

« Les professions et les organisations de santé: La recherche d'une nouvelle synergie »

Jean-Louis Denis
Chaire FCRSS/IRSC
Département d'administration de la santé et GRIS
Université de Montréal

La collaboration interprofessionnelle au coeur de la gestion des maladies chroniques en soins de première ligne

ACFAS
Mai 2008

GRIS

Groupes de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

Université
de Montréal

GETOS

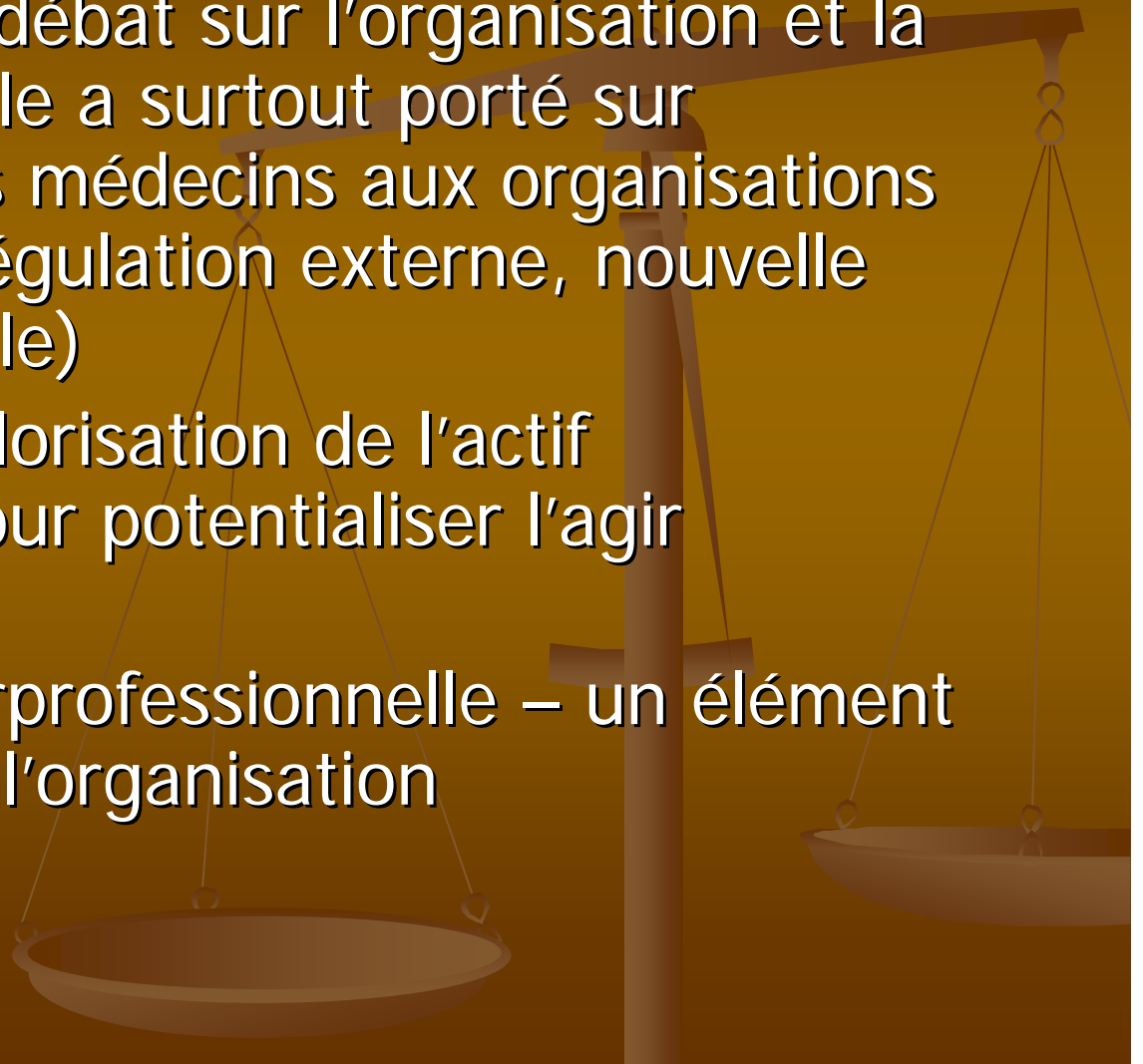
Chaire FCRSS/IRSC
Gouverne et transformation
des organisations de santé

Objectifs

- Discuter du rôle des actifs organisationnels dans le développement de la clinique
- Identifier des éléments organisationnels propices à l'intégration des soins et services
- Identifier certains défis associés à l'évolution des soins première ligne

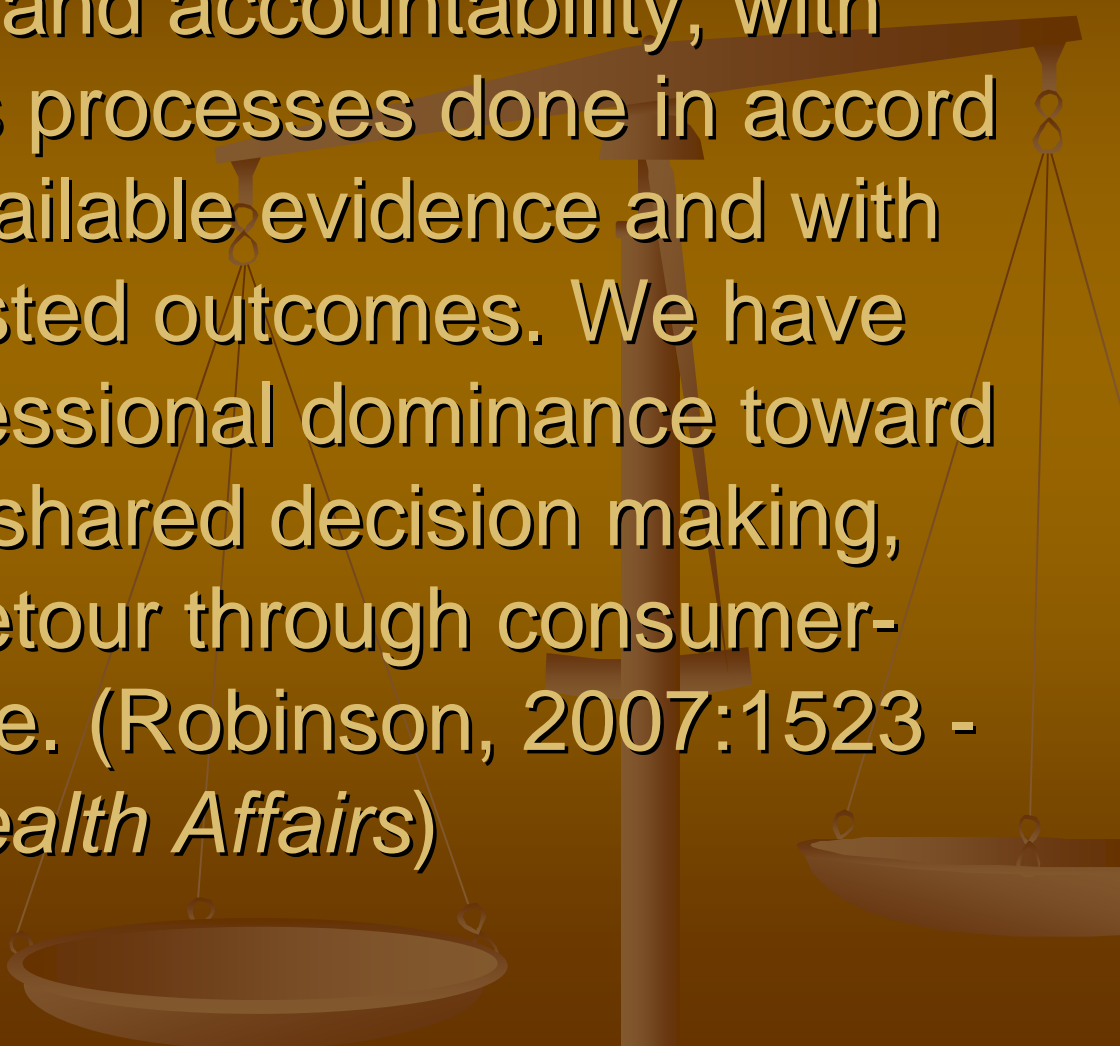
Organisation

- Historiquement – débat sur l'organisation et la profession médicale a surtout porté sur l'incorporation des médecins aux organisations (prolétarianisation, régulation externe, nouvelle élite professionnelle)
- Actuellement – valorisation de l'actif organisationnel pour potentialiser l'agir professionnel
- Collaboration interprofessionnelle – un élément parmi d'autres de l'organisation



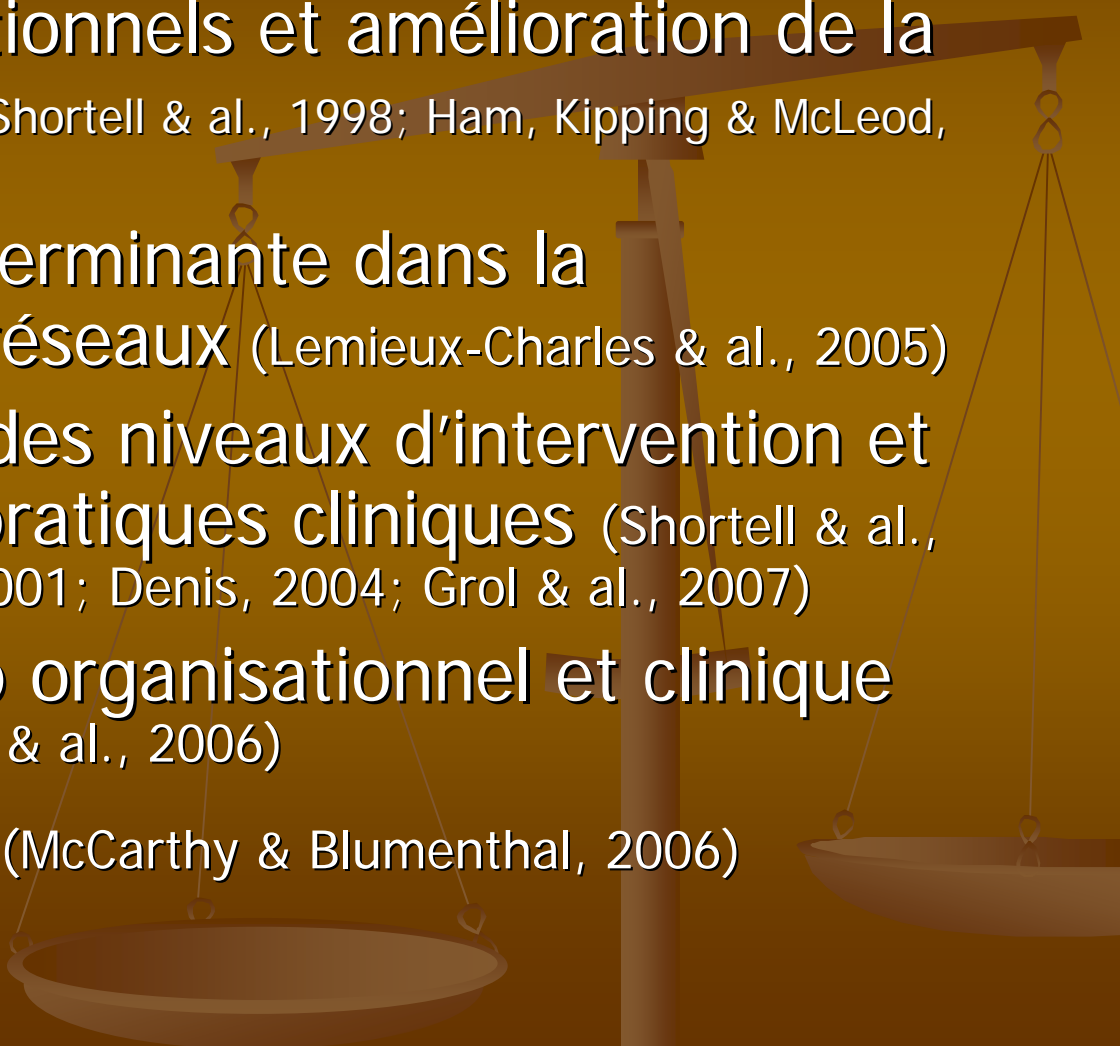
Pourquoi s'organiser?

