

## Aperçu

Les Équipes Santé Ontario (ÉSO) partageront, une fois qu'elles auront atteint un stade de maturité, de nombreuses caractéristiques avec ce qu'on appelle les « organismes de soins responsables » (OSS) aux États-Unis. RISE a mis à jour et élargi une [synthèse rapide sur les OSS](#) pour éclairer le développement et la mise en œuvre des ÉSO. Le présent document d'information RISE résume les principales conclusions de la synthèse rapide.

Les ÉSO peuvent tirer des leçons de ce qui suit :

- 1) l'évolution des OSS au fil du temps;
- 2) les possibles similitudes et différences entre les OSS et les ÉSO à maturité;
- 3) les effets des OSS sur le quadruple objectif; et
- 4) le soutien technique aux OSS à maturité par rapport au soutien aux ÉSO au lancement.

Au fur et à mesure que les ÉSO se développent, elles pourront s'appuyer sur ce qui s'est bien passé avec les OSS et améliorer ce qui s'est moins bien passé. Par exemple, les effets des OSS sur le quadruple objectif peuvent donner un aperçu des domaines auxquels les ÉSO pourraient devoir accorder une attention particulière pour obtenir les effets souhaités. D'autre part, l'évolution des OSS au fil du temps et les différences par rapport aux ÉSO à maturité font qu'il est difficile pour les ÉSO d'utiliser les estimations des effets pour prévoir les effets des ÉSO. Au fur et à mesure que les ÉSO arriveront à maturité, elles pourront s'appuyer sur leurs réussites respectives et tirer des leçons de leurs échecs respectifs.

## Évolution des OSS au fil du temps

Les OSS sont issus du modèle utilisé pour les organismes de soins intégrés de santé, mais leur croissance s'est rapidement accélérée avec l'adoption de la loi *Patient Protection and Affordable Care Act, 2010* (qui est souvent abrégée en *Affordable Care Act* et surnommée « Obamacare »). Les OSS financés par Medicare (qui finance les soins aux personnes de 65 ans et plus, à certains jeunes handicapés et aux personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale) ont évolué avec le plus d'intentionnalité et en fonction des connaissances tirées du soutien technique et des évaluations fournies ou financées par le Centre for Medicare and Medicaid Services. En plus du programme permanent qui encourage la formation des OSS (le Medicare Shared Savings Program), trois programmes d'OSS de Medicare à durée limitée ont été appuyés :

- 1) les OSS pionniers, qui ont fonctionné de 2012 à 2016 avec une option de prolongation jusqu'en 2018;
- 2) les OSS à paiement anticipé, qui ont fonctionné de 2012 à 2015 et ont été conçus expressément pour relever les défis dans les régions rurales et du Nord; et
- 3) les OSS de la prochaine génération, qui ont débuté en 2016 et qui se poursuivent.

Les quatre principaux changements apportés aux caractéristiques de conception des OSS entre le modèle pionnier et le modèle de la prochaine génération sont les suivants :

- 1) l'utilisation accrue de modèles de paiement comportant un risque à la baisse;
- 2) des changements dans l'analyse comparative (p. ex. de trois ans à un an) et la rémunération (p. ex. de la rémunération principalement à l'acte à une combinaison d'options);

### Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ÉSO et pertinence pour les sections du formulaire de demande complet pour les ÉSO

Le présent document d'information de RISE porte sur l'élément constitutif n° 6 :

- 1) population de patients déterminée
- 2) services pris en charge
- 3) collaboration avec les patients et mobilisation communautaire
- 4) soins aux patients et expérience
- 5) santé numérique
- 6) **leadership, responsabilisation et gouvernance**
  - o **organismes de soins responsables, y compris des cadres de responsabilisation clinique et financière (domaine 45)**
- 7) structure de financement et d'encouragement
- 8) mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu

Il concerne la **section 4** (comment votre équipe travaillera-t-elle ensemble?) et d'autres sections du [formulaire de demande complet des ÉSO](#).

- 3) l'amélioration des prestations (p. ex. y compris les « soins virtuels »); et
- 4) l'accent mis sur la réduction du nombre de mesures de la qualité et sur une meilleure harmonisation de ces mesures.

Il existe actuellement plus de 900 OSS aux États-Unis. En 2017, ces OSS couvraient 32,4 millions de personnes, y compris :

- 1) 19,1 millions de personnes dans les OSS intégrés;
- 2) 9,4 millions de personnes dans les OSS financés par Medicare (décrits ci-dessus); et
- 3) 3,9 millions de personnes dans les OSS appuyés par Medicaid (un programme pour les Américains à faible revenu, qui est financé conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des États et géré par les gouvernements des États).

