la recherche sur la qualité et des initiatives d'amélioration à l'IHC. L'intérêt que le Dr James a porté aux variations dans la pratique clinique liée à son application des idées de Deming aux stratégies d'amélioration a donné lieu à de nombreuses études sur les soins dispensés à l'IHC (James, 1989; James, 2001b). En particulier, le Dr James a adopté le point de vue de Deming sur l'importance fondamentale de la compréhension des processus de travail et des besoins des clients, ainsi que de l'utilisation de ces connaissances pour améliorer les résultats. Il a créé des équipes de surveillance clinique composées d'infirmières et de médecins pour examiner les données, dresser les procédures cliniques, déterminer les causes des variations et mettre à l'épreuve les améliorations. Un premier succès remporté a été l'utilisation des résultats et des données de processus dans un projet sur les infections postopératoires de plaies. L'équipe a repéré, à l'intention des chirurgiens du système de l'IHC, des variations dans la fourniture préopératoire d'antibiotiques prophylactiques qui ont contribué à des taux variables d'infections de plaies. La normalisation des commandes de médicaments et du calendrier d'administration d'antibiotiques a permis de réduire non seulement les taux d'infection de 50 p. 100, mais aussi, en conséquence, les coûts associés (Classen 1992; Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll., 2008). Le Dr James a mis sur pied une équipe de conseillers en statistiques et d'employés de soutien à la qualité pour travailler avec des cliniciens de première ligne. Ce personnel de soutien à l'évaluation de la qualité devient le noyau de l'*Institute for Health Care Delivery Research* de l'Intermountain, créé en 1990.

Une analyse détaillée de la pratique et des résultats cliniques a été grandement facilitée par la mise sur pied à l'Intermountain Healthcare d'un système intégré de dossiers médicaux électroniques (DME). L'IHC a été un pionnier dans l'informatisation médicale et son système de DME a été l'un des premiers systèmes d'information clinique dans les hôpitaux. Le système d'information clinique de l'IHC, appelé *HELP*, fonctionne depuis plus de 40 ans. Il est désormais lié à un entrepôt de données de l'entreprise qui comprend un dépôt de données cliniques, un dictionnaire de données sur la santé et des systèmes de soutien décisionnel ainsi que des liens à des données administratives (Nanus et Clayton, 2002). Ce système d'information permet aux cliniciens de l'IHC d'examiner les dossiers de leurs patients individuellement pendant l'évaluation et le traitement de ces derniers, de comparer leurs résultats à ceux de leurs collègues et de suivre les effets des interventions afin d'améliorer les soins au fil du temps. Les cliniciens de l'IHC peuvent consulter les données sur les patients de leur bureau ou d'un poste de travail dans les chambres des patients à l'hôpital ou dans les cliniques. Le système d'information clinique de l'IHC lie les données sur les pratiques cliniques aux résultats cliniques et financiers et fournit ainsi, presque en temps réel, des renseignements de la performance du système. Pour obtenir le soutien des cliniciens relativement aux DME, le Dr James a mené un certain nombre d'études pour examiner les conséquences des DME sur la pratique clinique et pour démontrer leur contribution à l'efficacité de la prise de décisions clinique tout en réduisant le gaspillage et en améliorant le remboursement (Baker, MacIntosh-Murray, Porcellato et coll., 2008).

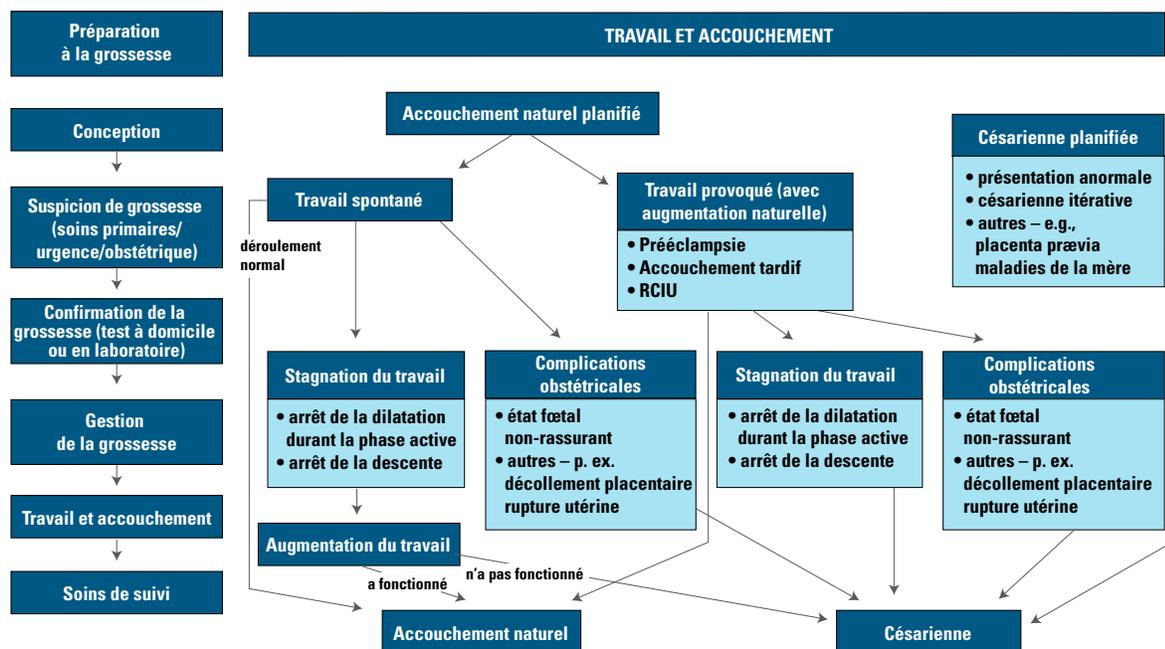
Vers le milieu des années 1990, Intermountain Healthcare a réalisé des progrès substantiels dans le développement de ses capacités à analyser et à améliorer les systèmes de soins. Une cohorte notable de cliniciens avaient acquis des compétences en amélioration de la qualité. Des structures de gestion ont été harmonisées avec les principaux programmes cliniques et les médecins se sont vus attribuer des rôles importants dans la gestion de ce système. Le système d'information clinique électronique et les capacités décisionnelles permettent aux cliniciens de se fonder sur des données probantes pour prendre des décisions de traitement et évaluer les tendances des pratiques dans les cliniques et les hôpitaux.

Un nouveau PDG, Bill Nelson, a été nommé en 1995. M. Nelson était au courant des réalisations importantes de l'Intermountain Healthcare dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins, mais il a aussi noté que le choix des priorités d'amélioration est souvent fondé sur la politique interne plutôt que sur l'analyse. À son avis, une stratégie d'amélioration plus systématique augmenterait le rendement de cet investissement et influencerait davantage le fonctionnement d'Intermountain. Il a demandé à David Burton, un chef des services cliniques et planificateur stratégique, de travailler avec James Brent pour élaborer un nouveau plan stratégique de la qualité qui établirait la priorité des possibilités à la lumière des besoins du système plutôt que des revendications locales et en faisant de l'amélioration un impératif du système plutôt que d'une responsabilité individuelle ou d'une préoccupation de programme.

Burton et James ont répondu à la demande de Bill Nelson, en créant une stratégie d'intégration clinique pour déterminer les domaines de programme qui, en fonction des coûts et du rendement, étaient à l'échelle du système les priorités des efforts d'amélioration. Une fois le choix fait, ils ont formé des équipes pour élaborer des modèles de procédures cliniques permettant de comprendre en détail la façon dont les soins ont été dispensés à Intermountain et les domaines où des améliorations pourraient être apportées. L'intégration clinique, qui est plus qu'une stratégie d'amélioration, a aussi donné lieu à une réorganisation de la structure de gestion pour soutenir les procédures cliniques et à une harmonisation des principaux systèmes de soutien, notamment les mécanismes de responsabilisation et les mesures incitatives pour appuyer les modèles de procédures cliniques. Cette stratégie comptait plusieurs étapes. Dans la première phase, Burton et James ont établi la priorité des programmes cliniques de l'IHC selon le volume des patients, les coûts, les variations cliniques et les besoins communautaires. Ils ont ensuite déterminé neuf programmes cliniques prioritaires et en ont choisi deux, les services cardio-vasculaires et le programme des femmes et des nouveaux nés, aux fins d'évaluation et d'amélioration détaillées.

Dans la seconde phase, Burton et James ont recruté des cliniciens pour créer des « équipes de développement clinique » formées d'experts et de cliniciens de première ligne. Ces équipes ont cartographié les processus clés et y ont incorporé des lignes directrices et des protocoles de pratiques fondés sur les données probantes. Chaque équipe de développement se penchait sur une importante procédure clinique ainsi que sur des processus administratifs et d'intervention de soutien dans certains domaines de programme donnés. Les équipes ont produit une carte de haut niveau de chaque programme clinique avec des diagrammes de processus très détaillé (voir la figure 2).

FIGURE 2 : MODÈLE DE PROCÉDURES CLINIQUES DE HAUT NIVEAU—TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT



Source : James (2001c)
Utilisation avec permission

Ces équipes de développement ont pour responsabilité de recueillir les meilleures données probantes à jour et d'intégrer les observations des cliniciens de l'IHC sur leurs expériences cliniques, afin que ces modèles de procédures cliniques reflètent l'apprentissage actuel. À cette fin, elles organisent des journées d'apprentissage clinique régionales pour partager la connaissance et obtenir les commentaires des cliniciens de première ligne. Elles intègrent ensuite ces modèles dans les systèmes électroniques de soutien à la décision, en codifiant les connaissances et en diffusant les pratiques exemplaires à l'ensemble du système. Les cliniciens qui utilisent le système de soutien à la décision reçoivent des conseils dans le choix des thérapies appropriées, mais le système est également conçu pour recueillir les commentaires des cliniciens lorsque l'approche recommandée semble inappropriée pour un patient. Ces commentaires sont examinés régulièrement et sont utilisés pour modifier les options de soutien décisionnel. Brent James considère le développement de ces modèles de procédures cliniques et leur intégration dans les systèmes de prise de décision comme une étape clé dans la normalisation des pratiques qui est fondée sur les données probantes et l'expérience.

Alors que le développement d'un système électronique d'information clinique sophistiqué a permis à l'analyse des pratiques cliniques réalisée dans l'institut de Brent James d'être plus efficace, le lien entre la connaissance en matière d'amélioration de la qualité et les données sur la pratique a aidé à repérer les domaines d'amélioration et les effets des changements donnés. James constate qu'« à long terme, le but principal des dossiers médicaux électroniques est d'appuyer les protocoles, Nous n'avons pas été en mesure de démontrer les retombées de l'investissement sur notre système de dossiers médicaux électroniques jusqu'à ce que nous les avons combinés à nos efforts d'amélioration clinique » (James, 2001c) [traduction libre].

Les structures de gestion régionales sont conformes aux procédures cliniques (James, 2001c). Au sein de chaque programme clinique, il y a des équipes de gestion régionales, y compris un directeur médical à temps partiel et une infirmière administratrice. Le rôle du directeur médical est de faire participer les cliniciens de première ligne, de cerner les problèmes dans la mise en œuvre de la gestion des procédures cliniques et de tenir les équipes cliniques responsables de leurs réalisations au regard des objectifs du système. L'infirmière administratrice veille au fonctionnement et gère les activités d'amélioration des cycles rapides afin d'adapter les modèles de procédures cliniques aux contextes locaux. Alors que la plupart des organisations établissent une structure de gestion qui reflète les flux financiers, Intermountain a conçu une structure basée sur les procédures cliniques.

Une grande partie de l'élaboration du protocole clinique a eu lieu dans les hôpitaux d'Intermountain, mais les efforts de refonte clinique ont également porté sur les soins primaires. Les cliniques de soins primaires de l'IHC ont mis à l'épreuve un modèle de gestion des soins aux malades chroniques dans lequel les gestionnaires des services travaillent, à l'aide des outils de technologie de l'information, avec des patients, des médecins et d'autres membres du personnel pour surveiller les besoins en soins et aider les patients dans l'autogestion en matière de santé, ainsi que pour cerner et surmonter les obstacles sociaux, financiers et cognitifs à des soins efficaces. Les résultats d'un essai de contrôlé aléatoire de ce programme ont démontré une diminution significative de la mortalité pour les patients qui ont reçu l'intervention et une réduction du recours à des hôpitaux pour certains groupes (Dorr, 2008). Ces résultats ont encouragé l'expansion du programme à d'autres pratiques (Shortell, Gillies et Wu, 2010).