- Asymétrie d'information vs ignorance
- Gestion de trajectoires – dépassement des frontières organisationnelles et professionnelles
- Recherche de performance et d'imputabilité
- Qualité et sécurité des soins et encadrement organisationnel
- Rôle primordial de la première ligne pour répondre aux défis actuels et futurs (transition épidémiologique, transition démographique, évolution des technologies, adaptation des pratiques aux connaissances)



We have moved from the framework of professional dominance to one of measurement and accountability, with *quality* defined as processes done in accord with the best available evidence and with good risk-adjusted outcomes. We have moved from professional dominance toward a new ideal of shared decision making, after a short detour through consumer-driven health care. (Robinson, 2007:1523 - *Health Affairs*)

Interface clinique/organisation

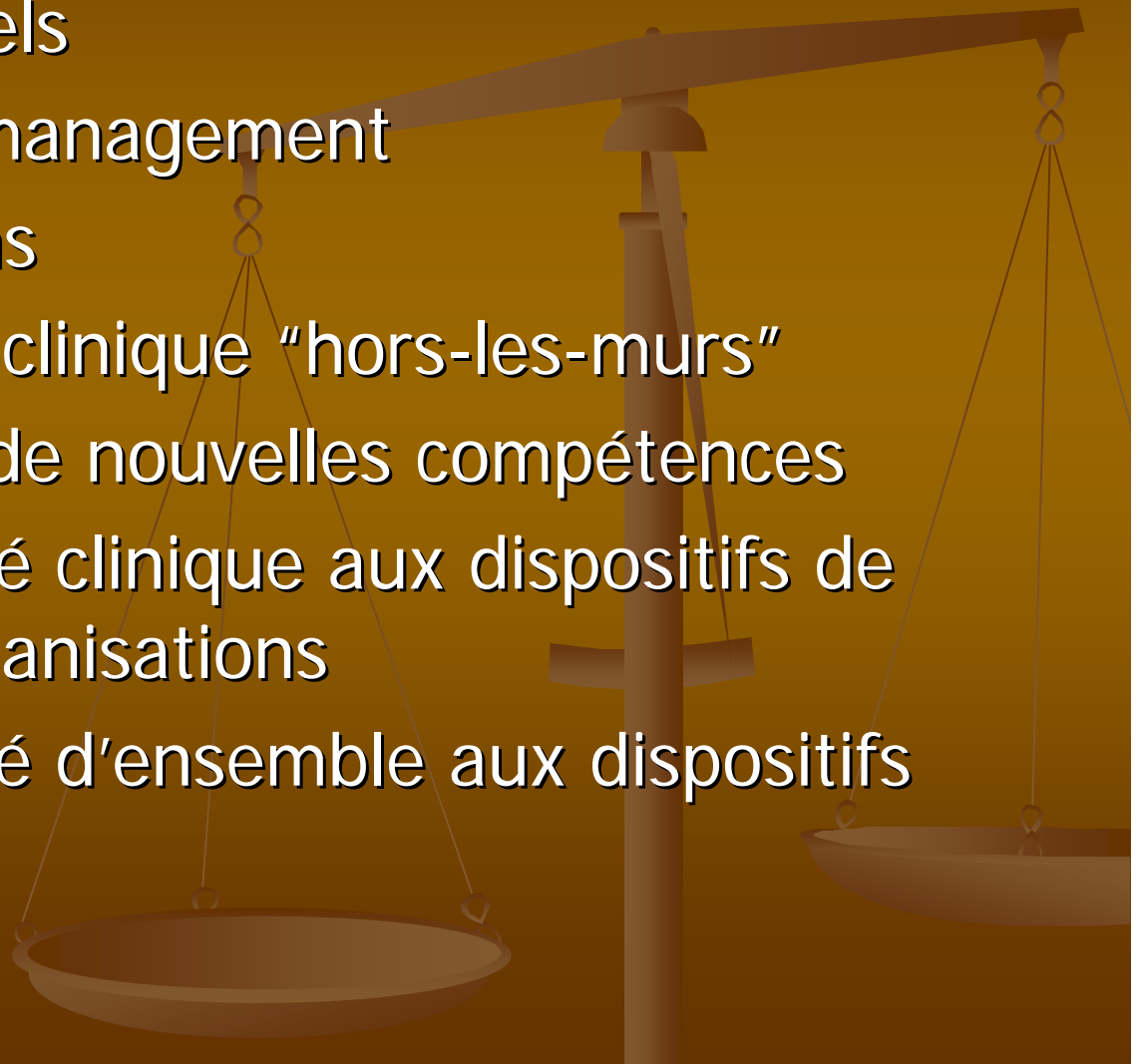
- Facteurs organisationnels et amélioration de la qualité des soins (Shortell & al., 1998; Ham, Kipping & McLeod, 2003; Oliver, 2007)
 - Microstructure déterminante dans la performance des réseaux (Lemieux-Charles & al., 2005)
 - Interdépendance des niveaux d'intervention et changement des pratiques cliniques (Shortell & al., 2000; Ferlie & Shortell, 2001; Denis, 2004; Grol & al., 2007)
 - Rôle du leadership organisationnel et clinique (Berwick, 2003; Vaughan & al., 2006)
 - Rôle de la culture (McCarthy & Blumenthal, 2006)
- 

Organiser la transgression des frontières et l'hybridation.



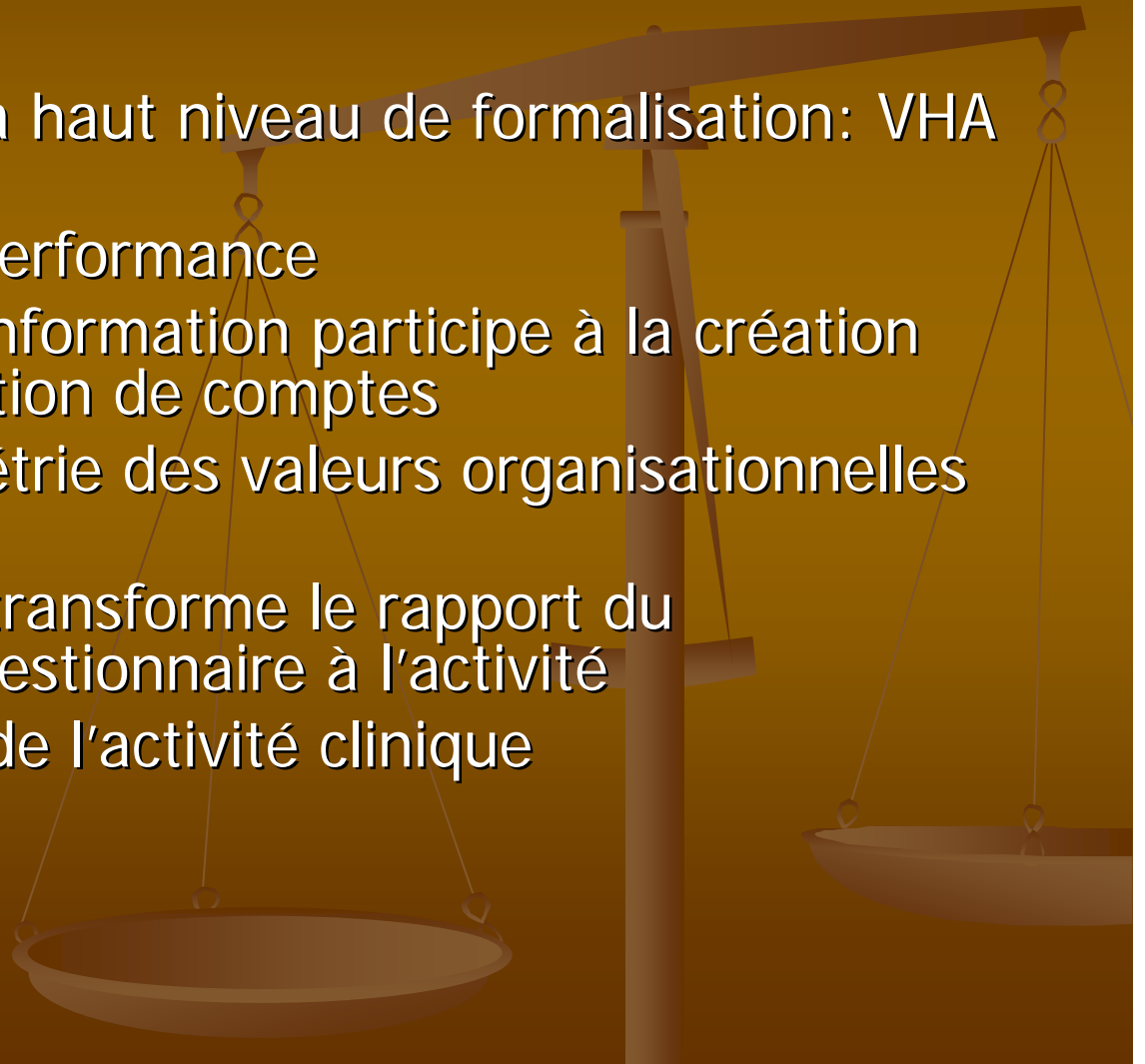
Transgression et hybridation

- Entre professionnels
- Entre clinique et management
- Entre organisations
- Une gouvernance clinique "hors-les-murs"
- Des leaders avec de nouvelles compétences
- ☆ Donner une finalité clinique aux dispositifs de gestion et aux organisations
- ☆ Donner une finalité d'ensemble aux dispositifs cliniques