Les OSS intégrés et les OSS de Medicaid sont beaucoup plus variables dans leurs caractéristiques de conception que les OSS de Medicare financés par le gouvernement fédéral.

## Similitudes et différences entre les OSS et les ÉSO

Les OSS ont quatre principales caractéristiques qu'ils partageront avec les ÉSO à maturité :

- la participation volontaire;
- le quadruple objectif d'amélioration des expériences en matière de soins et des résultats de santé à un coût raisonnable par habitant et comportant des expériences positives pour les professionnels;
- l'accent sur la prestation de soins intégrés à une population définie; et
- le fonctionnement selon un cadre unique d'imputabilité clinique et financière.

Ils présenteront également de nombreuses caractéristiques communes aux huit éléments constitutifs des ÉSO (voir le tableau 1).

**Tableau 1 : Comparaison entre les OSS et les ÉSO à maturité**

Critères d'état de préparation des ÉSO	Principales caractéristiques des ÉSO à maturité	Exemples de caractéristiques clés des OSS
Population de patients déterminée (qui est couvert, et que signifie « couvert »?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ÉSO seront responsables des résultats pour la santé et d'autres paramètres des quatre objectifs pour une population située à l'intérieur d'une région géographique définie en fonction de facteurs locaux et de la façon dont les patients ont généralement accès aux soins (sans établir de cibles pour la taille de la population).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les OSS sont responsables des résultats pour la santé et d'autres paramètres des quatre objectifs pour une population qui répond aux besoins particuliers des bénéficiaires (p. ex. besoins liés à Medicare ou à Medicaid).</li> <li>• En ce qui concerne les OSS de Medicare et de Medicaid, la taille des populations varie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 17 % desservent moins de 10 000 personnes;</li> <li>○ 57 % desservent entre 10 000 et 50 000 personnes;</li> <li>○ 15 % desservent entre 50 001 et 100 000 personnes;</li> <li>et</li> <li>○ 11 % desservent plus de 100 000 personnes.</li> </ul>               Les OSS intégrés ont tendance à être plus grands.             </li> </ul>
Services pris en charge (qu'est-ce qui est couvert?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ÉSO offriront un éventail de soins complet et coordonné pour tous les problèmes de santé, sauf les problèmes les plus spécialisés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les grands OSS (intégrés, de Medicare ou Medicaid) offrent en moyenne 11 des 15 types de services possibles, tandis que les petits OSS (habituellement dirigés par un médecin) offrent en moyenne cinq des 15 types de services.</li> <li>• Les cinq services les plus courants parmi tous les OSS sont les soins primaires (94 %), les analyses de laboratoire et l'imagerie (77 %), les soins spécialisés (74 %), les soins aux patients hospitalisés (71 %) et les soins en urgence (62 %).</li> </ul>
Collaboration avec les patients et mobilisation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ÉSO respecteront les principes du partenariat avec les patients, de la mobilisation communautaire et de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les OSS de Medicare et de Medicaid doivent faire participer les patients à la gouvernance.</li> </ul>