Bien que le système d'information clinique et le travail détaillé sur la conception des procédures cliniques permettent d'assurer que les cliniciens ont accès à la meilleure connaissance possible de la prestation des soins, James estime que la principale voie du succès réside dans le changement de culture; or, les moyens pour changer la culture passent par l'éducation et la participation à l'amélioration de la qualité. James a élaboré, de concert avec d'autres dirigeants de l'IHC, un programme pour le personnel clinique et les dirigeants de l'IHC qui est connu comme le Programme de formation approfondie (PFA). Offert en deux formats (un PFA complet de 20 jours et un « mini-PFA » de 11 jours destiné principalement aux cliniciens), le PFA porte sur des théories, des mesures et des outils pour améliorer la qualité, ainsi que sur les politiques de santé et le leadership. James a consacré une grande partie de ce temps à enseigner dans le cadre de ce programme et a recruté un corps professoral exceptionnel à l'intérieur et à l'extérieur de l'Intermountain Healthcare. Le PFA qui exige que les participants appliquent leurs connaissances à un projet d'amélioration dans leur propre milieu, lie les participants du cours aux membres du personnel de l'Institut qui fournissent des conseils d'experts et le soutien d'encadrement entre les séances d'apprentissage. Depuis 1991, tous les cadres supérieurs de l'IHC, y compris les 30 à 40 médecins-chefs, doivent avoir terminé avec succès le PFA complet. Alors que les projets mis en œuvre par les participants du PFA ont aussi grandement contribué à l'amélioration de la qualité et à la réduction des coûts, l'apprentissage partagé entre les hauts dirigeants et des cliniciens expérimentés a donné lieu à la création d'un langage et des outils communs pour évaluer le rendement et mobiliser le personnel.

5.3 Southcentral Foundation, Alaska

La Southcentral Foundation en Alaska est un système de santé sans but lucratif qui régit les services de santé pour une population autochtone de l'Alaska d'environ 55 000 personnes, dont 45 000 vivent dans la région d'Anchorage et 10 000, dans 55 villages éloignés accessibles uniquement par avion. La Southcentral Foundation a été créée en 1982 et, depuis lors, elle est chargée progressivement de fournir des soins et des services aux Autochtones de l'Alaska. Au début des années 1990, les dirigeants autochtones de l'Alaska et ceux de la Southcentral ont établi un ambitieux programme d'amélioration de la qualité des soins tout en limitant l'augmentation de leurs coûts. La Southcentral Foundation a assumé, en 1999, la pleine responsabilité du système de soins primaires pour toute la région et est devenue maintenant copropriétaire et cogestionnaire des établissements hospitaliers avec l'Alaska Tribal Health Consortium. Son budget est passé de 3 millions à 200 millions de dollars américains, en date de janvier 2011, une croissance qui s'accompagne d'une augmentation de leur responsabilité dans la prestation des soins et des services. La Southcentral Foundation, qui compte environ 1 400 employés dont 53 p. 100 sont des Autochtones de l'Alaska ou les Indiens d'Amérique, offre un cas intéressant de la transformation du système de santé en raison de sa détermination de transformer le système pour répondre aux besoins de sa communauté. Elle a démontré une amélioration continue des résultats malgré une augmentation annuelle de la population de 7 p. 100 et une croissance de 2 p. 100 des ressources allouées pour répondre à ces besoins.

Il y a dix ans, la Southcentral Fondation, à l'instar de nombreux autres systèmes, avait de longues listes d'attente, des soins impersonnels, des patients mécontents et des employés insatisfaits (Gottlieb, Sylvester et Eby, 2008). Au cours de la dernière décennie, elle a transformé la prestation des services de santé, créé un système reconnu pour son engagement envers les patients et obtenu d'excellents résultats. La transformation a commencé par la réorientation de la priorité accordée aux activités vers les relations avec les patients (Gottlieb, Sylvester et Eby, 2008). La Fondation vise à offrir des services aux « clients propriétaires » du système dans une perspective holistique de la santé qui est ancrée dans les valeurs culturelles des Autochtones de l'Alaska. Les dirigeants de la Southcentral Foundation constatent que les modèles actuels d'organisation des systèmes de santé échouent parce qu'ils sont basés sur une philosophie inappropriée, une mauvaise utilisation de la main-d'œuvre et une conception inefficace (Eby et Galbreath, 2010). Le système de la Southcentral Foundation a été élaboré selon la prémisse que ce sont les « clients propriétaires » qui devraient contrôler les résultats de santé dans la plupart des cas. Selon la philosophie de la Southcentral Foundation, un système qui aspire à une meilleure santé (et pas seulement des soins en réponse à la maladie) devrait changer la relation qu'il entretient avec ses clients. Elle a donc élaboré le modèle Nuka qui reflète la vision que la population autochtone de l'Alaska a d'un système très performant. Le modèle Nuka est basé sur les principes que : 1) les clients sont rois (le système est axé sur les patients); 2) l'équipe de soins est connue des gens et bénéficie de leur confiance; 3) les clients ne doivent faire face à aucun obstacle dans la recherche de soins et 4) les membres du personnel et les installations de soutien sont essentiels à la réussite (Eby, 2009). Cette vision a été la force motrice pour une refonte complète du système afin de mieux répondre aux besoins de la population. De nombreuses stratégies ont été élaborées pour assurer que la voix des clients fait partie intégrante de la conception des soins et services. En outre, le système est maintenant totalement régi par les peuples autochtones de l'Alaska.

Les dirigeants de la Southcentral Foundation ont reconnu que, pour transformer la prestation des services, ils devaient former des équipes de soins de santé plus réactifs qui pourraient établir des relations à long terme avec les patients, fournir des services de soins primaires et coordonner d'autres besoins de soins. De petites équipes de soins primaires sont composées d'un médecin (médecin de famille, interniste général ou pédiatre), d'infirmières, d'auxiliaires médicaux et d'un adjoint administratif. Les infirmières coordonnent les soins dispensés aux patients avec d'autres fournisseurs, y compris des spécialistes, des sages-femmes, des pharmaciens et des nutritionnistes, qui sont affectés au soutien des équipes de soins primaires. L'accès

le jour même aux médecins est une pratique courante. Les patients peuvent téléphoner et prendre des dispositions pour consulter leurs fournisseurs de soins primaires le même jour s'ils téléphonent vers 16 h et arrivent à 16 h 30. Grâce à ce système d'accès ouvert, de 70 à 80 pour cent des créneaux de rendez-vous sont ouverts au début de chaque journée. Les équipes essaient de répondre aux besoins du patient par téléphone et planifient des visites pour les patients qui ont besoin de consultation à la clinique. Les équipes sont plus efficaces, car leurs membres travaillent en parallèle plutôt que d'avoir un médecin qui sert de contrôleur d'accès à tous les services. Cette approche réduit les délais d'accès aux soins et accélère l'aiguillage vers d'autres membres de l'équipe. On encourage l'utilisation du téléphone et du courriel, dans la mesure du possible, pour réduire le nombre de consultations au cabinet, bien que le système ne rembourse pas les fournisseurs pour ces interventions.

Les membres des équipes communiquent souvent entre eux et échangent de l'information dans le cadre de conférences et de réunions d'équipe tenues régulièrement. En outre, les équipes reçoivent tous les mois des rapports qui fournissent des renseignements détaillés sur leur performance au regard des indicateurs et des moyennes cliniques, ainsi que des résultats de référence.

Compte tenu de l'importance de la fonction d'une équipe efficace dans la prestation des soins, la Southcentral Foundation accorde une grande attention au recrutement du personnel, y compris des médecins. Elle cherche des membres du personnel qui partagent sa vision d'un système axé sur le client. Ses valeurs et sa mission sont communiquées lors de l'orientation du personnel et un système de mentorat soutient le nouveau personnel dans l'apprentissage de la vision et des principes qui sous-tendent le système de la Southcentral Foundation. La direction de cette dernière considère les relations entre le personnel et les patients comme un élément central de ses stratégies d'amélioration. L'efficacité dicte l'utilisation de l'effectif dans le système. « Tous les membres de l'équipe doivent travailler au meilleur de leurs capacités : les médecins donnent du travail aux infirmières, les infirmières donnant du travail à un adjoint administratif et ainsi de suite » (Gottlieb, Sylvester et Eby, 2008). Les médecins qui ne parviennent pas à déléguer suffisamment aux membres de l'équipe et autres professionnels de santé ne sont pas payés davantage pour leurs longues heures de travail. Les médecins sont rémunérés en fonction du rendement de l'équipe et non du nombre de consultations qu'ils donnent par jour. Leurs contrats sont examinés chaque année et les médecins sont alors admissibles à des augmentations au mérite.

Chaque employé de la Southcentral Foundation doit bien connaître les méthodes de base d'amélioration de la qualité et les appliquer dans leur travail. Le personnel de la Southcentral croit qu'en confiant la tâche d'amélioration de la qualité à quelques personnes seulement, on réduit la capacité organisationnelle à atteindre l'objectif de la transformation de l'ensemble du système. Ainsi, les investissements sont effectués et le soutien est fourni en vue de développer l'effectif pour améliorer les soins, et ce, à l'échelle de l'organisation. Financée par le *Center for Workforce Development* qui a été mis sur pied en 2001 par la Southcentral Foundation à l'*Alaska Native Medical Campus*, la première semaine de l'orientation de tout nouvel employé porte sur les méthodes d'amélioration de la qualité. Des équipes d'amélioration ont été formées dans tout le système, selon l'approche d'amélioration de la qualité de l'IHI, pour déterminer et mettre à l'épreuve les changements à l'aide du modèle d'amélioration « The Plan-Do-Study-Act » ou PDSA [Planifier-Exécuter-Étudier-Agir] afin de combler les lacunes de rendement.

La Southcentral Foundation a reçu de nombreux prix en reconnaissance de ses efforts d'amélioration et de son succès, notamment le prix *Patient Centered Medical Home™* décerné, en 2010, par la *National Committee on Quality Assurance* (NCQA) [Comité national sur l'assurance qualité]. Ce prix a déterminé les réalisations de la Southcentral Foundation dans la création d'un solide système de soins primaires qui fait participer les patients et qui offre une vaste gamme de services de prévention et de traitement. En

effet les équipes de soins primaires à la Southcentral Foundation représentent les unités fondamentales de prestation des services de santé et de coordination des soins avec des spécialistes et d'autres fournisseurs. La Southcentral Foundation assure le fonctionnement de l'*Alaska Native Hospital*, le seul centre de traumatologie de niveau II en Alaska, de concert avec l'*Alaska Native Health Consortium*. D'une façon générale, la Southcentral Foundation a réalisé des améliorations notables dans un certain nombre de domaines clés, y compris l'accès le jour même aux soins qui a conduit à une diminution du nombre de coûteuses visites aux services d'urgence d'environ de 50 p. 100, de consultations en soins spécialisés et en soins primaires de 65 p. 100 et 20 p. 100 respectivement, et d'hospitalisations de 53 p. 100 (Eby, 2009). Dans un exposé donné récemment, les dirigeants de la Southcentral Foundation ont indiqué que ces économies allaient toutes de pair avec de meilleurs résultats de santé (c'est-à-dire des baisses de taux de césarienne, l'amélioration de taux de vaccination infantile et d'autres mesures). La satisfaction des patients à l'égard des services est élevée (91 p. 100) tandis que le roulement de personnel est inférieur à 12 p. 100 par an (Eby et Ross, 2008; Gottlieb, Sylvester et Eby, 2008).

La refonte des soins souligne les réalisations de la Southcentral Foundation et concerne surtout la prestation de soins primaires qui répond aux besoins des patients. Un groupe de visiteurs de *CareOregon* ont dégagé cinq principes principaux dans les soins dispensés par la Southcentral Foundation, à savoir :

1. des soins axés sur le patient : faire participer le patient à la conception et à l'évaluation des soins qui prennent en compte les valeurs, les préférences et les besoins du patient;
2. des soins en équipe : le recours à des équipes pour rendre les soins plus efficaces et s'assurer que tous les membres de l'équipe travaillent au meilleur de leurs habilités;
3. un groupe proactif pour l'amélioration de la santé : attribuer un groupe de patients à une équipe de fournisseurs qui, de façon proactive, détermine les besoins de soins préventifs et y répond;
4. l'intégration de la santé comportementale : inclure un praticien de la santé comportementale dans l'équipe pour déterminer les obstacles à l'autogestion des soins ainsi que pour dépister et traiter les problèmes d'humeur et de comportement;
5. un accès sans obstacle : la suppression des obstacles qui se dressent sur la voie des soins rapides et appropriés, tels que la langue, la culture, l'attitude, l'heure et le lieu. (Klein et McCarthy, 2010).