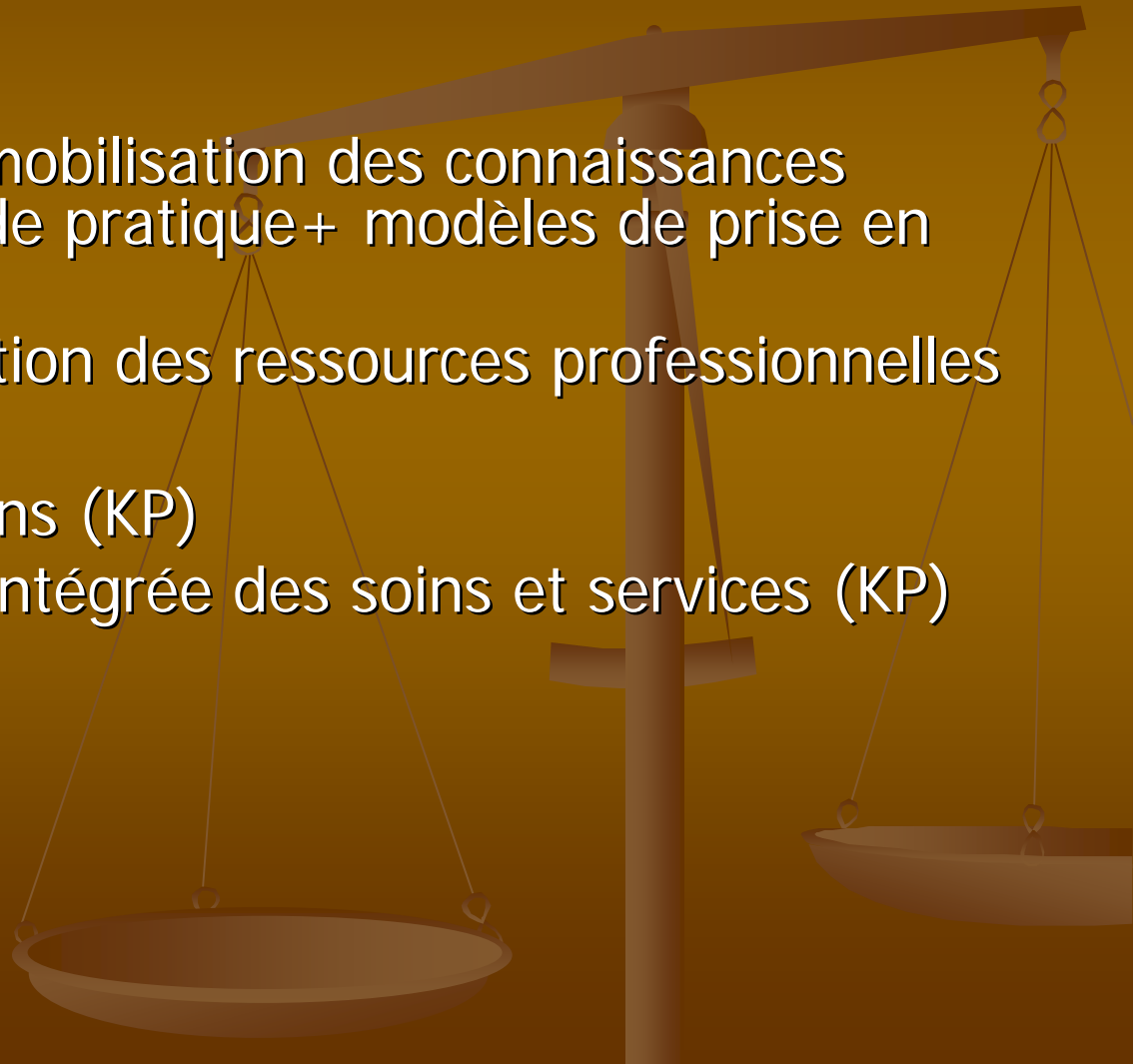
Systemes organisés hautement formalisés

- Systemes organisés à haut niveau de formalisation: VHA & KP
- Connaissance de la performance
- Diffusion ciblée de l'information participe à la création d'un régime de reddition de comptes
- Convergence et symétrie des valeurs organisationnelles et professionnelles
- Une information qui transforme le rapport du professionnel et du gestionnaire à l'activité
- Ouvre la boîte noire de l'activité clinique



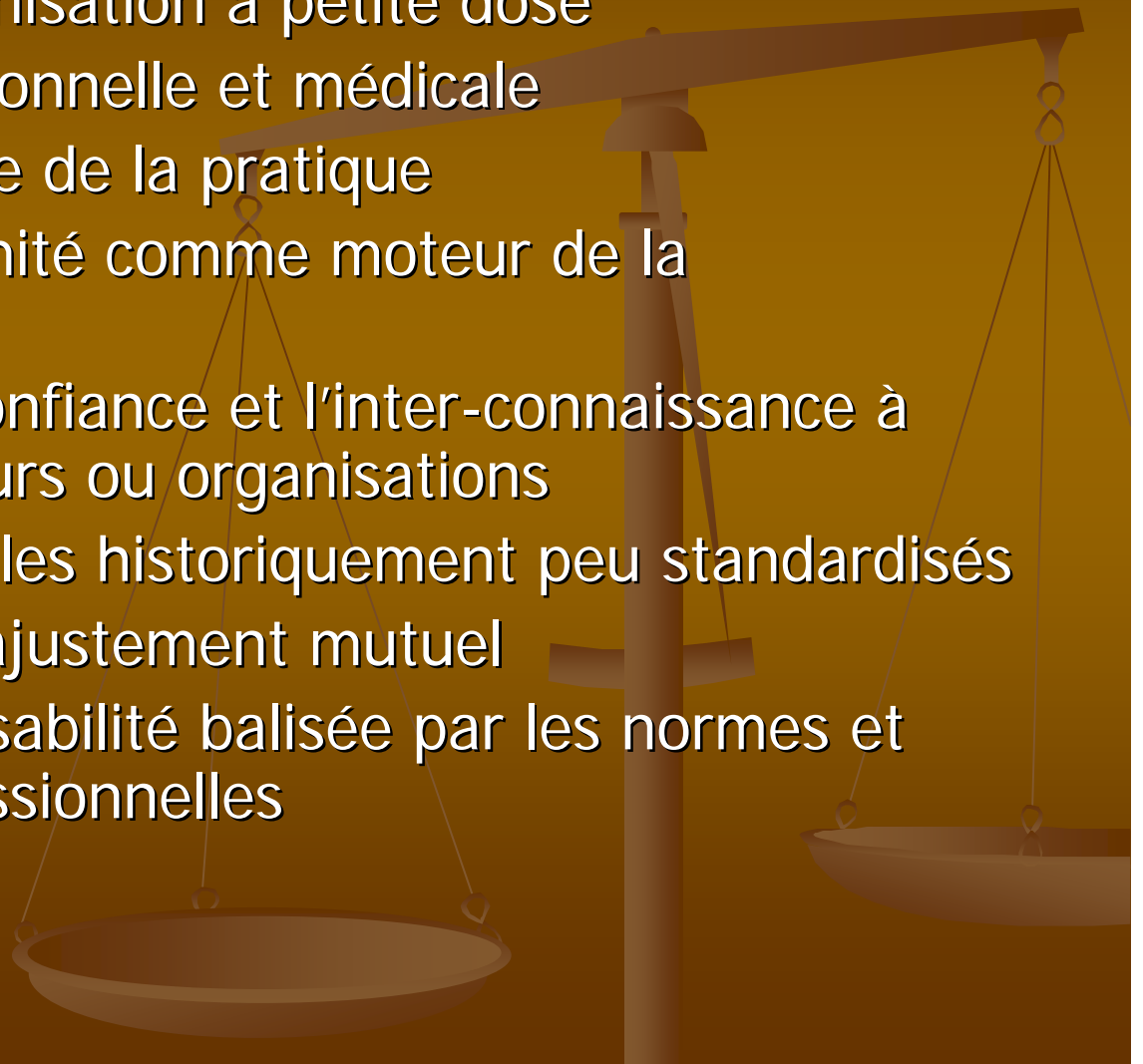
Systemes organisés hautement formalisés

- Effort significatif de mobilisation des connaissances scientifiques (Guide de pratique+ modèles de prise en charge)
- Stratégies d'optimisation des ressources professionnelles
- Incitatifs puissants
- Sélection des médecins (KP)
- Intégration: gestion intégrée des soins et services (KP)