Les dirigeants de la Southcentral Foundation ont travaillé avec leur collectivité pour élaborer une vision radicale de la refonte du système. Ils ont formulé cette vision en tenant compte de la primauté des soins primaires et des opinions des clients sur leur système de santé. Leur plan stratégique a été élaboré avec des liens clairs avec les plans budgétaires. La diffusion du plan dans toute l'organisation est assurée par divers mécanismes, y compris l'évaluation du rendement annuel. Les dirigeants ont également utilisé des histoires réelles des patients pour illustrer la différence faite par un système axé sur la clientèle aux soins prodigués aux membres de la collectivité. Les conseillers en amélioration appuient les quatre principaux comités qui travaillent sur les grands objectifs organisationnels, notamment le fonctionnement, l'assurance de la qualité, l'amélioration des processus et l'amélioration de la qualité clinique.

Les stratégies de la direction de la Southcentral Foundation pour remanier radicalement son système s'inscrivent dans l'idée d'un « système centré sur le patient », mais ces dirigeants ont poussé encore plus loin ce principe en concevant un système qui est orienté vers le client. Ils ont élaboré un vaste éventail de stratégies pour écouter les clients et assurer de leur influence dans la conception du système. Par exemple, ils s'appuient sur les *Tribal Advisory Groups*, le *Head Start Advisory*, le *Traditional Healing Elders' Council* et les représentants du service à la clientèle, ainsi que sur des sondages, des groupes de discussion, des

forums publics et des enquêtes écrites sur les normes de l'industrie. Ils ont également utilisé d'autres outils, dont le tableau de bord équilibré pour améliorer l'utilisation des renseignements concernant la performance du système et les effets des changements apportés sur l'amélioration de cette performance.

Un leadership stable au niveau des cadres supérieurs (Katherine Gottlieb a été présidente et directrice générale depuis 1999) et dans le Native Council (qui sert d'organe de gouvernance du système de santé) a permis à la Southcentral Foundation d'établir et de maintenir l'accent sur sa vision et ses objectifs stratégiques. La dévolution de la gouvernance du système à la communauté locale a également renforcé sa vision et l'importance qu'elle accorde aux besoins de la population.

D'une façon générale, l'histoire du système de santé de la Southcentral Foundation en Alaska illustre comment un système peut être radicalement remanié pour répondre aux besoins et attentes de sa population. La direction de la Southcentral Foundation et sa communauté de « clients propriétaires » ont conçu et continuent à adopter une philosophie ambitieuse et fondamentale qui s'éloigne de la façon de faire manière habituelle. Son histoire révèle aussi l'importance d'une harmonisation optimale des différentes composantes du système (gouvernance, planification, ressources humaines et finances) pour écarter le système de ses principes de fonctionnement habituels. Dans son parcours de transformation, la Southcentral Foundation a réalisé d'importantes améliorations de la performance. Il faut toutefois continuer à se pencher sur d'importants enjeux de santé et sociaux dans les années à venir. Par exemple, les questions de violence domestique, de maltraitance, de négligence et d'agressions sexuelles sont des problèmes graves au sein des collectivités que la Southcentral Foundation devra régler plus directement. La Southcentral Foundation s'est associée à la *Family Wellness Warriors Initiative* (Gottlieb, 2007) pour aider à résoudre les problèmes de violence domestique, d'abus et de négligence dans la communauté autochtone de l'Alaska. Elle a fourni à ses employés de la formation et des outils pour améliorer les interactions et les relations avec les patients. Ces efforts suggèrent que la Southcentral Foundation cherche de nouveaux moyens pour consolider ses relations avec ses patients et les collectivités qu'elle dessert, en cernant les grands enjeux en santé publique qui sous-tendent les problèmes médicaux apparus dans ses cliniques. Il sera intéressant de suivre les progrès que la Southcentral Foundation accomplira pour faire face à ces problèmes et les stratégies auxquelles elle aura recours pour soutenir la création d'un environnement plus sûr au sein de la communauté.

6 ANALYSE : LES DIX THÈMES FONDAMENTAUX SOUS-JACENTS À LA TRANSFORMATION

Bien que ces trois systèmes diffèrent dans leur emplacement et leur taille, dans l'orientation de leur approche stratégique et le moment choisi pour améliorer les soins, un certain nombre de thèmes communs émergent. Dans cette section, nous examinons chacun de ces thèmes du point de vue des trois systèmes décrits ci-dessus.

6.1 Amélioration de la qualité et du système comme une stratégie essentielle

La transformation est un processus lent qui nécessite une stratégie claire et soutenue au fil du temps. Chacun des systèmes décrits ci-dessus s'est consacré, pendant une décennie ou plus, au développement des capacités d'analyse des tendances actuelles des soins, d'amélioration de la prestation des services de santé et de généralisation de nouvelles pratiques. Pour se donner une perspective à long terme, il faut une stratégie délibérée et soutenue visant à améliorer la qualité et les services. Par exemple, le Conseil de comté de Jönköping en Suède a mis, depuis plus de 15 ans, l'accent sur l'atteinte d'un rendement financier solide, ainsi que sur l'amélioration stratégique de la qualité. Ce faisant, il a cherché à faire passer les

patients et les clients en premier : à l'aide du personnage d'Esther, il a exploré les besoins, amélioré les soins et surmonté les conflits entre les fournisseurs. Les comparaisons de la performance des conseils de comté en Suède sur une série de mesures montrent que Jönköping se classe en haut de l'échelle pour la plupart des mesures (Cedarqvist, 2005). Ses réalisations ont été reconnues dans un certain nombre d'études (Ovretveit et Staines, 2007).

L'Intermountain Healthcare a émergé comme l'un des systèmes de santé prééminents des États-Unis et a été reconnu par le président Barack Obama et d'autres comme un modèle de prestation des services de santé de grande qualité et à plus bas des coûts inférieurs à la moyenne (Leonhardt, 2009). Les dirigeants de l'Intermountain ont aidé le système à s'acquitter de sa mission qui consiste à atteindre « l'excellence dans la prestation de services de santé aux collectivités de la région d'Intermountain ». Des efforts soutenus pour analyser et améliorer les soins ont donné des résultats novateurs dans de nombreux domaines.

La Southcentral Foundation s'est concentrée sur la prestation des soins et des services qui répondent aux attentes et aux besoins de la population autochtones de l'Alaska, tout en se souciant constamment de la discipline financière. Ses dirigeants ont axé la refonte du système sur les soins primaires en équipe ainsi que sur la nécessité que les « clients propriétaires » aient le contrôle des soins qu'ils reçoivent.

Dans chacun des trois cas, nous pouvons observer un parcours vers une amélioration soutenue sur une longue période de temps. Ces progrès graduels s'accompagnent de changements majeurs dans la conception du système. Par exemple, l'attention que la Southcentral Foundation accorde aux soins primaires illustre l'importance de reconnaître les possibilités et d'agir en conséquence pour concrétiser les nouvelles vision et mission. La direction de la Southcentral Foundation du Centre-Sud a acquis la conviction que la façon habituelle d'exploiter le système—une façon qui était le fondement de l'approche précédente—reposait sur une philosophie erronée, une mauvaise conception des soins et une utilisation inefficace des ressources humaines.

6.2 Capacités et compétences organisationnelles pour appuyer l'amélioration de la performance

Dans chacun des trois systèmes, on observe une harmonisation entre la structure et les capacités organisationnelles et les objectifs d'amélioration. Par exemple, l'Intermountain a élaboré une structure dans le milieu des 1990 où les équipes de développement aux niveaux organisationnel et clinique et celles de gestion de programme au niveau régional ont joué un rôle clé dans la conduite de la stratégie d'amélioration. La formation des équipes de soins primaires à la Southcentral Foundation et l'importance qu'elle accorde à l'établissement de relations avec les patients et la prestation et la coordination des soins sont au cœur de sa stratégie d'amélioration. Sa mise en œuvre d'un centre de développement de ressources humaines illustre également la nécessité de soutenir le personnel dans leurs efforts d'amélioration.

En ce qui concerne le développement des compétences et des capacités en amélioration, les trois cas y ont investi considérablement. Un exemple concret de cet investissement est le Kulturum—un « lieu de rencontre pour la qualité et la culture »—qui sert de centre d'apprentissage et d'amélioration de la qualité de Jönköping. Près de la moitié des 9 000 employés du Conseil de comté ont reçu une formation sur l'amélioration de la qualité à Kulturum. Une grande partie du travail effectué à Jönköping s'inspire des liens avec des chefs de file internationaux en matière d'amélioration de la qualité comme Paul Batalden et Don Berwick. À l'Intermountain Healthcare, le Programme de formation avancée est devenu une composante nécessaire de la formation et du perfectionnement en leadership.

Chacun des trois cas suggère qu'une amélioration importante nécessite la gestion et la mise en œuvre de multiples changements au sein du système. Des efforts sont déployés pour renouveler l'organisation du

travail, pour améliorer les compétences du personnel et pour changer la vision qui anime la prestation des soins et des services. Les stratégies visant à faire participer les patients ou clients aux divers mécanismes (en utilisant un patient virtuel à Jönköping et des histoires de patients à Southcentral Foundation) jouent un rôle décisif dans le changement de la mentalité des fournisseurs à l'égard de l'amélioration. Le développement des compétences du personnel comprend des techniques d'amélioration et le partage d'une vision commune qui soutiendra les efforts d'amélioration. La refonte du système peut également intégrer la mise en œuvre de nouvelles incitations pour les fournisseurs. Dans le cas de la Southcentral Foundation, les médecins sont payés en vertu d'un nouveau régime incitatif qui valorise le travail en équipes interprofessionnelles. Les incitations économiques ne sont toutefois qu'un élément de la stratégie d'amélioration et les initiatives pour établir une vision commune, des objectifs d'amélioration claire ainsi que le rôle des clients-propriétaires dans la conduite du système s'avèrent également essentielles dans la refonte du système. Les incitations économiques peuvent jouer un rôle habilitant, mais ne semblent pas suffisantes pour produire les gains d'amélioration à long terme. Bien que les incitations aident les cliniciens à se concentrer sur des objectifs clés du système, tous les trois systèmes ont souligné la nécessité de les mobiliser et de développer leurs compétences dans l'analyse des traitements et l'amélioration de la prestation des soins, plutôt de compter seulement sur les incitations. (Burns et Muller en arrivent à une conclusion semblable dans leur analyse des données probantes concernant les effets des facteurs économiques sur l'intégration clinique des médecins dans des systèmes de santé (Burns et Muller, 2008).)

6.3 De solides équipes de soins primaires au cœur du système de prestation

Selon un grand nombre de commentaires sur le système de santé, la mise en place d'un système de soins primaires plus efficace est une étape essentielle de la création d'un système de santé global plus performant (Nutting et coll., 2011; Nasmith, Ballem, Baxter et coll., 2010; Conseil canadien de la santé, 2009). Chacune de ces trois études de cas illustre l'importance d'un système de soins primaires solides et bien intégrés pour la performance de l'ensemble du système. Pour la Southcentral Foundation, la transformation de son système de soins de santé primaires a le principal facteur qui permet de mettre sur pied un système de santé plus réactif et plus efficace. Les équipes de soins primaires à la Southcentral Foundation ont intégré un certain nombre d'éléments de conception novateurs qui soutiennent la prestation de soins primaires en équipe et la participation du patient. Par exemple, la conception physique à l'*Anchorage Native Primary Care Center* crée un environnement qui encourage l'interaction entre les membres de l'équipe, en minimisant la nécessité de réunions formelles : des « salles de conversation » sont disponibles pour promouvoir l'établissement de relations entre les patients et le personnel. Les infirmières gestionnaires de cas assument un rôle de premier plan dans la coordination des soins et les membres de l'équipe exercent pleinement selon leur champ de pratique et une division du travail favorable au fonctionnement efficace de l'équipe. La Southcentral s'est avérée également efficace dans l'identification et la mise en œuvre des changements du système qui permettent d'améliorer la réceptivité des soins. La mise en place de rendez-vous avec accès ouverts (Murray et Tantau, 1998), par exemple, permet aux équipes de soins primaires à voir des patients le jour même, et l'utilisation du courriel et du téléphone sert aussi à cultiver les interactions avec les patients. L'amélioration des relations avec les patients contribue à bâtir la confiance et à créer un environnement où des préoccupations plus graves comme la violence domestique, les abus et la négligence peuvent être soulevées et où les domaines de choix personnels, tels que les habitudes alimentaires, l'exercice et la consommation abusive d'alcools et d'autres drogues peuvent être abordés (Eby, 2007).

À Jönköping, on a mis l'accent sur l'amélioration de la coordination du système et sur le renforcement des soins primaires afin d'assurer que les patients reçoivent les soins appropriés. Jönköping a embrassé l'idée de « microsystèmes » (Nelson, Batalden et Godfrey, 2007) comme une unité de base pour améliorer tant les soins primaires que la pratique en milieu hospitalier. Jönköping a réduit le nombre d'hospitalisations pour asthme pédiatrique de 22 à 7 p. 10 000. Le taux de vaccination contre la grippe a également augmenté de 30 p. 100 (sur quatre ans), ce qui se traduit par des réductions substantielles dans l'admission des soins hospitaliers aigus ainsi que de la morbidité et de la mortalité de la population âgée.

Les soins primaires, l'un des programmes prioritaires à l'Intermountain Healthcare, ont toujours été un élément central de l'élaboration de protocoles cliniques : une équipe d'experts cliniques et en processus produit des modèles de processus de soins éclairés par les données probantes sur des pratiques exemplaires et par la rétroaction des collègues cliniciens. Le Programme clinique de soins primaires comprend une équipe consacrée au diabète sucré et composée de médecins et d'infirmiers en soins primaires de première ligne ainsi que de diabétologues. Ensemble, l'équipe examine les pratiques actuelles et les résultats de nouvelles recherches, et contribue à intégrer le modèle de processus de soins dans le système d'aide à la décision (James et Lazar, 2007).

6.4 Faire participer le patient à son traitement et à la conception des soins

Le recours de Jönköping à « Esther » symbolise l'importance de la restructuration des soins axés sur les besoins et les préférences des patients. La matérialisation initiale de l'idée d'Esther avait pour but de canaliser les discussions concernant les changements du système sur les besoins des patients. Aujourd'hui, il y a des « entraîneurs Esther » qui aident à tenir compte de la perspective du patient dans la pratique quotidienne. Ces entraîneurs sont principalement des infirmiers assistants chargés d'aider leurs collègues à se concentrer sur l'amélioration des soins afin de répondre aux besoins des patients.

La Southcentral Foundation a pour mission d'améliorer les relations avec les patients, considérés comme des « clients propriétaires », en élaborant le système de soins conçus en fonction des besoins de ces derniers. L'accès aux soins a été optimisé pour surmonter les obstacles géographiques, linguistiques et culturels et pour fournir des services que les gens veulent et de la façon dont ils les veulent, c.-à-d. au moyen des visites individuelles ou de groupe, par téléphone ou par courriel, etc. (Eby, 2007).

Bechtel et Ness (2010) notent qu'« un véritable système de santé axé sur le patient doit être conçu de façon à intégrer les caractéristiques qui sont importantes pour le patient, notamment des soins aux « patients dans leur globalité », une communication et une coordination intégrées, le soutien et l'autonomisation des patients, et un accès facile. Sans ces caractéristiques et sans l'apport des consommateurs dans la conception ainsi que dans la pratique continue et l'évaluation de nouveaux modèles, les patients peuvent rejeter de nouvelles approches » [traduction libre].

6.5 Promouvoir des cultures professionnelles qui appuient le travail d'équipe, l'amélioration continue et la participation du patient

Les réalisations de la Southcentral Foundation, de Jönköping et d'Intermountain sont sous-tendues par un engagement à construire une culture professionnelle qui favorise l'amélioration, la participation du patient et le travail d'équipe. Le message de Karlsson, l'ancien PDG de Jönköping, à tous les membres du personnel—« tout le monde a deux emplois, à savoir améliorer les soins et fournir des soins »—souligne l'importance de la transformation. À Jönköping, on s'attend à ce que tous les employés aient pour

responsabilité d'améliorer le travail et que les renseignements et les résultats sur la performance soient transparents (Jönköping County Council, 2004).

Les efforts en matière d'éducation et de développement organisationnel déployés à grande échelle étaient liés à des initiatives de qualité afin que le personnel apprenne de nouvelles idées et de nouvelles philosophies ainsi que de nouveaux outils. Le Qulturum symbolise le poids de cet effort dans la stratégie de Jönköping, tout comme le Programme de formation avancée à Intermountain. Tant Brent James (à l'IHC) que Goren Henriks (à Jönköping) ont considéré que l'éducation est un levier essentiel pour changer la culture et y ont consacré une majeure partie de leur temps.

Le travail d'équipe et la création de microsystemes très performants sont également essentiels à la transformation. La Southcentral Foundation a insisté sur le recrutement et la formation des personnes qui peuvent travailler dans son « nouveau modèle de soins ». L'établissement de nouvelles relations basées sur des niveaux élevés d'interaction et de confiance, ainsi que sur des flux de travail parallèle au lieu des relations hiérarchiques traditionnelles entre le personnel dépend des valeurs et de nouveaux modes de travail quotidien.

6.6 Une intégration plus efficace des soins qui favorise des transitions harmonieuses

Les améliorations dans l'organisation et le fonctionnement des microsystemes donnent de meilleurs résultats et les patients comptent sur de multiples microsystemes dans le milieu hospitalier et communautaire. Compte tenu de l'interdépendance entre les différents niveaux de soins du système, l'amélioration de la qualité exige également l'amélioration des transitions des patients entre ces niveaux, du transfert de l'information et de la coordination des soins. En mettant l'accent sur les procédures et l'intégration, l'Intermountain Healthcare reconnaît explicitement la manière dont les microsystemes cliniques de première ligne sont liés entre eux et qu'ils forment de plus vastes « mésosystemes » et programmes de soins. Ces mésosystemes servent des patients ayant des besoins précis, en intégrant des processus séquentiels et en soutenant des unités cliniques parallèles tout au long du continuum des soins (James et Lazar, 2007 : 96).

Jönköping a élaboré un certain nombre de schémas du système pour aider à comprendre les relations entre ses différents éléments et, en particulier, entre les différents niveaux de soins. Mats Bojestig, le médecin-chef à Jönköping, signale l'importante réorientation de la priorité accordée aux unités fonctionnelles du système (hôpital, soins primaires, pharmacie, etc.) vers le flux des patients à travers ces unités. Après Deming et d'autres, les dirigeants de Jönköping ont essayé de faire en sorte que les soins soient des activités et des parties des processus organisés suivant les valeurs prioritaires des patients (Bojestig, 2010).

L'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires à la Southcentral Foundation a consisté, entre autres, à affecter des médecins spécialistes et d'autres fournisseurs qui offrent du soutien à l'équipe de soins primaires. Les infirmières coordinatrices de l'équipe aident également les patients à naviguer à travers le système.

6.7 L'information comme une plateforme pour guider l'amélioration

L'Intermountain Health Care en Utah possède un des systèmes d'information clinique les plus sophistiqués en usage partout dans le monde. Il est conçu pour fournir de l'information et aider à la décision au point de soins, mais aussi pour soutenir l'analyse au niveau des microsystemes, des programmes, des régions et des systèmes et pour lier les informations cliniques aux renseignements financiers et à d'autres données pertinentes. Chaque programme clinique a accès presque en temps réel à des données qui permettraient

de déterminer les projets d'amélioration et de suivre de près les effets des changements apportés pour améliorer les soins, par exemple, en surveillant, dans les services de soins primaires, les soins aux patients souffrant d'asthme et de diabète, ainsi que les résultats pour les patients qui ont reçu des soins dans les hôpitaux d'Intermountain (James et Lazar, 2007). L'information est importante pour l'Intermountain Health Care tant au sein des microsystèmes pour les aider à améliorer leur performance que dans l'ensemble de l'organisation pour assurer la liaison entre les microsystèmes. Le grand avantage du système d'information clinique de l'Intermountain tient à sa connexion à des activités d'amélioration de la qualité et à la stratégie plus vaste pour élaborer des modèles de procédures cliniques. L'utilisation efficace de l'information est facilitée par la formation en leadership à l'intention des cliniciens ainsi que par la formation sur les méthodes d'amélioration de la qualité.

Bien que Jönköping n'ait pas accès à un système d'information clinique pleinement mis au point, il porte une très grande attention à la détermination et à l'utilisation des mesures pour soutenir l'amélioration. La direction de Jönköping se sert d'un tableau de bord équilibré dans quatre domaines, à savoir les finances, l'expérience des clients, les processus internes et l'apprentissage institutionnel, pour établir et surveiller les objectifs du système (Bodenheimer, Bojestig et Henriks, 2007). À l'aide des données administratives et des renseignements collectés manuellement, Jönköping a mis au point un système de mesures mensuelles qui agit comme un système d'alerte local. La Suède maintient un solide système de registres cliniques nationaux qui s'avèrent une base de connaissances utile pour des initiatives d'amélioration (Baker, MacIntosh-Murray et Porcellato, 2008). Les équipes d'amélioration locales collectent leurs propres mesures de la performance clinique pour suivre de près leur progrès au regard des objectifs cliniques.

L'élaboration et l'utilisation de nouvelles mesures de rendement jouent également un rôle central dans le cas de la Southcentral Foundation. Elle dispose d'un tableau de bord équilibré qui comprend des résultats liés à la gestion des maladies, au service à la clientèle, aux relations, à la prévention des maladies, à la réduction des coûts et à l'utilisation du système. La Southcentral Foundation recueille également une grande variété de données quantitatives et qualitatives sur les expériences et les besoins de ses patients (Eby, 2007; Gottlieb, Sylvester et Eby, 2008). Ces données sont utilisées pour comparer la performance des fournisseurs de soins primaires et pour évaluer l'amélioration des indicateurs clés tels que l'accès aux soins et les mesures globales de la gestion des maladies au fil du temps (Tierney et Hirst, 2011).

Dans tous les cas, la production d'information sur les activités ainsi que sur l'atteinte des objectifs s'accompagne de la détermination à utiliser les données probantes sur les pratiques exemplaires et à comparer la performance avec celle des autres.

6.8 Des stratégies et des méthodes d'apprentissage efficaces aux fins de mise à l'épreuve et d'expansion

La Southcentral Foundation a mis au point un modèle de soins primaires remarquable, en adaptant les éléments tirés d'un certain nombre de sources. Elle a pu offrir l'accès le jour en intégrant l'établissement du calendrier des rendez-vous et le concept de flux de travail du modèle d'accès ouvert (Murray et Tantau, 1998).

Jönköping a aussi connu un succès éclatant dans ses efforts pour déterminer de nouvelles méthodes et de nouveaux outils ainsi que pour les adapter aux environnements locaux. Ses dirigeants ont recouru à des experts et des expériences dans de nombreux différents contextes et ont travaillé pour adapter ces idées à des soins de santé suédois. Par exemple, Jönköping a tenu un « festival de microsystèmes » pendant plusieurs années pour apprendre à optimiser la performance des microsystèmes ainsi que pour tirer des leçons de l'expérience des équipes aux États-Unis et ailleurs.

Les trois systèmes ont tissé des liens étroits, synergiques avec l'*Institute for Healthcare Improvement*. Le travail de l'Intermountain Healthcare sur l'infection chirurgicale et l'infarctus aigu du myocarde, entre autres, a été une importante source d'idées pour la campagne des 100 000 vies d'IHI. Jönköping a fait d'ailleurs partie de la direction de l'élaboration du « cadre à triple objectif » de l'IHI (Berwick, Nolan et Whittington, 2008).

6.9 Des initiatives de leadership qui s'inscrivent dans les objectifs communs et d'autres activités de l'organisation

On a constaté que les trois cas sont dotés d'un leadership capable de mettre de l'avant une vision intégrative pour le changement. Par exemple, dans la Southcentral Foundation, la détermination des dirigeants autochtones de mettre au point un système qui répond pleinement aux attentes et aux valeurs des peuples autochtones de l'Alaska a été à l'origine du parcours d'amélioration. La vision de « clients-propriétaires », qui s'écarte de l'ancienne, donne une perspective intégrative à la restructuration du système et permet non seulement de répertorier différents projets d'amélioration, mais aussi de concevoir et mettre en œuvre des processus d'intégration des activités quotidiennes d'un système.

Alors que nous nous sommes concentrés sur les hauts dirigeants, ces organisations ont clairement réussi à élaborer une vaste stratégie de leadership à l'échelle de l'organisation et surtout à recruter des médecins et d'autres cliniciens et à les faire participer à la direction du système. Jönköping a mis sur pied un forum sur le leadership qui a réuni les dirigeants dans le comté pour déterminer les priorités stratégiques et entamer un dialogue sur la façon de concrétiser ces priorités. L'Intermountain Healthcare a créé un solide programme de développement du leadership qui favorise l'acquisition des compétences en leadership pour l'ensemble du système, ainsi que la création d'une base commune de connaissances et d'un langage commun pour améliorer les performances du système.