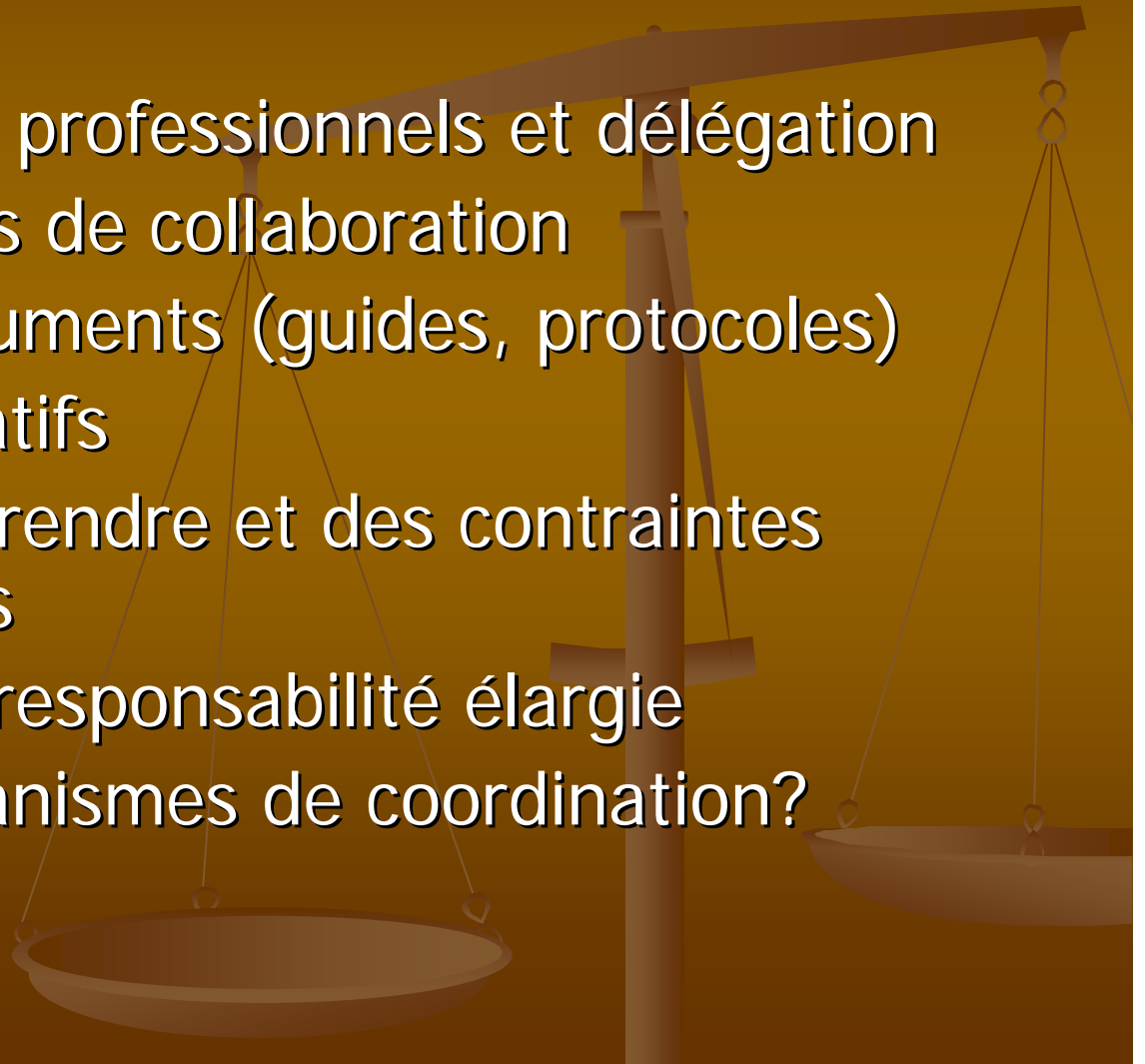
Systemes organisés peu formalisés

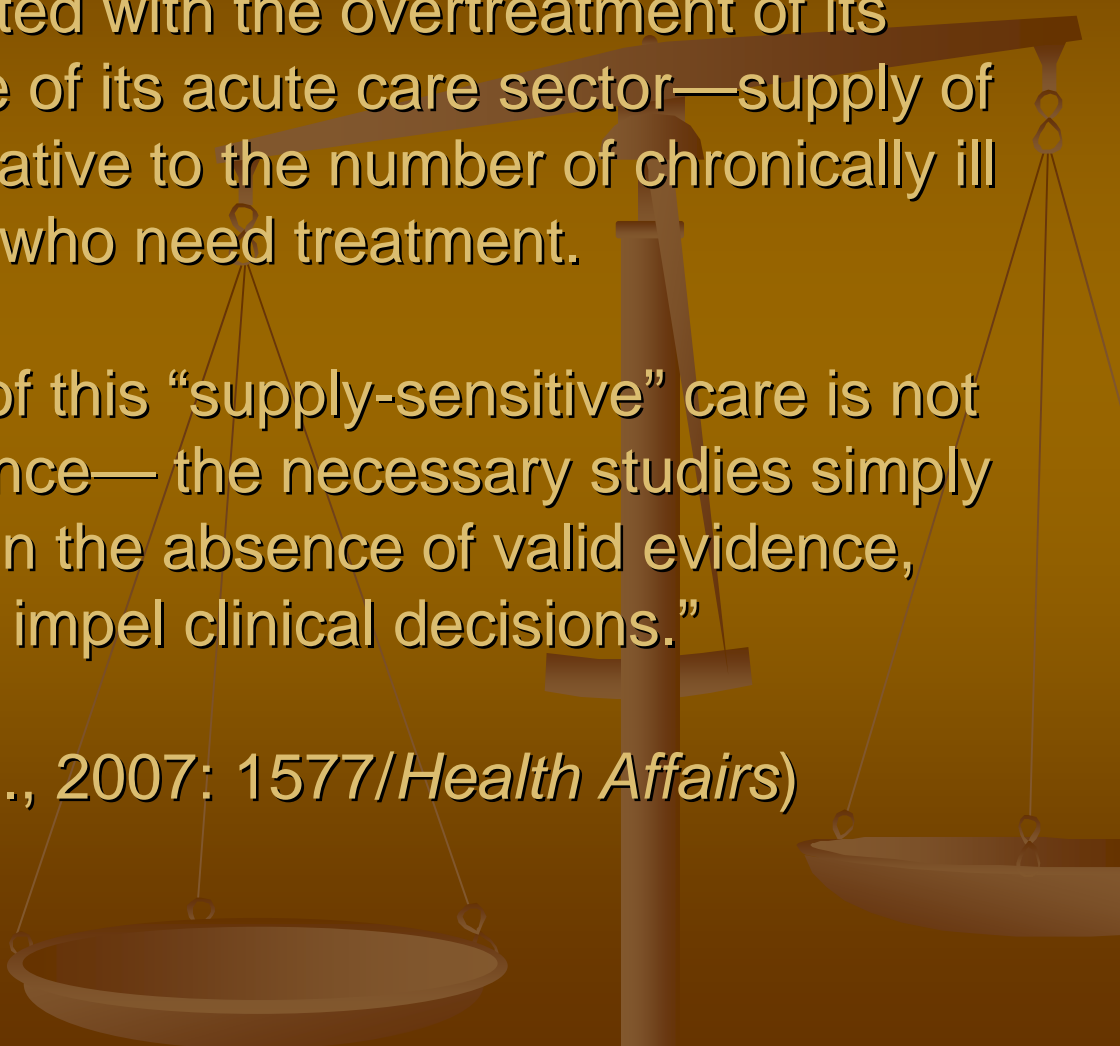
- De l'organisation dans un monde désorganisé!!
- La clinique: de l'organisation à petite dose
 - Gouverne professionnelle et médicale
 - Organisation locale de la pratique
 - Relation de proximité comme moteur de la collaboration
 - Arrimage par la confiance et l'inter-connaissance à d'autres producteurs ou organisations
 - Pratiques et modèles historiquement peu standardisés
 - Coordination par ajustement mutuel
 - Sphère de responsabilité balisée par les normes et déontologie professionnelles



Systemes organisés peu formalisés mais en évolution...

- GMF:
 - Nouveaux rôles professionnels et délégation
 - Nouvelles règles de collaboration
 - Nouveaux instruments (guides, protocoles)
 - Nouveaux incitatifs
 - Des comptes à rendre et des contraintes bureaucratiques
 - Une sphère de responsabilité élargie
 - Nouveaux mécanismes de coordination?





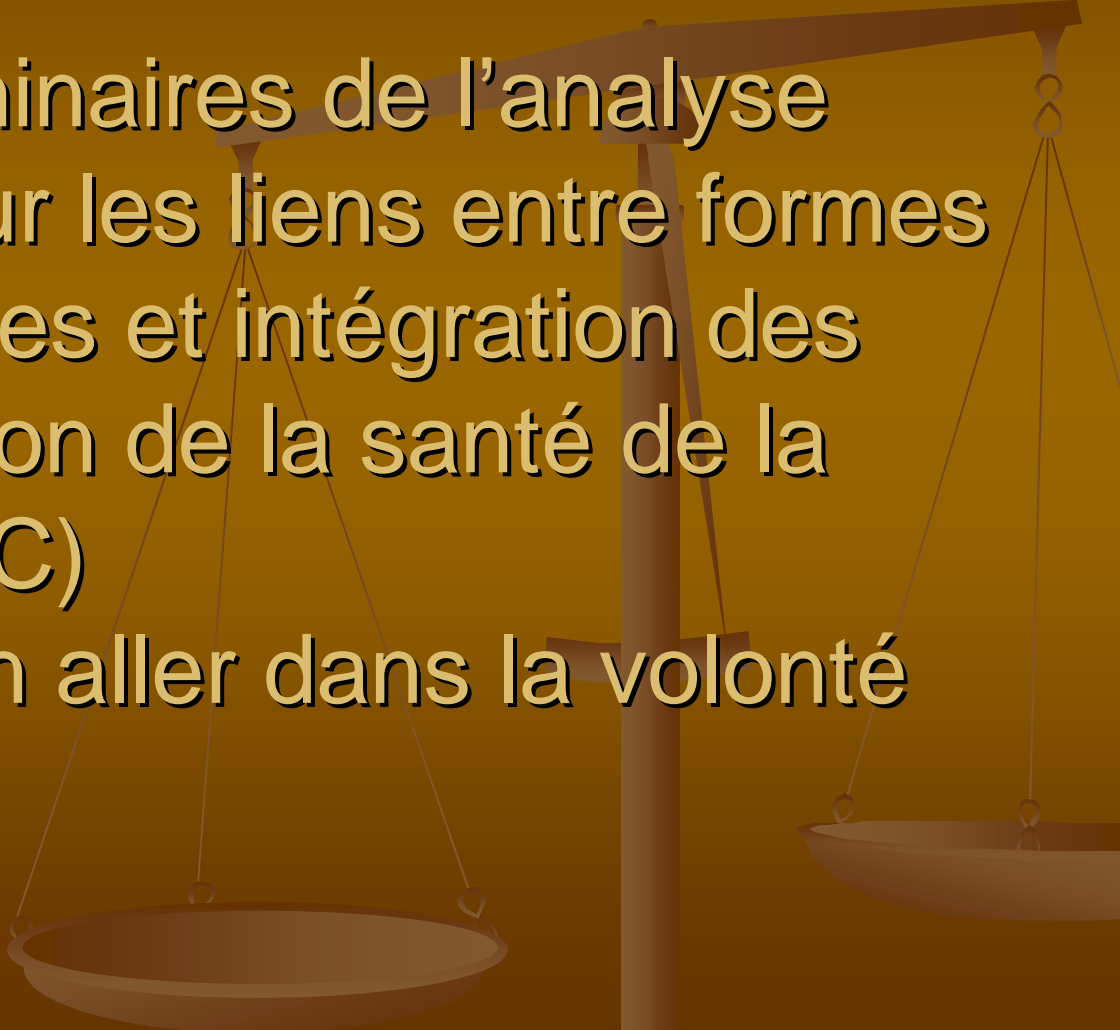
“What drives this overtreatment? If severity and prevalence of illness cannot explain the variation in intensity of care and spending—what can? The most important community level factor associated with the overtreatment of its chronically ill is the size of its acute care sector—supply of medical resources—relative to the number of chronically ill patients who need treatment.

The frequency of use of this “supply-sensitive” care is not driven by clinical evidence—the necessary studies simply haven’t been done. In the absence of valid evidence, other factors impel clinical decisions.”

(Wennberg & al., 2007: 1577/*Health Affairs*)

Un petit détour!
Les conditions
organisationnelles de
l'intégration.