Tous ces trois systèmes sont dotés d'une équipe de direction très forte, mais le leadership y est aussi un effort partagé et collectif (Buchanan et coll., 2007). Bien que le travail des PDG qui ont adopté la philosophie d'amélioration de la santé soit bénéfique pour tous, les trois systèmes ont eu des leaders d'opinion influents (Henriks à Jönköping, Eby à Southcentral et James Intermountain) qui ont collaboré étroitement avec ces PDG dans l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de nouvelles activités. D'autre part, la direction des trois systèmes est demeurée stable pendant de longues périodes, la rotation des PDG étant faible.

6.10 Création d'un environnement propice à la réduction des facteurs à court terme qui font obstacle au succès

Les trois systèmes devaient faire face à des défis importants : il n'est pas toujours facile d'adopter une stratégie à long terme pour améliorer les soins, de s'employer à développer des talents et de promouvoir la prestation de soins axés sur le patient dans un plus large contexte national qui récompense des résultats à court terme. Une partie importante de la réussite de ces systèmes tient à leur capacité à cerner les forces importantes qui façonnent leur environnement et à y répondre efficacement. Brent James, David Burton et d'autres à Intermountain ont constaté l'importance de lier une plateforme clinique informatisée efficace à une connaissance sophistiquée de l'amélioration des processus et des systèmes, et ils ont convaincu la direction d'Intermountain à investir, à cette fin, dans l'infrastructure et le capital humain. Jönköping a réussi à maintenir son objectif en dépit des changements dans le climat économique et politique qui pourraient avoir inversé ses efforts pour favoriser la collaboration au sein du système en vue de la refonte

des services de santé. La Southcentral Foundation a dû surmonter des problèmes avec des experts externes qui pensaient qu'ils savaient ce qu'il fallait faire, ainsi qu'avec certaines tribus de l'Alaska qui veulent exercer un contrôle sur la gouvernance des services de santé pour leur peuple. Les responsabilités de gouvernance et de gestion ont été en grande partie transférées aux membres de la population autochtone de l'Alaska, ce qui a permis à la Southcentral Foundation d'établir la priorité des services selon les besoins des clients, ainsi que de mettre en œuvre et financer un modèle de soins appuyé par la communauté (Eby, 2007; Eby et Galbreath, 2010).

7 LEÇONS POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ CANADIENS

Dans cette section, nous déterminons d'abord certaines caractéristiques des systèmes de santé canadiens qui peuvent influencer leur capacité à réaliser des améliorations significatives, puis les conséquences des thèmes issus de l'analyse des trois systèmes porteurs de transformation pour améliorer la performance des systèmes de santé au Canada.

7.1 Contexte des systèmes de santé canadiens

De récents rapports et analyses des changements et des améliorations dans les systèmes de santé canadiens suggèrent que ces derniers ont réalisé des transformations et des améliorations limitées dans des domaines clés où d'importantes lacunes en matière de soins persistent, tels que les soins primaires, la gestion des maladies chroniques, les soins à domicile et la santé mentale (Conseil canadien de la santé, 2008; Schoen et Osborn, 2010; Nasmith, Ballem, Baxter et coll., 2010; Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Alors que de nombreuses initiatives locales partout au Canada déploient des efforts prometteurs pour améliorer les soins et les services, les systèmes de santé font toujours face au défi de réaliser des améliorations de grande envergure. Selon les investissements effectués dans le passé pour renouveler les systèmes de santé canadiens, y compris divers projets à la fin des années 1990 et au début 2000 financés dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), certains organismes locaux de prestation peuvent élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'amélioration. Cependant, l'analyse du Fonds suggère qu'il y a une capacité limitée de diffuser des expériences prometteuses dans le système et d'assurer leur pérennité. Une analyse a résumé la question comme suit :

« De même, il est crucial de cerner les facteurs qui conduisent à une mise en œuvre plus rapide et plus généralisée d'une initiative d'amélioration. Trop souvent, l'étape suivant un projet de démonstration consiste en une autre démonstration plutôt qu'une mise en œuvre à grande échelle, alors qu'il faut, à la suite du FASS, vérifier la volonté de mettre en application des innovations solides et faites au Canada. Si les meilleurs projets ne deviennent pas des modèles pour le système dans son ensemble, il sera important de déterminer les raisons pour lesquelles ils ne le sont pas. Il serait une parodie, si des programmes comme le FASS se retrouvaient, à leur insu, complices de ceux qui veulent empêcher ou retarder le changement en invoquant des excuses pour différer les décisions et attendre les résultats des projets destinés à réaffirmer les conclusions convaincantes dégagées précédemment » (Lewis, 2002:15).

Plusieurs caractéristiques des systèmes de santé canadiens influencent leur capacité d'innovation. L'autonomie de gouvernance des organismes locaux de prestation ou des autorités régionales de la santé leur permet d'expérimenter de nouvelles innovations. Toutefois, non seulement de nombreuses organisations n'ont pas la capacité de déterminer et mettre à l'épreuve de nouvelles approches, mais

l'autonomie peut aussi limiter la diffusion des innovations qui ont du succès dans des contextes locaux. L'autonomie et le statut de fournisseur indépendant des médecins peuvent aussi freiner l'innovation. Les gouvernements et les organismes de prestation de services de santé ont essayé de faire participer des médecins aux changements, mais il faut découpler les efforts pour encourager ces derniers à adhérer et à participer aux changements au niveau du système.

Certains développements récents dans les systèmes de santé canadiens présentent de nouvelles pistes d'innovation et d'amélioration. Le gouvernement de l'Ontario a adopté une nouvelle législation qui porte sur l'amélioration de la qualité des soins. La création du Health Quality Council [Conseil de la qualité en santé] de la Saskatchewan et des organismes similaires dans plusieurs autres provinces appuie les améliorations fondées sur la pratique. La mise sur pied d'organismes d'évaluation des technologies de la santé, comme l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), fournit un mécanisme pour traduire les preuves d'efficacité en financement et autres décisions. D'autre part, la disponibilité croissante de renseignements pour surveiller les changements et les améliorations (par exemple, les données de l'ICIS sur l'utilisation des ressources et des services dans diverses provinces) facilite et encourage les initiatives visant à améliorer les soins et services. La perception généralisée de la nécessité de rééquilibrer le système en faveur des soins primaires et de la gestion des maladies chroniques et de longue durée fournit également un cadre favorable à l'amélioration. Enfin, l'élan politique créé par l'expiration de l'Accord sur la santé au Canada en 2014 et les préoccupations quant à la viabilité du système peuvent constituer une occasion d'évaluer des initiatives antérieures et d'élaborer des stratégies novatrices pour soutenir des améliorations de grande envergure. Cependant, les efforts déployés à grande échelle pour améliorer la performance ne portent fruit que si les initiatives et les investissements sont axés sur les principaux leviers stratégiques décrits dans la section suivante.

7.2 Incidences pour les systèmes de santé canadiens

Les incidences des leçons tirées de l'étude comparative de trois systèmes novateurs pour les systèmes de santé canadiens sont discutées par rapport à quatre dimensions : des institutions et un contexte favorables, le renforcement des capacités et le leadership en matière d'amélioration, des domaines d'amélioration prioritaires et la participation du patient. Ces dimensions réitèrent les 10 thèmes principaux étudiés ci-dessus et portent sur les ressources et les processus nécessaires pour apporter des améliorations d'envergure à la performance des systèmes de santé au Canada. Bien que tous ces thèmes soient pertinents pour les systèmes provinciaux et territoriaux, les leçons tirées de cette analyse devront être adaptées pour les différentes entités provinciales et territoriales, et en fonction des divers défis auxquels ces systèmes peuvent faire face dans les prochaines années. Les thèmes interagissent et se renforcent. Le succès remporté seulement dans certains domaines peut être insuffisant pour atteindre une performance optimale.

Institutions et contexte favorables

Les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ont été soutenus récemment par la formation d'institutions d'appui comme les conseils de la qualité dans de nombreuses provinces. Ces conseils ont des mandats clairs d'appuyer l'amélioration dans les systèmes de santé et de contribuer à l'augmentation d'autres ressources institutionnelles et organisationnelles en offrant de la formation, en soutenant des initiatives de collaboration entre les organisations et en effectuant de la recherche appliquée sur les approches d'amélioration et d'apprentissage dans les provinces et territoires et les systèmes. Ces institutions peuvent également soutenir l'élaboration de lignes directrices ainsi que leur mise en œuvre auprès des organismes de prestation et des fournisseurs.

Ces conseils de la qualité peuvent aussi constituer une ressource viable pour des organisations face à de plus vastes restructuration et réorganisation. Ils représentent une solution de rechange à l'actuelle approche de la réforme des systèmes de santé, en se concentrant moins sur la réorganisation du système et plus sur des facteurs et des processus favorables à l'amélioration. À plusieurs reprises, les différents acteurs des systèmes de santé se plaignent de l'incidence des décisions politiques sur le fonctionnement quotidien du système. Les conseils de la qualité peuvent intervenir dans ces changements et fournir aux organisations les ressources et l'expertise pour aborder les stratégies d'amélioration.

En outre, plusieurs provinces peuvent recourir à leurs structures de gouvernance actuelles, telles que les autorités régionales de la santé, pour consolider la responsabilité dans l'appui à l'amélioration au sein des organismes de prestation. Plusieurs gouvernements provinciaux, dont la Colombie-Britannique et l'Ontario, sont devenus plus dirigistes au chapitre de la performance de qualité comme la sécurité des patients et les mesures de contrôle des infections. Pourtant, le potentiel des structures régionales associées à des institutions, comme les conseils de la qualité, n'a pas été pleinement exploité dans la plupart des provinces, à l'exception du vaste programme d'activités et d'orientation stratégique sur la qualité de la Saskatchewan (qui réunit le conseil de la qualité en santé, les autorités sanitaires et le gouvernement dans une initiative avec des objectifs de qualité et d'amélioration précis) ainsi que des efforts déployés par le *BC Patient Safety and Quality Council* [Conseil pour la qualité et la sécurité des patients de la Colombie-Britannique] pour appuyer les améliorations locales de la sécurité des patients. Il faudrait par ailleurs accroître l'utilisation des données de recherche pour appuyer les efforts systémiques en vue des améliorations (p. ex., Rapport CAT—connaissance/action/transformation, 2010). La recherche sur les résultats et le processus de mise en œuvre des stratégies de transformation de grande envergure peut éclairer les stratégies d'amélioration. Par exemple, la recherche actuelle qui évalue la mise en œuvre à l'échelle provinciale du projet « *Releasing Time to Care* » [Libération du temps pour les soins] en Saskatchewan peut évaluer et orienter ces investissements. (Le projet *Releasing Time to Care* permet au personnel de première ligne d'améliorer la fonction de l'unité des malades hospitalisés en réduisant des activités inutiles et en améliorant le temps de soins directs des infirmières.)

Globalement, les organismes de santé canadiens bénéficieraient d'une attention accrue accordée au renforcement des capacités de gouvernance, d'amélioration de la qualité et de leadership clinique. L'accent mis sur l'élaboration d'une stratégie d'intégration des initiatives d'amélioration qui fait fond sur les capacités de gouvernance existantes et sur les nouveaux organismes comme les conseils de la qualité, est prometteur, mais il serait avantageux pour le système canadien de se fixer explicitement des objectifs ambitieux. De récents rapports sur la performance des systèmes de santé canadiens ont repéré de nombreux domaines qui ont besoin d'amélioration significative (Conseil canadien de la santé, 2011). Les nouveaux défis en matière de gestion des maladies chroniques et la collaboration accrue entre les différents secteurs sont des occasions pour concevoir, appliquer et mettre à l'essai des modalités de prestation et des modèles de soins novateurs. Pourtant, il semble qu'il y ait, dans le système, très peu d'expérience visant à améliorer la collaboration intersectorielle où ensemble les ressources et l'expertise de différents secteurs (santé, éducation, urbanisme) permettent de résoudre des problèmes qui nécessitent une approche plus collective (par exemple dans l'amélioration de la santé mentale).

Par ailleurs, les systèmes de santé canadiens ont peu harmonisé la structure d'incitations et les modes de financement des organismes de prestation ou de paiement des fournisseurs avec des objectifs de qualité. Selon des travaux récents (Sutherland, 2010; Doran et Roland, 2010; Werner et Dudley, 2009), les incitations économiques peuvent être des mesures de facilitation, si elles sont intégrées dans de vastes stratégies d'amélioration, y compris le renforcement des capacités des ressources humaines. Les efforts

pour promouvoir le travail interprofessionnel et mettre sur pied des équipes cliniques plus intégrées peuvent donner lieu à de nouvelles options en matière de gouvernance et d'incitation (Burns & Muller, 2008). L'établissement par les gouvernements provinciaux d'objectifs clairs et bien définis, ainsi qu'un ensemble de buts d'amélioration peut aussi contribuer à attirer l'attention des professionnels et à les mobiliser. Bien qu'en déterminant des domaines prioritaires, on risque de négliger d'autres composantes du système qui ont aussi besoin d'amélioration, l'établissement d'objectifs est essentiel pour harmoniser les activités dans l'ensemble du système.

Le développement et l'utilisation des renseignements pour la prise de décision ont sensiblement progressé au Canada au cours des dix dernières années, et ce, grâce aux efforts considérables déployés par l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres groupes. Cependant, la plupart des systèmes de santé ont encore peu de données provenant des systèmes d'information électroniques, des systèmes qui, même s'ils sont bien développés, consistent principalement en des dossiers de patients, mais qui ne sont pas de véritables entrepôts de données électroniques en appui à la prise de décisions de programme et cliniques comme c'est le cas à Intermountain. L'absence d'initiatives réussies dans certaines provinces a favorisé la mise au point de systèmes locaux et non de plates-formes communes. *Des efforts accrus sont nécessaires pour élaborer une stratégie plus intégrée afin de soutenir la mise en œuvre des outils d'aide à la décision des cliniciens.* Or, bien que les renseignements et les mesures soient certainement des éléments essentiels d'une stratégie d'amélioration, un système de dossiers de santé électroniques avancé ne doit pas être considéré comme une condition préalable des efforts d'amélioration. L'expérience de Jönköping suggère que les organes de gouvernance, les organisations et les équipes cliniques peuvent toujours atteindre des niveaux de performance élevés en s'appuyant sur des renseignements disponibles et des indicateurs élaborés localement pour soutenir leur travail d'amélioration. Le développement et le suivi des indicateurs d'amélioration devraient faire partie du renforcement des capacités pour toutes les organisations. Les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autorités régionales de la santé devraient soutenir le développement et la prestation des programmes de formation pour accroître les capacités locales en matière d'amélioration et de gestion de l'information. Une exploitation plus proactive des indicateurs concernant les processus de soins peut contribuer aux efforts d'amélioration.

L'apprentissage intra et interprovincial est la clé de l'amélioration des systèmes de santé canadiens. Beaucoup d'initiatives prometteuses restent locales. Le défi d'une diffusion réussie des approches novatrices est un enjeu majeur tant au Canada que dans d'autres pays (Buchanan, Fitzgerald et Ketley, 2007). Des échanges et l'apprentissage sont nécessaires pour bien comprendre les initiatives et les projets élaborés dans un contexte différent (un thème repris dans de nombreux articles sur l'apprentissage dans des systèmes complexes). De nos jours, les possibilités d'apprentissage interorganisationnel et interprovincial sont très limitées dans de nombreuses provinces, principalement en raison de la piètre visibilité et des préoccupations relatives aux coûts connexes. Les communautés virtuelles de pratique (CvP) ont gagné en popularité dans de nombreux systèmes de santé. Leur développement au sein des organisations constitue une option pour accroître l'apprentissage avec des déplacements et des coûts limités. L'initiative pancanadienne sur la sécurité des patients, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, a grandement recours aux communautés de pratique ainsi qu'à d'autres moyens d'apprentissage à distance, comme les webinaires. Bate et ses collègues (2004) explorent le potentiel d'une approche basée sur le « mouvement social » pour générer et diffuser l'innovation au sein des systèmes de santé. Leur étude, à l'instar de la littérature sur la viabilité des changements, suggère que de multiples facteurs influent sur le niveau nécessaire de diffusion de l'innovation pour produire une transformation à grande échelle. Il faudrait se pencher davantage sur les mécanismes de coopération et de collaboration entre les équipes dans des organismes de prestation et des autorités régionales de la santé au sein des

provinces ou entre elles pour appuyer mutuellement leurs stratégies d'amélioration. On pourrait aussi allouer des ressources pour soutenir de telles expériences dans des domaines stratégiques clés. Ces échanges devraient se concentrer sur un ensemble limité d'enjeux qui pourraient avoir des répercussions importantes sur l'apprentissage et sur l'amélioration des systèmes.

En résumé, en nous basant sur l'analyse des trois systèmes novateurs, nous suggérons que les dirigeants des systèmes de santé canadiens poursuivent le développement et la consolidation des institutions de soutien ainsi que des facteurs contextuels qui facilitent l'amélioration. Des institutions comme les conseils de la qualité peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion de ces efforts.

Renforcement des capacités et leadership en matière d'amélioration

Les investissements dans les compétences et les connaissances pour soutenir l'amélioration, combinés à des approches systémiques de développement du leadership, contribuent grandement aux efforts locaux d'amélioration et de refonte de système. Un certain nombre d'initiatives pancanadiennes et provinciales de renforcement des capacités sont mises en œuvre dans les systèmes de santé canadiens, notamment le projet *Search Alberta*, le programme FORCES de la FCRSS, les initiatives de l'ICSP et de la FCRSS sur le développement des capacités à l'intention des conseils d'administration, le Collectif pour l'excellence dans la gouvernance de la santé, ainsi que plusieurs initiatives locales financées par des conseils de la qualité et d'autres groupes. Certaines de ces initiatives peuvent offrir des modèles potentiels pour améliorer l'ensemble des systèmes, mais elles se concentrent presque toutes sur l'acquisition des compétences et des connaissances individuelles et moins sur la capacité du système et de l'organisation. Elles ne représentent, par conséquent, qu'un seul aspect d'une approche plus systémique de l'amélioration. Les efforts, que la FCRSS déploie actuellement pour revoir le programme FORCES et l'orienter sur le leadership et les compétences en amélioration des systèmes, sont un pas dans la bonne direction. Le Canada dispose aussi de programmes de formation qu'il faudrait mettre à profit de manière plus concertée ou délibérée pour appuyer les systèmes de santé dans leurs efforts de renforcement des capacités.

De nouvelles initiatives (y compris les priorités ciblées par le Conseil de la qualité de la Saskatchewan, ainsi que l'Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences—un consortium d'organismes de santé au Québec consacrés à la réalisation des améliorations dans les soins primaires) peuvent évoluer vers une plus approche intégrative ou systémiques de l'amélioration. Certains changements structurels, tels que la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec et de la consolidation des autorités régionales de santé dans les différentes provinces, peuvent aussi faciliter la mise en œuvre d'une approche systémique de l'amélioration. Cependant, très peu d'autorités régionales et d'organismes de prestation des services de santé ont investi massivement, à ce jour, dans une formation professionnelle systématique en amélioration de la qualité ou dans des initiatives connexes. Une alliance plus étroite entre des organismes, comme les conseils de la qualité, et des autorités régionales de la santé peut offrir un terrain fertile pour des initiatives de formation de grande envergure liées à l'amélioration des projets dans des milieux de travail locaux.

Tout comme dans d'autres secteurs, les initiatives de renforcement des capacités en santé visent à aider des organisations et des groupes de fournisseurs à élaborer des stratégies d'amélioration plus efficaces. Les investissements dans le renforcement des capacités doivent refléter des initiatives stratégiques plutôt que celles qui adoptent une approche fragmentaire de la formation que l'on retrouve souvent dans les organismes de santé canadiens. Le renforcement des capacités devrait se concentrer sur le développement

des compétences et des connaissances en amélioration des cliniciens et des prestataires de soins et de services (Nelson, Batalden, Huber et coll., 2002; Nelson, Batalden et Godfrey, 2008). Il existe un certain nombre d'initiatives locales pour intégrer des connaissances plus globales en matière d'amélioration de la qualité à la formation professionnelle, notamment les études de médecine. La reconnaissance de l'importance des postes de direction médicale et de cadres professionnels dans le développement organisationnel, et en particulier dans l'amélioration des procédures et des résultats cliniques, renforcerait les capacités au niveau de l'organisation et du système (Baker et Denis, sous presse). Au Canada, la formation à la direction clinique vise davantage le développement individuel qu'organisationnel et n'a pas toujours été liée à des objectifs stratégiques précis. Or, cette formation renforcerait la capacité des organisations à mobiliser les médecins, les directeurs des services infirmiers et les gestionnaires. De nombreuses organisations s'emploient actuellement à l'élaboration de structures de codirection (médicale et administrative), par exemple des structures de programmes, qui fourniraient un cadre de facilitation pour le développement des compétences. Cependant, la littérature sur le rôle de chef de file des médecins suggère que ces approches structurelles (définition des structures formelles et des postes) ont des limites et doivent être assorties de stratégies de renforcement des capacités afin de mieux harmoniser les préférences et les influences professionnelles avec les objectifs de l'organisation et du système (Baker et Denis, sous presse). Le déploiement des efforts pour améliorer la performance doit être basé sur une culture qui appuie l'amélioration (Carroll et Edmondson, 2002). D'après les écrits sur les microsystèmes et l'amélioration, le leadership doit être non seulement collectif (du monde administratif et clinique), mais aussi partagé, des professionnels et des travailleurs de première ligne se voyant ainsi confier un rôle indispensable pour mener des initiatives d'amélioration.

Bien qu'il existe de nombreux programmes de développement du leadership au Canada (et ailleurs), peu se sont fixés des objectifs de renforcement des capacités organisationnelles. Il ne suffit pas de construire des compétences individuelles pour rendre les systèmes de santé efficaces. Or, seulement quelques-uns de ces programmes tiennent explicitement compte de la nécessité de renforcer les compétences et les connaissances en leadership et de les lier à l'amélioration de la performance et de la qualité. Des investissements accrus dans ce domaine et l'intérêt d'instaurer des structures de leadership sont des conditions préalables pour créer des systèmes de santé plus efficaces. À cette fin, il faut s'employer à développer le leadership médical (et clinique) et à élaborer des structures de direction et de gestion qui valorisent tant l'expertise clinique que les qualités de chef. Les efforts déployés pour déterminer et développer les compétences individuelles sont utiles, mais ils doivent être liés à des analyses des capacités organisationnelles. La promotion du développement systématique du leadership a remporté un succès notable, comme dans le cas de neuf organismes d'apprentissage qui ont récemment mis en œuvre un projet de collaboration, parrainé par le Centre for Healthcare Quality Improvement [Centre pour l'amélioration de la qualité des services de santé] de la *Change Foundation* en Ontario), en se concentrant sur des objectifs stratégiques et en développant les compétences en leadership au sein de leur organisation.

En résumé, nous suggérons que les systèmes de santé canadiens adoptent une stratégie délibérée de développement du leadership en vue des améliorations, notamment des stratégies visant une mobilisation à grande échelle de professionnels et de travailleurs de première ligne. Cette stratégie devrait souligner l'importance d'aller au-delà du développement des qualités de chef des individus et de se pencher sur des questions de leadership dans une perspective globale.

Domaines prioritaires d'amélioration du système

La plupart des initiatives d'amélioration au Canada visent les hôpitaux et les soins aigus, alors que l'effet multiplicateur le plus élevé se produit peut-être dans d'autres domaines, y compris les soins primaires, et dans l'intégration des soins et des services entre les secteurs.

Les soins primaires sont de plus en plus considérés comme un point de départ essentiel de la transformation des systèmes de santé, ainsi que de l'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité (Starfield, Shi et coll., 2005; Hutchison, 2008; Conseil canadien de la santé, 2009). Les initiatives pour mettre en place des équipes de soins primaires continuent d'évoluer à divers rythmes dans différentes provinces (par exemple, les équipes de santé familiale en Ontario, les groupes de médecins de famille au Québec, les divisions de pratique générale en Colombie-Britannique). Ces équipes de soins primaires peuvent bénéficier d'une attention supplémentaire sur la collaboration interprofessionnelle (Grimaud, Lévesque, Primaud, 2010). Le développement et l'expansion des équipes interprofessionnelles à l'échelle locale ou régionale ne peuvent pas être réalisés sans le soutien gouvernemental pour la formation et le perfectionnement des professionnels comme des infirmières praticiennes. Les relations entre ces équipes et l'ensemble du système, dont l'importance pour l'amélioration des transitions entre les niveaux de soins a été soulignée récemment, sont également fondamentales. Les efforts déployés pour améliorer les transitions nécessitent des changements dans la conception du système ainsi que des initiatives d'amélioration ciblée dans l'ensemble des organisations. En outre, il faut apporter un plus grand soutien à l'acquisition des aptitudes et des compétences en vue d'une collaboration interprofessionnelle et à la diffusion des pratiques et modèles exemplaires de soins pour patients chroniques. Beaucoup de stratégies et d'initiatives canadiennes en matière de soins aux malades chroniques et des initiatives sont limitées dans leur portée. Des institutions comme les conseils de la qualité peuvent jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre à l'échelle du système d'initiatives destinées à soutenir les meilleures pratiques dans les soins primaires et la gestion des maladies chroniques.