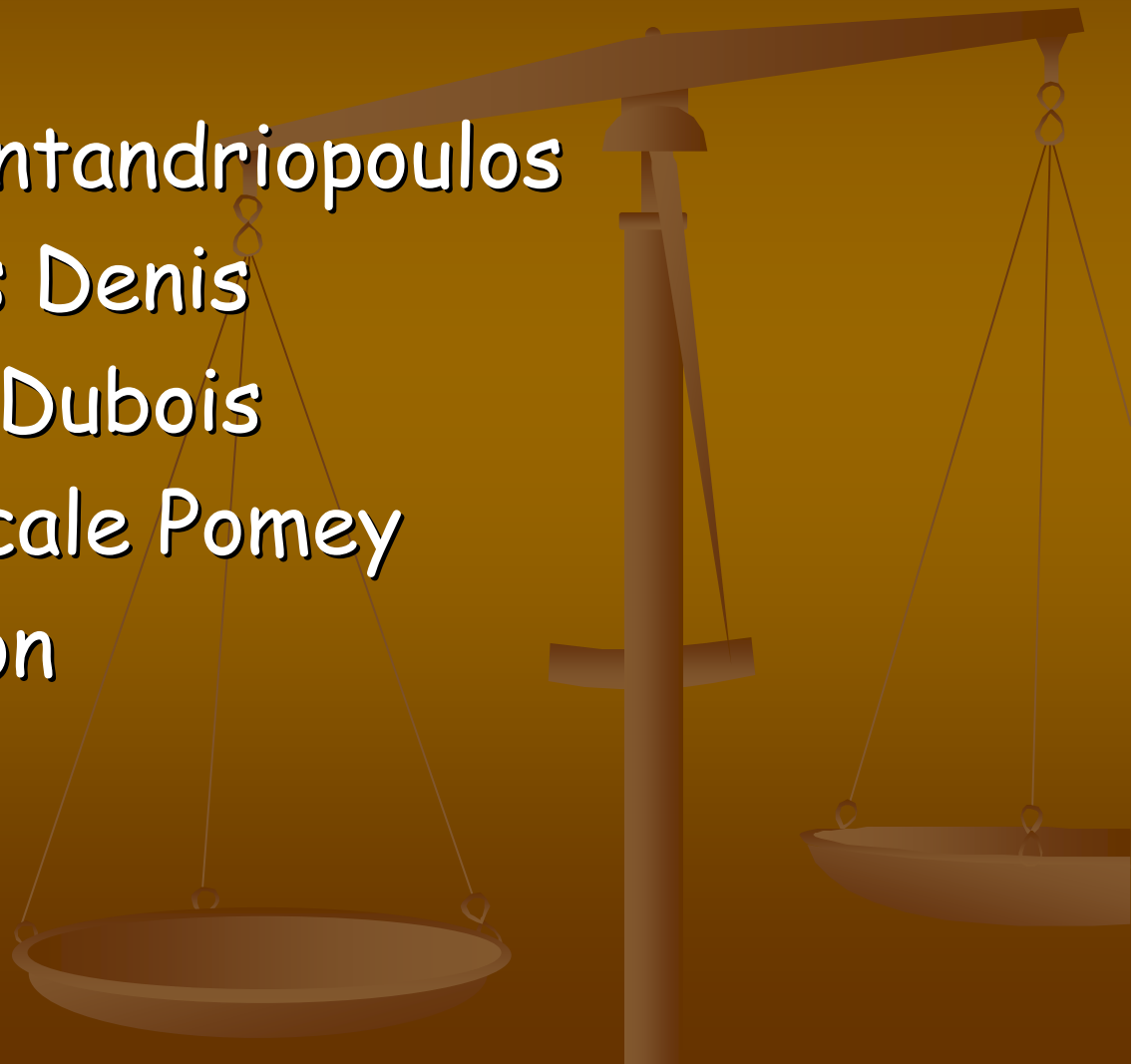


Résultats préliminaires de l'analyse
systématique sur les liens entre formes
organisationnelles et intégration des
soins/amélioration de la santé de la
population (IRSC)

Jusqu'où doit-on aller dans la volonté
de s'organiser?

Équipe de recherche

- Damien Contandriopoulos
- Jean-Louis Denis
- Carl-Ardy Dubois
- Marie-Pascale Pomey
- Anais Tanon

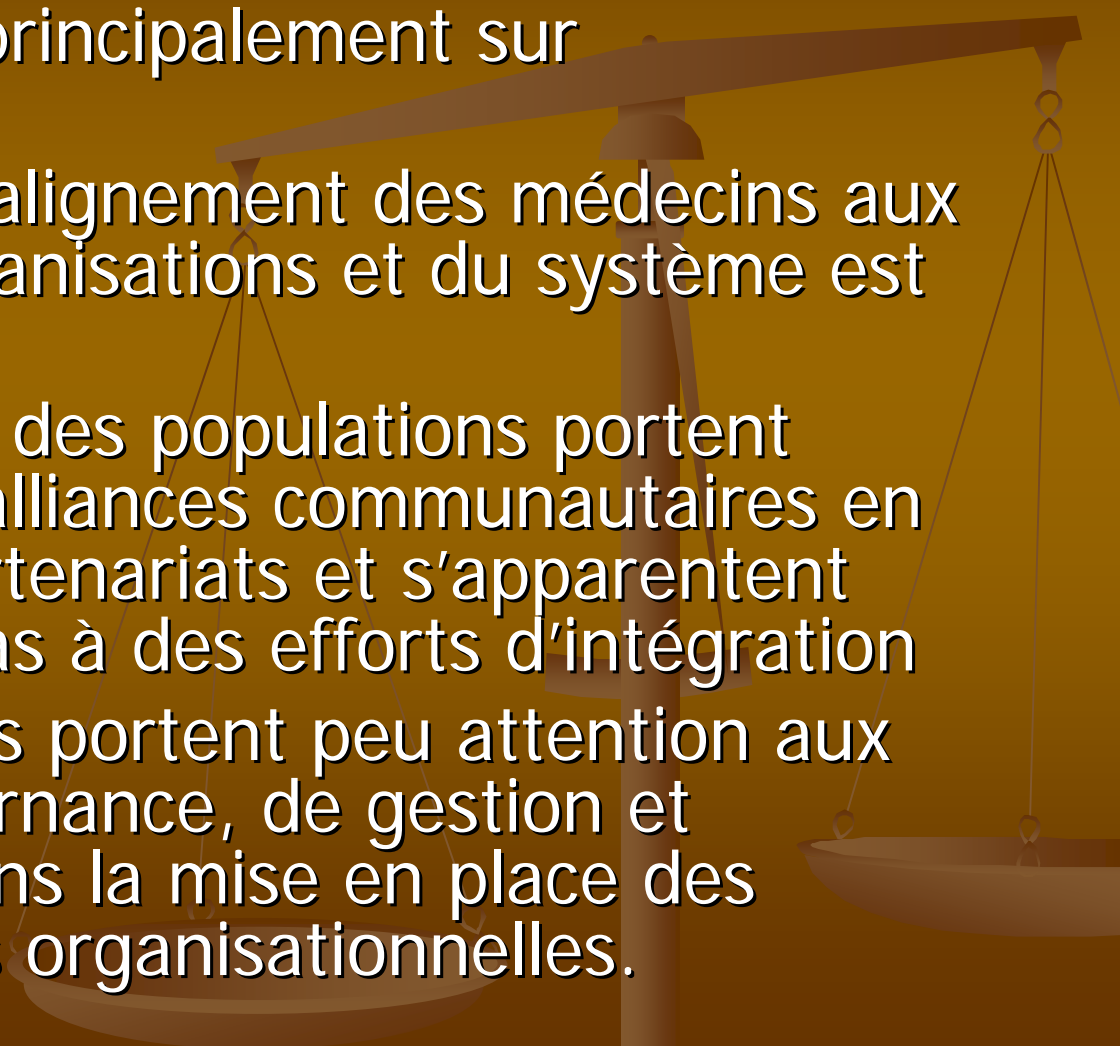


Base de données

155 articles scientifiques
Analyse préliminaire: 93/155 articles
(60%)

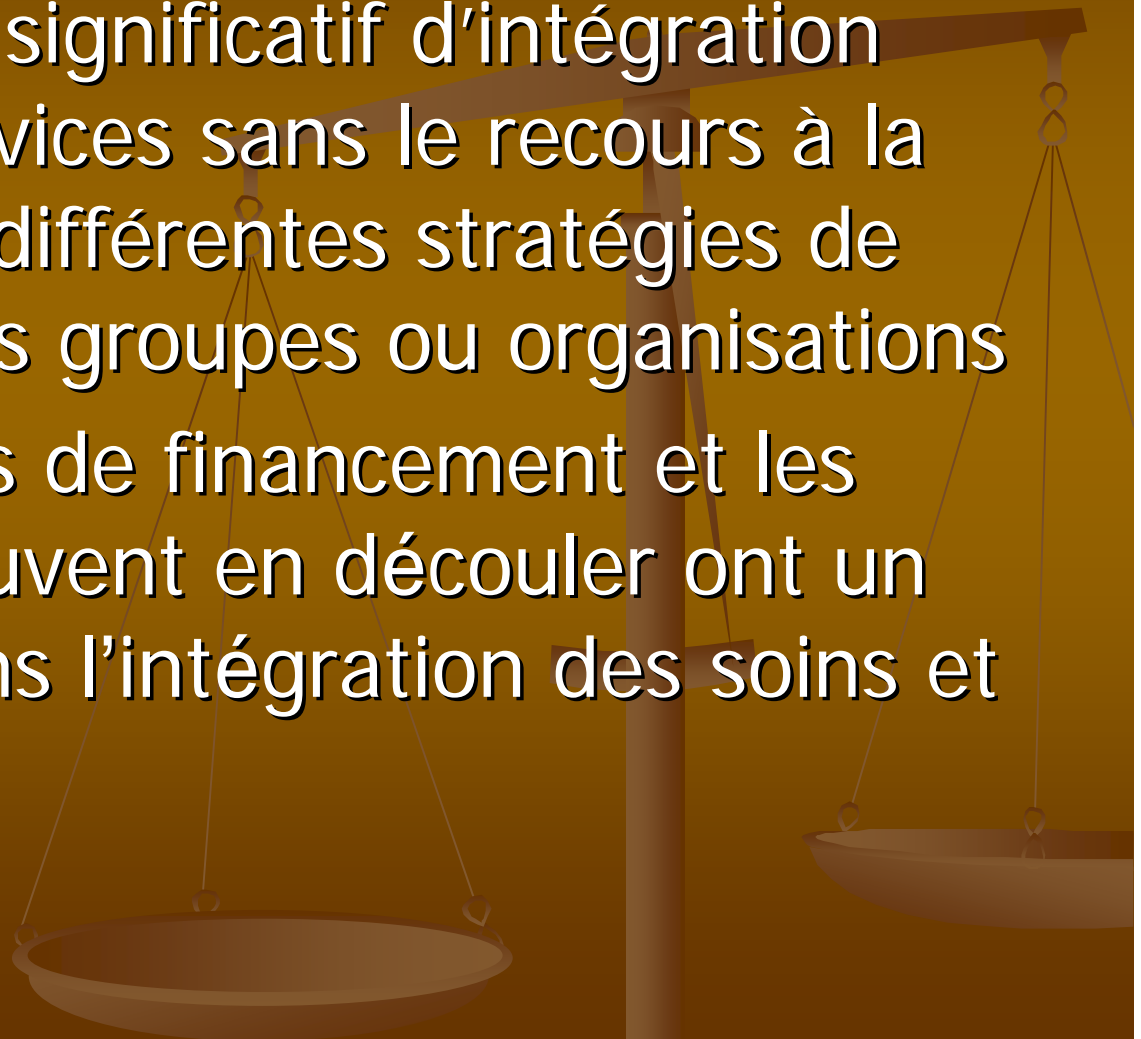


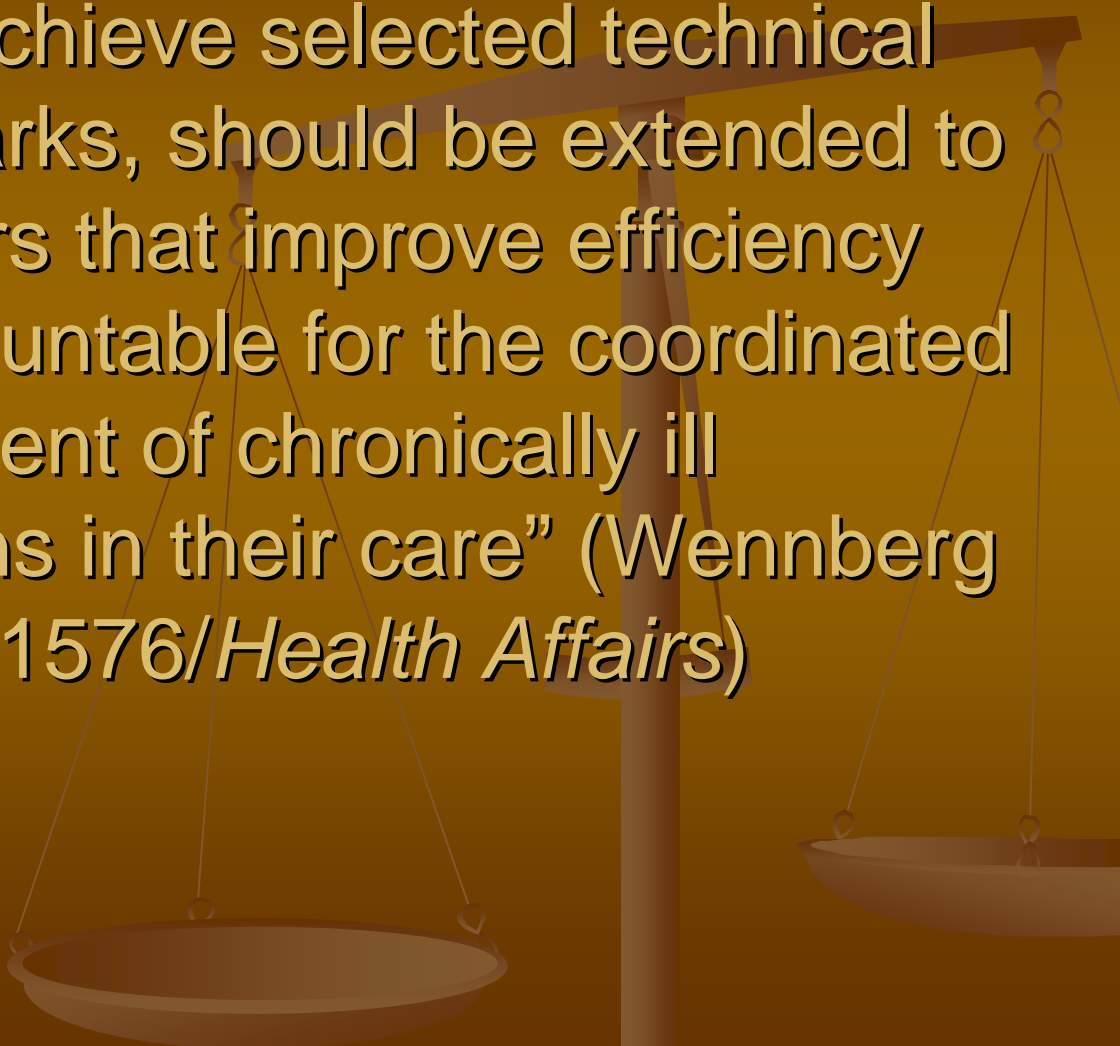
Description de la base de données

- Articles portent principalement sur l'intégration
 - La question de l'alignement des médecins aux objectifs des organisations et du système est prédominante
 - Articles en santé des populations portent surtout sur les "alliances communautaires en santé" ou les partenariats et s'apparentent dans plusieurs cas à des efforts d'intégration
 - Majorité d'articles portent peu attention aux enjeux de gouvernance, de gestion et d'imputabilité dans la mise en place des nouvelles formes organisationnelles.
- 

Message I

- Aucun exemple significatif d'intégration des soins et services sans le recours à la capitation ou à différentes stratégies de prépaiement des groupes ou organisations
- Les mécanismes de financement et les incitatifs qui peuvent en découler ont un rôle critique dans l'intégration des soins et services



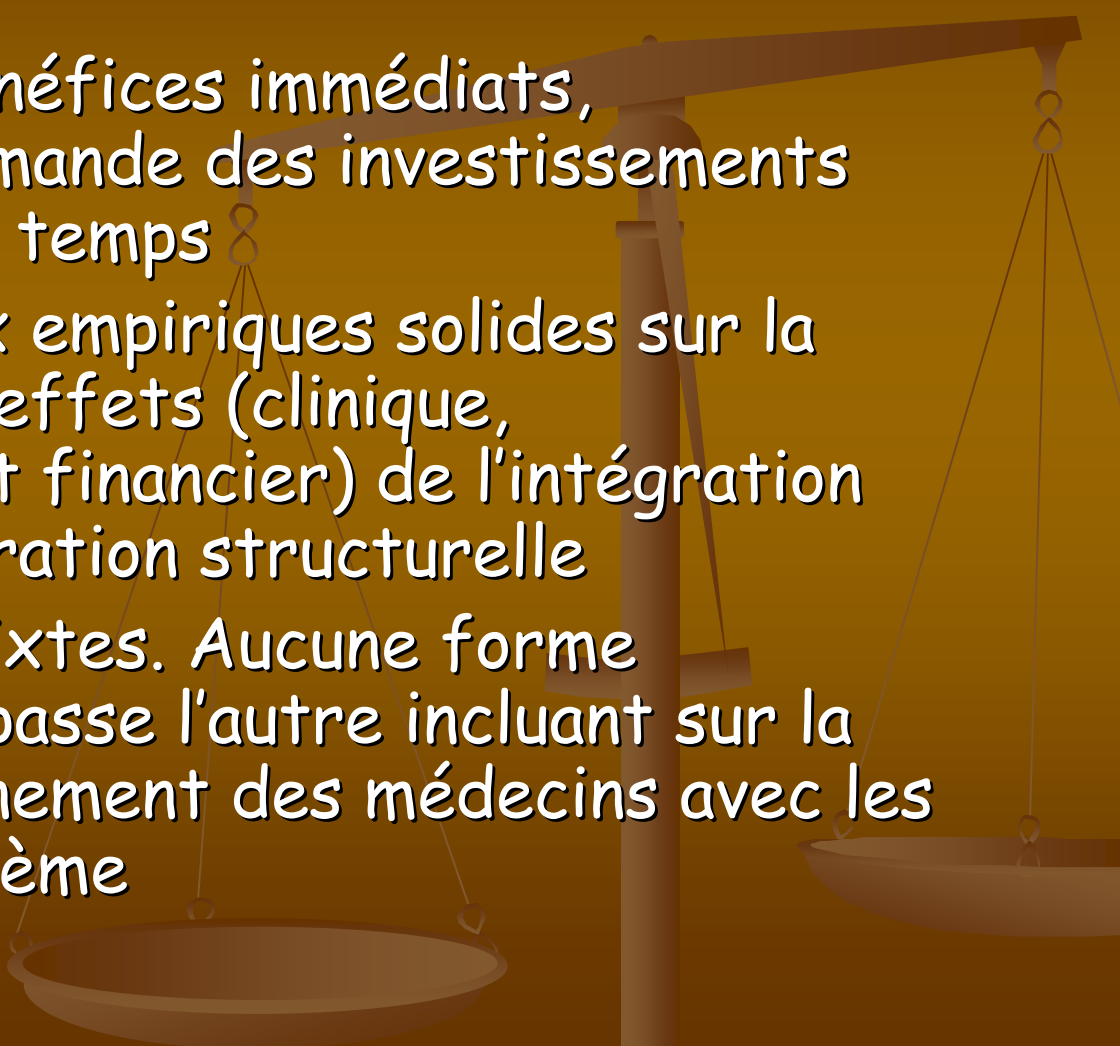


“We believe that P4P strategies, already in place to reward providers that achieve selected technical process benchmarks, should be extended to reward providers that improve efficiency and become accountable for the coordinated management of chronically ill patient populations in their care” (Wennberg & al. 2007:1576/*Health Affairs*)