Le thème de l'intégration reste une préoccupation constante au sein des systèmes de santé canadiens. La mise en œuvre des structures de programme au sein des organisations peut contribuer à l'intégration des soins. Une plus grande capacité à concevoir des parcours de soins plus efficaces et à lier ces connaissances aux décisions cliniques et de gestion, ainsi qu'à la structure de travail peut aider à l'atteinte tant des objectifs d'efficacité que des objectifs de qualité. Pourtant, l'intégration entre établissements est plus difficile. Bien que les autorités sanitaires régionales aient des leviers pour répondre à ces questions, elles ne semblent pas en tirer pleinement profit dans les changements de leurs structures et processus de prestation. Parmi les obstacles structurels et culturels les plus importants sont les écarts entre les soins primaires et les soins secondaires, et entre les cliniques privées et les organismes de santé publics. Quoiqu'une mise au point plus poussée des systèmes d'information électroniques qui lient les fournisseurs de services dans différents établissements puisse être utile, elle prend du temps à se réaliser. L'établissement d'indicateurs de performance qui reflètent la coopération et la collaboration entre des organismes indépendants et des prestataires sera essentiel pour améliorer l'intégration des soins et des services. Mais ces indicateurs ne suffiront pas à améliorer la performance, sauf s'ils sont liés à des stratégies et des compétences locales en matière d'amélioration. L'analyse préliminaire de la mise en place des Centres de santé et de services au Québec laisse entendre que la consolidation des organisations dans les régions peut favoriser le développement de réseaux locaux de santé (Denis, Haggerty, Champagne et coll., 2011). Le partage des valeurs entre les différents prestataires joue un rôle essentiel dans l'intégration. Selon les résultats, l'intégration des soins et des services découlera d'un mélange de stratégies qui combinent l'intégration structurelle et l'intégration virtuelle. Tout comme les stratégies d'amélioration, un seul levier ne permet pas d'obtenir les changements voulus.

Participation du patient à l'amélioration des soins et des services

La participation du patient à diverses formes joue un rôle essentiel dans les trois cas que nous avons étudiés. Les initiatives sur la participation du patient traduisent l'intérêt croissant dans l'orientation des systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins et attentes des patients. Par ailleurs, la participation du patient est de plus en plus perçue comme un levier potentiellement important vers l'amélioration. Cependant, l'accent mis sur l'amélioration de l'accès des patients et les pressions pour accélérer leur flux tout au long du système peuvent aller à l'encontre de l'objectif d'amélioration de l'expérience des patients à l'égard des soins. Une récente analyse des documents sur les expériences en matière de participation du patient suggère que le potentiel d'amélioration de ce levier n'a pas été pleinement exploité (Bombard, Baker et coll., 2011). Il faut plus initiatives qui vont au-delà de l'approche consistant à consulter les patients au moyen de sondages ou de groupes de discussion et qui les font participer à la conception des services. Une analyse récente des initiatives sur la participation du patient dans le cadre des projets de démonstration parrainés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (Macintosh Murray, Baker, Denis et Pomey, 2011) suggère qu'il est nécessaire de consacrer des investissements, des efforts et du temps particuliers pour élaborer des stratégies efficaces visant la participation du patient.

La généralisation des initiatives sur la participation du patient à l'ensemble du système peut être une condition préalable pour obtenir des effets plus importants. Selon les expériences actuelles au Canada, il est possible de trouver des dirigeants pour soutenir la participation du patient dans diverses institutions. Cependant, la plupart de ces expériences sont de petite envergure et soutenue par un financement externe à court terme. La Colombie-Britannique et l'Alberta sont des exceptions à cet égard. Pourtant, même si ces expériences s'avèrent précieuses, la viabilité de ces initiatives et leur diffusion au sein des systèmes de santé canadiens peuvent faire face aux mêmes limites que celles des projets financés par le Fonds de transition en santé il y a plus de dix ans. De nouveau, les initiatives sur la participation du patient ne sont qu'un élément des stratégies d'amélioration et leur viabilité dépendra de leur inclusion dans une approche de changement et d'amélioration intégrée.

7.3 Résumés des incidences

Notre analyse des principales caractéristiques des trois systèmes novateurs qui ont atteint une amélioration notable révèle un ensemble d'éléments sur lesquels les systèmes de santé canadiens peuvent s'appuyer pour élaborer des stratégies d'amélioration efficaces. Alors que certains de ces éléments se rapportent à des questions de politique et d'affectation de ressources sur lesquelles les organisations de prestation n'ont qu'une influence limitée, d'autres dépendent de la dynamique interne des organisations et de leur approche de la formation et du perfectionnement en leadership. La priorité accordée à l'amélioration peut être une option stratégique viable pour les organisations qui sont soumises à des pressions externes pour se réorganiser et répondre aux demandes externes : elle permet d'apporter une réponse stratégique aux besoins à court terme et de mettre sur pied des systèmes visant des objectifs d'amélioration à long terme. Beaucoup des éléments évoqués dans ce document peuvent aider les organisations à répondre à ces demandes concurrentes. Le succès des stratégies d'amélioration exige également une participation accrue des médecins et d'autres professionnels à la planification et à la prestation des soins et des services. En effet, en insistant sur l'amélioration, on peut, à long terme, mobiliser les professionnels au regard de ces objectifs organisationnels et de système. De nombreuses organisations peuvent penser que les éléments critiques que nous avons déterminés sont difficiles à atteindre dans l'environnement actuel. Cependant, l'expérience de Jönköping, d'Intermountain et de la Southcentral Foundation indique que des stratégies d'amélioration viables peuvent être élaborées progressivement. Une des leçons de ces cas est que le

changement radical nécessite de la constance dans le but et dans les investissements au fil du temps. Les dirigeants de la santé canadiens n'ont pas besoin d'attendre les conditions idéales avant d'entreprendre la quête d'amélioration : il leur faut prendre les mesures les plus efficaces pour élaborer des stratégies qui appuient les améliorations à l'échelle des systèmes de santé canadiens.

8 DOMAINES À APPROFONDI

L'examen des trois principaux systèmes a été largement basé sur des données d'entrevues, des documents publiés et des ressources Internet. Bien que tous les trois soient reconnus à l'échelle internationale comme étant très performants, il serait utile d'avoir des données supplémentaires sur les domaines de réussite ainsi que des indicateurs comparatifs de leur performance par rapport à celle de leurs pairs pour démontrer leurs réalisations relatives.

En outre, l'analyse détaillée des caractéristiques du contexte de la santé canadien qui favorisent ou entravent la haute performance serait également utile pour élaborer des stratégies visant à accroître la performance. L'examen comparatif des organisations, des réseaux et des régions qui ont remporté du succès, tant au Canada qu'à l'étranger, fournirait d'autres renseignements sur les stratégies qui pourraient servir plus largement afin d'augmenter la performance des systèmes canadiens. Par exemple, les initiatives entreprises par la Saskatchewan pour améliorer le flux des valeurs chirurgicales pourraient être comparées à celles dans d'autres régions du Canada. Une enquête plus approfondie des stratégies d'amélioration de la capacité organisationnelle et du leadership pourrait examiner les effets des efforts émergents au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres pays.

9 CONCLUSIONS

La présente étude décrit les stratégies, les investissements et les philosophies de trois régimes de santé qui illustrent de façon éloquente la transformation des systèmes ainsi que les importantes améliorations dans les résultats des services de santé. Un certain nombre d'éléments communs se dégagent de l'analyse de leur quête d'amélioration. Dans chaque système, un solide leadership a émergé, a façonné une nouvelle vision, a établi un nouveau mandat et a fait participer le personnel à l'amélioration de la performance. La capacité de ces dirigeants à formuler une vision globale qui tient compte des enjeux organisationnels et de système et non seulement à repérer des activités d'amélioration s'avère fondamentale. Ces dirigeants jouent certes un rôle très important, mais le développement du leadership et l'acquisition des compétences en amélioration à tous les niveaux sont essentiels afin de traduire la vision en de nouveaux principes opérationnels et, finalement, en des améliorations réelles pour les patients et les usagers.

Tous les trois systèmes ont eu des dirigeants versés dans les questions de compétence et de compréhension en matière d'amélioration, mais ces derniers étaient aussi des penseurs qui étaient ouverts aux nouvelles idées et ne se bornaient pas à des approches réductrices. Par ailleurs, la capacité de ces systèmes à atteindre des niveaux de performance plus élevés n'était pas fondée uniquement sur la formation technique du personnel, car cette acquisition de compétences techniques était aussi liée à l'évolution de la culture ou de la mentalité des cliniciens et des gestionnaires relativement à leur participation aux efforts d'amélioration (création d'une culture de mesure et de performance, d'une culture d'apprentissage, changement axé sur le patient ou le client, orientation vers le travail d'équipe et des valeurs similaires).

La réalisation d'importantes améliorations est liée à la mise en œuvre, dans le système, de multiples changements qui se renforcent mutuellement. Ainsi, le développement des compétences en amélioration peut stimuler l'émergence d'une culture de mesure et de performance et la participation au travail d'équipe et interprofessionnel peut favoriser l'élaboration de nouveaux modèles de soins (pour gérer les maladies chroniques par exemple).

Une leçon importante de ces cas est qu'ils ont obtenu une amélioration significative sans injecter considérablement de nouvelles ressources. Ils ont plutôt atteint la performance de façon progressive et ont investi les « dividendes » de leurs projets d'amélioration dans de nouvelles compétences et ressources. Les dirigeants de ces systèmes ont fait d'importants investissements dans leur personnel ainsi que dans le perfectionnement professionnel, le développement du leadership et les processus d'apprentissage. Ces initiatives ont permis d'améliorer non seulement la prestation des soins et des services et la satisfaction des clients et des patients, mais aussi la satisfaction des professionnels (voir la Southcentral Foundation où les changements dans les performances cliniques allaient également de pair avec la satisfaction du personnel), ce qui laisse entendre qu'on peut concevoir et mettre en œuvre des stratégies au niveau de l'organisation et du système pour atteindre des performances supérieures malgré les limites des ressources et les contraintes au sein de chaque système. Dans certains cas, bien que les incitations économiques (par exemple, le mode de paiement des médecins de la Southcentral Foundation) entrent dans l'équation de l'amélioration, elles ne font partie que d'un ensemble de facteurs favorables parmi les stratégies plus larges et ne sont pas des leviers essentiels pour améliorer la performance.

Le matériel dont nous disposons pour notre analyse ne traitait pas explicitement des problèmes que ces systèmes devaient relever pour réaliser leur transformation. Dans le cas de la Southcentral Foundation, l'insatisfaction des Autochtones de l'Alaska à l'égard de leur système de santé était à l'origine du rapatriement du pouvoir de gouverner et de gérer le système. En Jönköping, la direction s'est concentrée sur la qualité compte tenu du climat économique défavorable et de la nécessité d'une nouvelle approche. Nous avons constaté, dans les trois cas, qu'au-delà des conditions fondamentales qui ont peut-être déclenché les changements initiaux, ces systèmes se sont employés au fil du temps à institutionnaliser les processus et les pratiques d'amélioration. Dans chaque cas, l'accent mis sur l'amélioration de la performance ou sur ce qu'on appelle parfois « la qualité comme stratégie opérationnelle » a sous-tendu les initiatives spécifiques et a créé une vaste toile de fond pour les activités de leadership. Le bien-fondé de cette stratégie a été renforcé par ses propres résultats qui ont démontré des améliorations dans les soins et une augmentation de la satisfaction des patients à l'égard des services. Les dirigeants qui voient ces résultats sont susceptibles de renforcer ces nouveaux principes opérationnels. Chacun de ces trois systèmes a atteint un niveau de performance où il est peu probable que les nouveaux dirigeants chercheraient à renverser l'accent mis sur l'amélioration comme une stratégie essentielle. Cela dit, ces systèmes ont été soutenus par un leadership stable tout au long de leur parcours d'amélioration, et ce, sur une période de temps considérable, alors que d'autres systèmes peuvent ne pas bénéficier d'une direction continue ou des retombées d'une vision solide et convaincante.