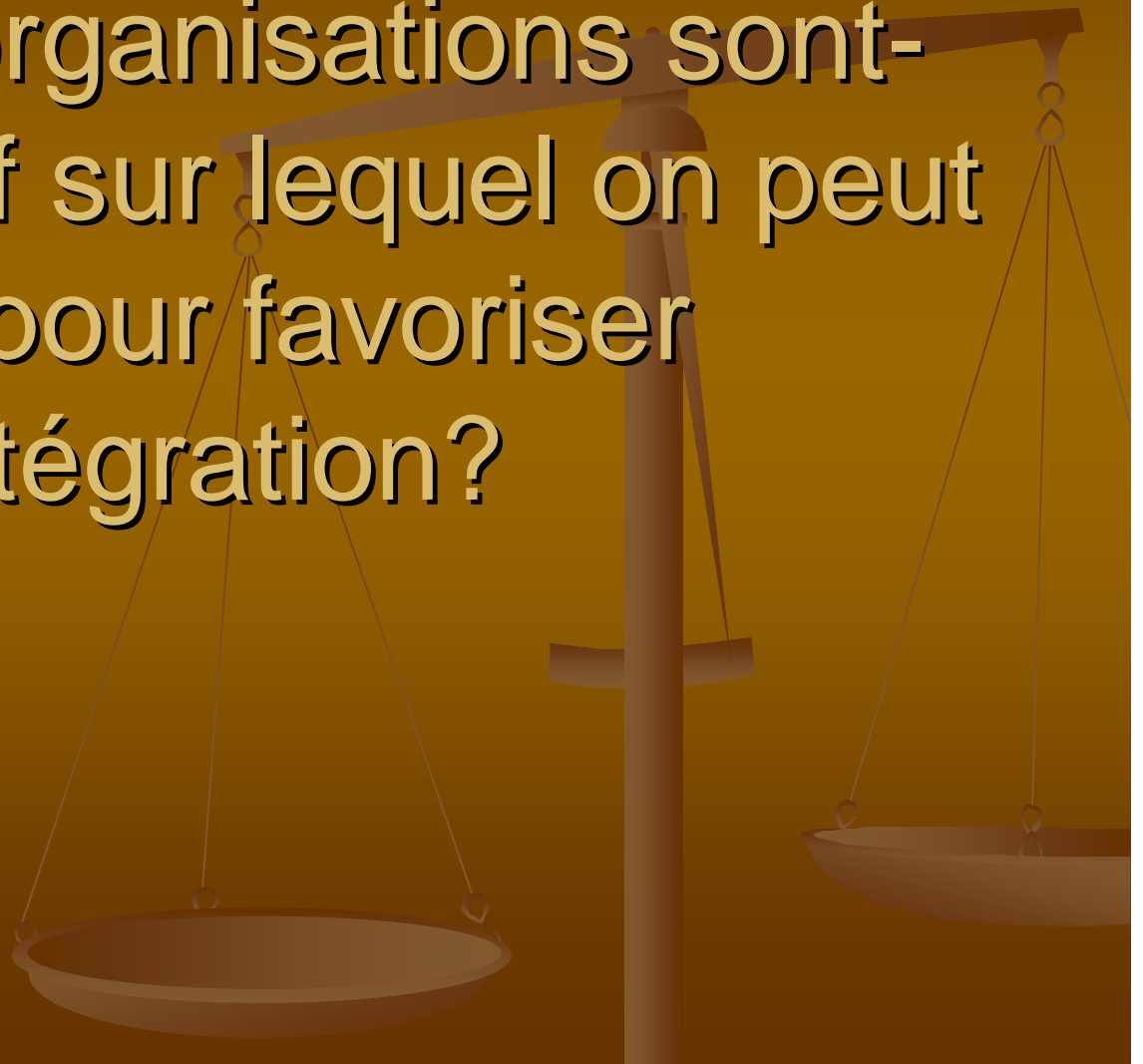
Message 2

- Masse de travaux importants et solides sur les efforts organisationnels dans le contexte américain d'intégration verticale et/ou horizontale dans le but de réaliser une meilleure intégration clinique
- Évaluation de l'impact de ces initiatives montre que l'intégration clinique est rarement réalisée et que les bénéfices économiques réalisés sont en deçà des attentes

Message 2 (suite)

- Il n'y a pas de bénéfices immédiats, l'intégration commande des investissements spécifiques et du temps
 - Quelques travaux empiriques solides sur la comparaison des effets (clinique, organisationnel et financier) de l'intégration virtuelle vs intégration structurelle
 - Résultats sont mixtes. Aucune forme d'intégration surpasse l'autre incluant sur la question de l'alignement des médecins avec les objectifs du système
- 

Alors, les organisations sont-elles un actif sur lequel on peut miser pour favoriser l'intégration?

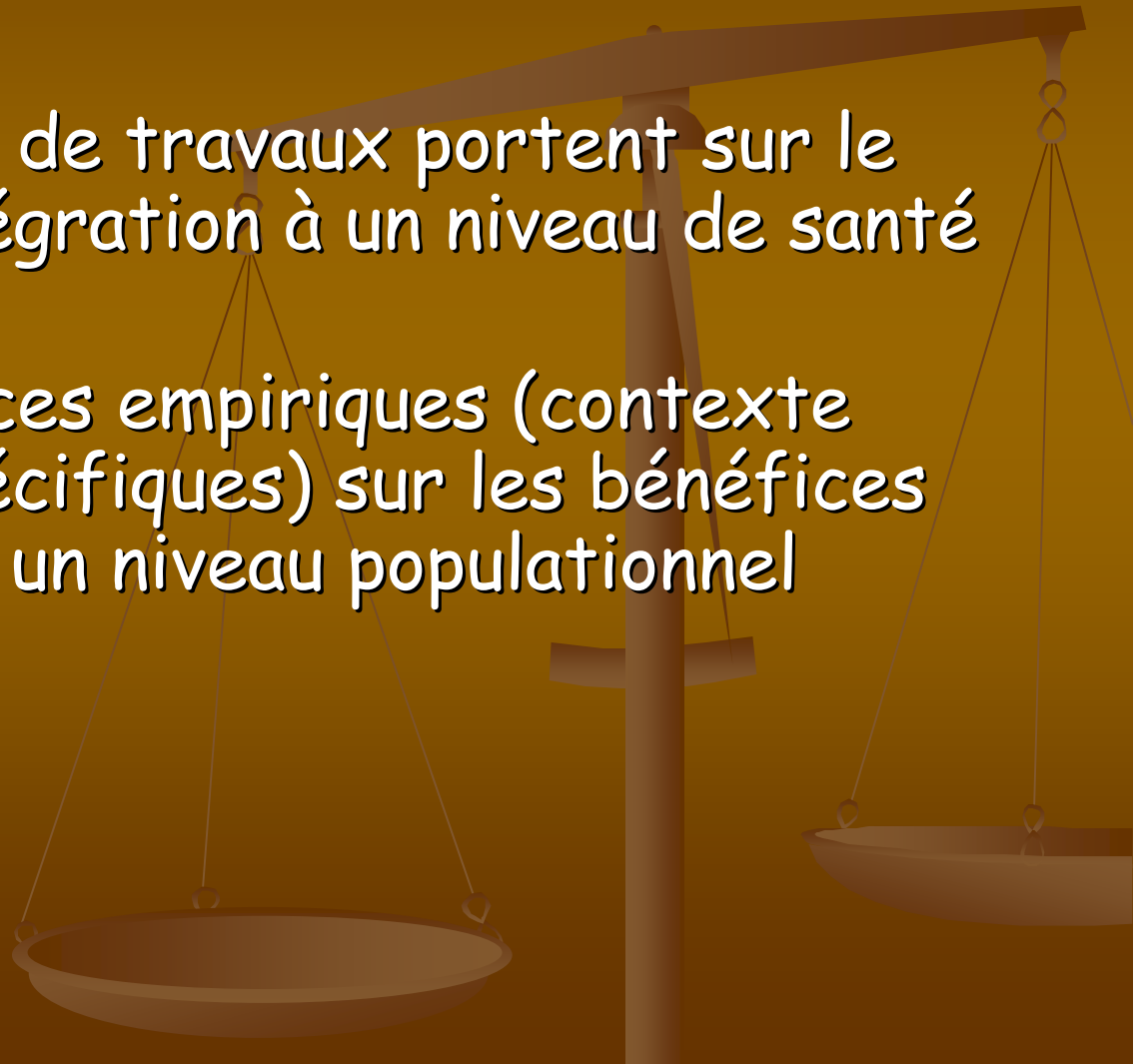


Message 3

- Bien que l'intégration structurelle n'assure pas une intégration des soins et services, elle peut faciliter la mobilisation de différents leviers favorables à l'intégration (équipe multi, information, incitation...)
- Réalisation d'une cohérence organisationnelle au cours du temps (ex.: KP) est un facteur de succès dans l'implantation de l'intégration
- Différents leviers et portes d'entrée peuvent être utilisés pour favoriser l'intégration mais la synergie entre plusieurs leviers joue un rôle critique

Message 4

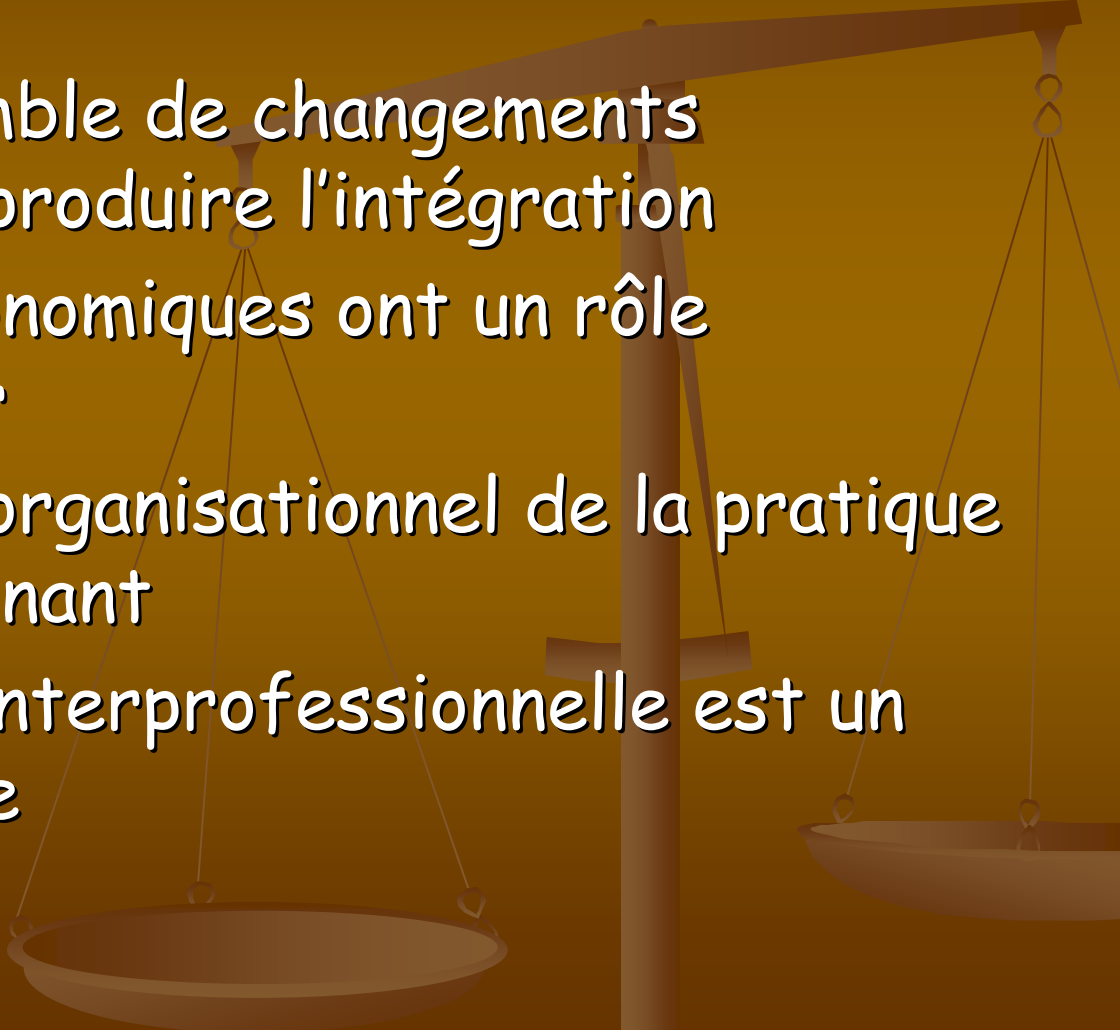
- Un nombre limité de travaux portent sur le potentiel de l'intégration à un niveau de santé des populations
- Certaines évidences empiriques (contexte local, groupes spécifiques) sur les bénéfices de l'intégration à un niveau populationnel

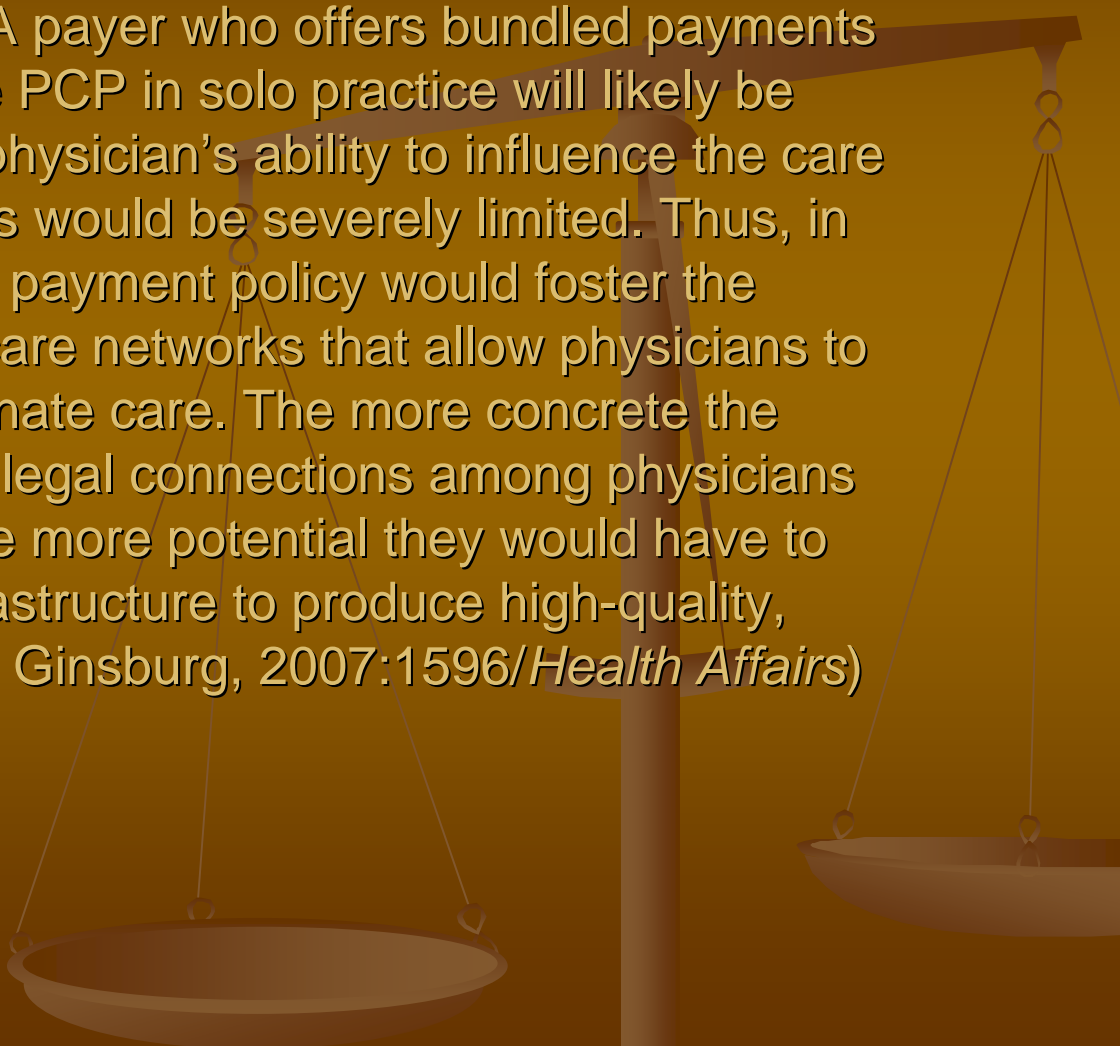


Message 5

- Données limitées et manque d'analyse approfondie sur les pratiques de gouvernance et de gestion associées à l'implantation d'initiatives pour accroître l'intégration des soins et des services et pour améliorer la santé des populations
- Les données et études disponibles suggèrent l'importance de la flexibilité et de l'adaptation dans l'exercice de la gouvernance, l'importance d'une synergie entre les initiatives top-down et bottom-up, de capacités de gestion et d'orchestration de processus dynamiques et complexes, de gestion des paradoxes, le renforcement du leadership clinique et médical et de mécanismes favorisant la coopération entre les acteurs

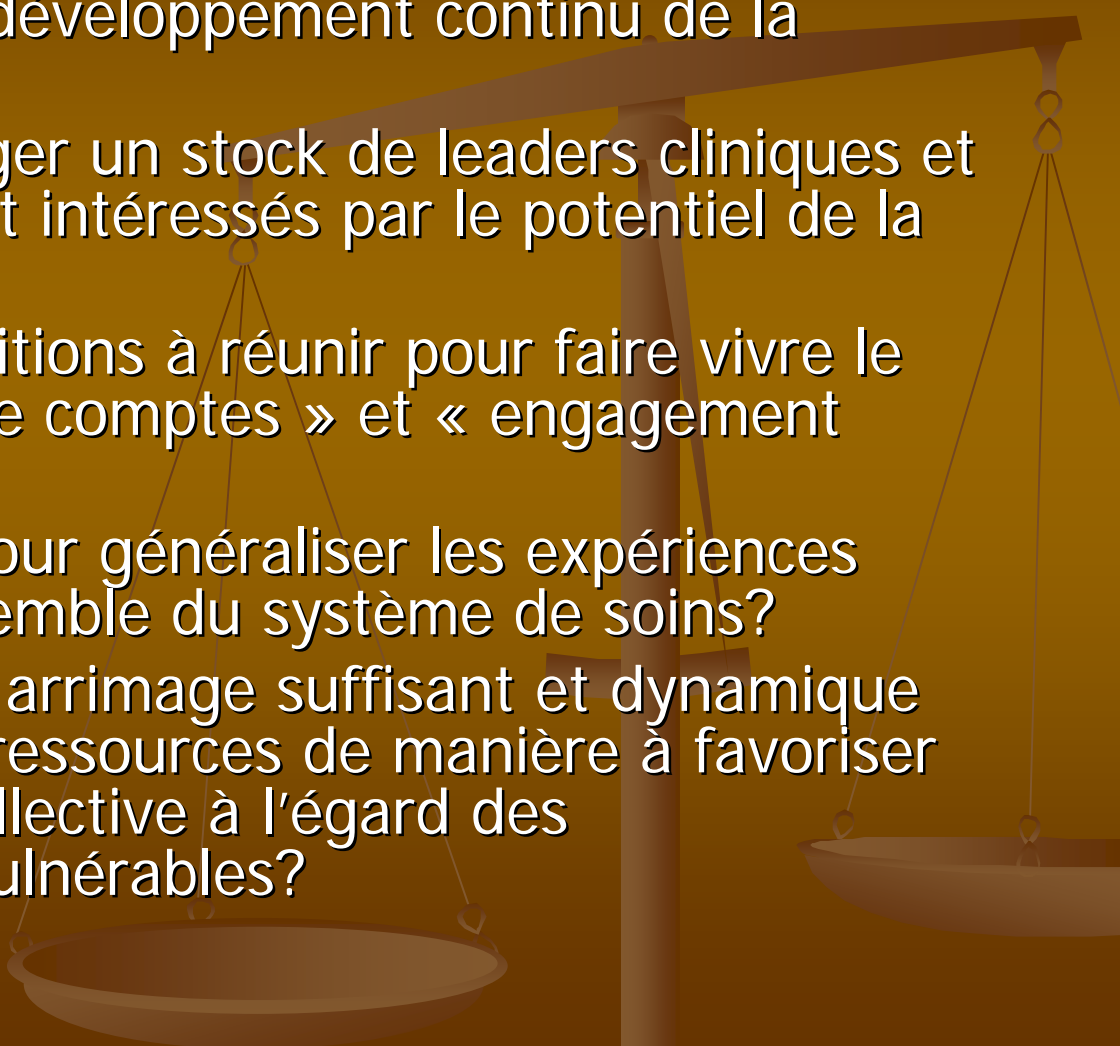
Implications pour l'organisation de la première ligne

- Besoin d'un ensemble de changements orchestrés pour produire l'intégration
 - Les incitatifs économiques ont un rôle important à jouer
 - L'environnement organisationnel de la pratique est aussi déterminant
 - La collaboration interprofessionnelle est un élément du puzzle
- 



“But even ideal payment structures will have desired effects only if care is organized to enable physicians to respond appropriately to new financial incentives. A payer who offers bundled payments for chronic care to a lone PCP in solo practice will likely be disappointed, because that physician’s ability to influence the care delivered by other providers would be severely limited. Thus, in the long term, the ideal payment policy would foster the development of integrated care networks that allow physicians to more seamlessly coordinate care. The more concrete the professional, financial, and legal connections among physicians within these structures, the more potential they would have to align incentives and infrastructure to produce high-quality, coordinated care.” (Pham & Ginsburg, 2007:1596/*Health Affairs*)

Conclusion

- Comment assurer le développement continu de la première ligne?
 - Comment faire émerger un stock de leaders cliniques et managériaux suffisant intéressés par le potentiel de la première ligne?
 - Quelles sont les conditions à réunir pour faire vivre le tandem « reddition de comptes » et « engagement clinique »?
 - Conditions à réunir pour généraliser les expériences prometteuses à l'ensemble du système de soins?
 - Comment assurer un arrimage suffisant et dynamique des organisations et ressources de manière à favoriser une responsabilité collective à l'égard des patients/personnes vulnérables?
- 



"Messy problems demand messy solutions" (*Rhodes, 1997*)