RÉFÉRENCES

- Andersson-Gäre, Boel et Duncan Neuhauser (2007), « The Health Care Quality Journey of Jönköping County Council, Sweden », *Quality Management in Health Care*, vol. 16, n° 1, p. 2-9
- Baicker, K.; A. Chandra; J.S. Skinner et J.E. Wennberg (2004), « Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of medicare beneficiaries », *Health Affairs*, supplément Web, VAR33 V44.
- Baker G.R.; A. MacIntosh-Murray; C. Porcellato, L. Dionne; K. Stelmacovich et K. Born (2008), *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, Toronto (Ontario) : Longwoods Publishing.
- Baker, R. et J.-L. Denis « Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership », *Public Money and Management* (sous presse).
- Bate, P.; H Bevan et G. Robert (2004), *Towards a million change agents: A review of the social movements literature – Implications for large-scale change in the NHS*, London (U.K.) : Modernization Agency.
- Bechtel, C. et D.L. Ness (2010), « If You Build It, Will They Come? Designing Truly Patient-Centered Health Care », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, p. 914-20
- Berwick, D.; A. Kabcenell et T. Nolan (2005), « No Toyota yet, but a start. A cadre of providers seeks to transform an inefficient industry—before it’s too late », *Modern Healthcare*, vol. 35, n° 5, p. 18-19
- Berwick, D.M.; T. W. Nolan et J. Whittington (2008), « The Triple Aim: Care, health, and cost », *Health Affairs*, vol. 27, n° 3 (mai-juin), p. 759-769.
- Bodenheimer, T.; M. Bojestig et G. Henriks (2007), « Making Systemwide Improvements in Health Care: Lessons From Jönköping County, Sweden », *Quality Management in Health Care*, vol. 16, n° 1 (janvier-mars), p. 10-15
- Bojestig, Mats (2010), « Health Care in Jönköping County » communication présentée à Singapore, http://www.lj.se/info_files/infosida35432/singapore_2010.pdf.
- Buchanan, D., L. Fitzgerald et D. Ketley (2007), « Sustaining change and avoiding containment: practice and policy », *The Sustainability and Spread of Organizational Change*, London (U.K.) : Routledge, p. 249-271.
- Buchanan, D.A.; R. I. Addicott; L. Fitzgerald; E. Ferlie et J.I. Baeza (2007), « Nobody in charge: Distributed change agency in healthcare », *Human Relations*, vol. 60, n° 7, p. 1065-1090.
- Burns, L. R. et R. W. Muller (20087), « Hospital-Physician Collaboration: Landscape of Economic Integration and Impact on Clinical Integration », *The Milbank Quarterly*, vol. 86, n° 3 (septembre), p. 375-434.
- Carroll, J.S. et A. C. Edmonston (2002), « Leading Organizational Learning in Health Care », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 11, n° 1, p. 51-56.
- Cederqvist, Jane (2005), « Sweden Department of Finance report », cité dans G. R. Baker; A. MacIntosh-Murray; C. Porcellato; L. Dionne; K. Stelmacovich et K. Born (2008) *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, Toronto (Ontario) : Longwoods Publishing.
- Chesluk, Benjamin J. et Eric S. Holmboe (2010), « How Teams Work – Or Don’t—in Primary Care: A Field Study On Internal Medicine Practices », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, p. 874-879.
- Classen, D.C.; R. S. Evans; S. L. Pestotnik; S. D. Horn; R. L. Menlove et J.P. Burke (1992), « The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 326, n° 5, p. 281-286
- Commission de la santé mentale du Canada (2009), *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada en 2009*, Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada, ISBN : 978-0-9913795-0-0.
- Conseil canadien de la santé (2008), *Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*, Toronto : Conseil canadien de la santé, disponible à : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf.

- Conseil canadien de la santé (2009), *Équipes à l'oeuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*, Toronto : Conseil canadien de la santé, disponible à : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/Equipes_a_loeuvre.pdf.
- Conseil canadien de la santé (2011), *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, Toronto : Conseil canadien de la santé, disponible à : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf.
- Denis, Jean-Louis; Huw T.O. Davies, Ewan Ferlie et Louise Fitzgerald (2011), *Analyse des initiatives pour la transformation des système de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada*, rapport préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, Ontario (juillet).
- Denis, J.-L.; J. Haggerty; F. Champagne et coll.(2011). « Organization as policy instrument: The case of mandated networks in health care systems », *Sub-theme 06 (SWG): Organizing the Public Sector: Changing Shapes and Assemblies*, EGOS Colloquium, Gothenburg (Suède).
- Doran T. et M. Roland (2010), « Lessons From major Initiatives to Improve Primary Care in The United Kingdom », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, p. 1023-1029.
- Dorr, D.A.; A.B. Wilcox; C.P. Brunner; R.E. Burdon et S.M. Donnelly (2008), « The effect of technology supported, multidisease care management on the mortality and hospitalization of seniors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, p. 2195-2202.
- Eby, D. et L. Ross (2008), « Southcentral Foundation's Nuka Model. Customer Owned – Customer Driven Healthcare » [Travail préventif sur la santé des peuples autochtones – le modèle de soins NUKA de la Fondation Southcentral : des soins de santé appartenant aux clients et axés sur eux], communication présentée à la *Huitième Conférence des parlementaires de la région arctique à Fairbanks*, disponible à http://www.arcticparl.org/_res/site/file/080812KatherineGottlieb1.pdf.
- Eby, Douglas (2007), « Primary care at the Alaska Native Medical Center: A Fully Deployed “New Model” of Primary Care », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 66, suppl. 1, p. 4-13.
- Eby, Douglas (2009), « Southcentral Foundation Nuka Model of Care – Built on a ‘new’ Primary Care Platform Changing your practice – what matters most », communication présentée au IHI - *21st Annual National Forum on Quality Improvement in Healthcare*, 11 novembre, disponible à : http://www.cmcgc.com/media/handouts/29IH01/M22_NukaModel_Eby.pdf.
- Eby, Douglas et Donna Galbreath (2010), « The Southcentral Foundation Nuka Model of Care. Customer-Driven – Community Owned », communication présentée à la conférence *Presser le pas : Comment accélérer les changements dans les soins de santé primaires*, Montréal (Québec), novembre, disponible à : <http://www.chsrf.ca/NewsAndEvents/Events/PickingUpThePace/PickingUpThePacePresentations.aspx>.
- Family Wellness Warriors Initiative (2011), disponible à <http://www.fwwi.org/>.
- Fisher, E.S. (2003), « Medical care – Is more always better? », *New England Journal of Medicine*, vol. 349, n° 17, p. 1665-1667.
- Fisher, E.S.; J.P. Bynum et J.S. Skinner (2009), « Slowing the Growth of Health Care Costs – Lessons from Regional Variation », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 9, p. 849-852.
- Godfrey, Marjorie (2010), *Bridging the Gaps*, présentation en Powerpoint.
- Gottlieb, K. (2007), « The family wellness warriors initiative », *Alaska Medecine*, vol. 49, n° 2, p. 49-54.
- Gottlieb, Katherine; Ileen Sylvester et Douglas Eby (2008), « Transforming Your Practice: What Matters Most », *Family Practice Management*, janvier, p. 2-8.
- Grimaud, F., J.-F. Lévesque et R. Pineault (2010), « Primary health care reform in Canada », documentation préliminaire, *Forum de Montréal*, 3 novembre.
- Hutchison, B. (2008), « A long time coming: primary healthcare renewal in Canada », *HealthcarePapers*, vol. 8, n° 2, p. 10-24.

- Institut canadien d'information sur la santé (2011), *Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011*, Ottawa : ICIS, [en ligne-], http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_tables_2011_fr.pdf.
- Intermountain Healthcare (2005), *Annual Report. 2004*, Salt Lake City : Intermountain Healthcare.
- James, Brent C. (1989), *Quality Management for Health Care Delivery*, Chicago : The Hospital Research and Education Trust of the American Hospital Association.
- James, Brent C. (2001a), « You Manage What You Measure: Tracking Clinical Outcomes », communication présentée à la *Sharp Healthcare Quality Leadership Conference*, San Diego (CA).
- James, Brent C. (2001b), « The Scientific Basis of Quality Improvement », communication présentée à la 4th International Conference on the *Scientific Basis of Health Sciences*, Sydney (Australie).
- James, Brent C. et J.S Lazar (2007), « Sustaining and Extending Clinical Improvements: A Health System's Use of Clinical Programs to Build Quality Infrastructure – Chapter 7 » dans E.C. Nelson; P.B. Batalden et J.S. Lazar (dir.), *Practice Based Learning and Improvement: A Clinical Improvement Action Guide*. Oakbrook Terrace (Illinois), Joint Commission Resources.
- Jönköping County Council (2004), « Vaggeryd Primary Care Centre », communication présentée à la *Clinical Microsystems Festival*, Jönköping (Suède).
- Kabacnel, A., T.W. Nolan, L.A. Martin et Y. Gill (2010), *The Pursuing Perfection Initiative: Lessons on Transforming Health Care*, IHI Innovation Series White Paper, Cambridge (MA) : Institute for Healthcare Improvement, disponible à <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/PursuingPerfectionInitiativeWhitePaper.aspx>.
- Klein, Sarah et Douglas McCarthy (2010), *CareOregon : Transforming the role of a Medicaid Health Plan from payer to Partner. Case Study Organized Health Care Delivery System*, Commonwealth Fund, 1423, vol. 50, juillet.
- Langley, Gerald; Ron D. Moen; Kevin M. Nolan et coll. (1996), *The Improvement Guide*, San Francisco : Jossey-Bass.
- Leonhardt, D. (2009), « Dr. James will make It Better », *New York Times Magazine*, 8 novembre.
- Lewis, S. (2002), *Pour l'avenir d'un système canadien de santé reposant sur des données probantes*, Ottawa : Santé Canada, 26 pages.
- Lukas, C.V.; S.K. Holmes; A.B. Cohen; J. Restuccia; I.E. Cramer; M. Shwartz et M.P. Charns (2007), « Transformational change in health care systems: An organizational model », *Health Care Management Review*, vol. 32, n° 4, p. 309-320.
- Murray, M. et C. Tantau (1998), « Must Patients Wait? », *Journal on Quality Improvement*, vol. 24, août, p. 423-425.
- Nanus, S.D. et P.D. Clayton (2002), « Clinical information systems at Intermountain Healthcare », *Imaging Economics*, février.
- Nasmith, L.; P. Ballem; R. Baxter; H. Bergman; D. Colin-Thomé; C. Herbert; N. Keating; R. Lessard R.; R. Lyons; D. McMurchy; P. Ratner; P. Rosenbaum; R. Tamblyn; E. Wagner et B. Zimmerman (2010), *Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results*, Ottawa (Canada) : Académie canadienne des sciences de la santé.
- Nelson, E.C.; P.B. Batalden et M.M. Godfrey (2007), *Quality by Design: A Clinical Microsystems Approach*, San Francisco : Jossey-Bass.
- Nelson, E.C.; P.B. Batalden, T.P. Huber et coll. (2002), « Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units », *The Joint Commission journal on quality improvement*, vol. 28, p. 472-493.
- Nutting, Paul A.; Benjamin F. Crabtree; William L. Miller; Kurt C Stange et coll. (2011), « Transforming Physician Practices To Patient-Centered Medical Homes: Lessons From The National Demonstration Project », *Health Affairs*, vol. 30, n° 3 (mars), p. 439-445.

- Ovretveit, John et Anthony Staines (2007), « Sustained Improvement? Findings from an independent case study of the Jönköping Quality Program », *Quality Management in Health Care*, vol. 16, n° 1, p. 68-83.
- Schoen, C. et R. Osborn (2010), The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2010/Nov/Int%20Survey/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FINAL_white_bkgd_111610_ds.pdf.
- Shih, A.; K. Davis; S.C. Schoenbaum; A. Gauthier; R. Nuzum et D. McCarthy (2008), *Organizing the US Health Care Delivery System for High Performance*, New York : Commonwealth Foundation, consulté le 30 mai 2011, http://ts-si.org/files/Shih_Organizing_8-4-08.pdf.
- Shortell, S.M.; R. Gillies et F. Wu (2010), « United States Innovations in Healthcare Delivery », *Public Health Reviews*, vol. 32, n° 1, p. 190-212.
- Skinner, J. et J.E. Wennberg (2003), « Exceptionalism or extravagance? What's different about health care in South Florida », *Health Affairs*, supplément Web, juillet-décembre.
- Starfield, B.; L. Shi et coll. (2005), « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.
- Sutherland, J. (2010), *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Tierney, S. et M. Hirst (2011), *The Southcentral Foundation Nuka System of Care: Data Management Strategies at Southcentral Foundation*, présentation en PowerPoint.
- Werner, R. M. et R.A. Dudley (2009), « Making the Pay Matter in Pay-For-Performance: Implications for Payment Strategies », *Health Affairs*, vol. 8, n° 5, p. 1498-1508.
- Yasaitis, L.; E.S. Fisher; J.S. Skinner et A. Chandra (2009), « Hospital Quality And Intensity Of Spending: Is There An Association? », *Health Affairs*, vol. 28, n° 4, p. W566-W572.