Critères d'état de préparation des ÉSO	Principales caractéristiques des ÉSO à maturité	Exemples de caractéristiques clés des OSS
(comment les patients sont-ils mobilisés?)	co-conception du système, ce qui comprend la nomination des patients, des familles et des aidants aux conseils et aux postes de direction.	
Soins aux patients et expérience (de quelle façon les expériences et résultats des patients sont-ils évalués et appuyés?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ÉSO fourniront des soins intégrés de haute qualité, y compris des services de coordination et de navigation du système 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>95 % de tous les OSS emploient un coordonnateur des soins pour remplir toute une gamme de rôles allant du suivi après le congé de l'hôpital ou d'autres établissements aux appels téléphoniques d'éducation à la santé.</li> </ul>
Santé numérique (comment exploite-t-on les solutions numériques et celles liées aux données?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ÉSO utiliseront des solutions de santé numérique (p. ex. portail de patients, dossiers de santé électroniques et consultations électroniques pour les patients et entre les professionnels) pour appuyer la prestation efficace des soins de santé, l'amélioration continue de la qualité et de la performance, et une meilleure expérience de soins pour le patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de 80 % des OSS de Medicare et de Medicaid déclarent avoir adopté des portails de patients ou des dossiers de santé personnels (un ajout à un dossier médical électronique), la prescription électronique et l'analyse de population.</li> <li>Au moins 50 % des prestataires de soins primaires faisant partie d'un OSS pionnier ou de prochaine génération de Medicare doivent avoir un dossier de santé électronique (c.-à-d. un dossier interopérable entre professionnels et sites).</li> </ul>
Leadership, responsabilité et gouvernance (comment les arrangements de gouvernance et de prestation sont-ils alignés et comment les professionnels sont-ils mobilisés?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ÉSO détermineront leur propre structure de gouvernance, auront des médecins et d'autres dirigeants cliniques occupant des postes de gouvernance ou de leadership, et travailleront dans un cadre unique de d'imputabilité clinique et financière.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les OSS de Medicare et de Medicaid ont une gamme de modèles de gouvernance et de leadership : <ul style="list-style-type: none"> <li>direction conjointe (par une coalition);</li> <li>direction par un hôpital;</li> <li>direction par un médecin;</li> <li>système de prestation intégré (p. ex. structure de gouvernance parentale ou globale).</li> </ul> </li> <li>Les médecins et les autres dirigeants cliniques occupent habituellement des postes de gouvernance ou de leadership dans les OSS de Medicare et de Medicaid.</li> <li>Les OSS de Medicare et de Medicaid travaillent dans un cadre unique de responsabilisation clinique et financière.</li> </ul>
Structure de financement et d'encouragement (comment les arrangements financiers sont-ils alignés?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ÉSO seront financés de façon prospective au moyen d'une enveloppe de financement intégrée fondée sur les besoins en soins des populations de patients qui leur sont attribuées, et ils pourront réinvestir leurs économies pour améliorer les soins aux patients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les OSS font face à un partage des risques, tant à la hausse qu'à la baisse.</li> </ul>
Mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu (comment soutient-on l'apprentissage et l'amélioration rapides?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes fourniront des soins conformément aux meilleures données probantes accessibles et aux normes cliniques, en se concentrant continuellement sur l'amélioration de la qualité.</li> <li>Le rendement des ÉSO sera mesuré en fonction d'un ensemble normalisé d'indicateurs correspondant au quadruple objectif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les OSS de Medicare et de Medicaid rendent compte chaque année d'une série de mesures de la qualité regroupées en quatre domaines : expérience patient/soignant, coordination des soins, santé préventive et prise en charge des maladies chroniques.</li> </ul>

## Effets des OSS sur le quadruple objectif

Une revue systématique et 60 études primaires ont examiné les effets des OSS sur le quadruple objectif (voir le tableau 2 ci-dessous pour un court résumé, et pour ceux qui veulent en savoir plus, voir le tableau 5 dans la synthèse rapide qui l'accompagne, accessible en cliquant sur le lien ci-dessous sous « Ressources clés »). Bien que l'évolution des OSS et les différences de conception par rapport aux ÉSO compliquent les comparaisons, les ÉSO en tant que modèle sont prometteurs. Cela dit, les équipes devront rapidement apprendre et améliorer la façon de « prendre le virage » en ce qui concerne toutes les mesures clés du quadruple objectif.

**Tableau 2 : Effets des OSS sur le quadruple objectif**

Objectif	Effets des OSS
Améliorer l'expérience en matière de soins	Les indicateurs de qualité (p. ex. accès aux soins, niveau de coordination et de communication, durée du séjour, etc.) peuvent s'améliorer après la mise en œuvre des OSS, mais les changements sont souvent mineurs et les paramètres comme les réadmissions à l'hôpital ou les soins pour des troubles particuliers peuvent ne pas être touchés.
Améliorer les résultats pour la santé	Les résultats semblent mitigés, certaines évaluations des OSS ayant constaté une amélioration de l'état de santé des patients qui reçoivent des soins de leur part (p. ex. une légère réduction de la mortalité chez les patients atteints de cancer et de pneumonie, moins de symptômes dépressifs et de meilleurs scores de santé physique, entre autres) et d'autres évaluations n'ayant constaté aucune amélioration ou de moins bons résultats pour la santé de la population.
Maintenir les coûts par habitant à un montant raisonnable	Les OSS peuvent aider à réduire les coûts sans réduire la qualité, et les réductions de coûts peuvent être en grande partie attribuables aux économies réalisées sur les dépenses des patients ambulatoires parmi les patients les plus complexes sur le plan médical et à la réduction de l'utilisation des services de faible valeur.
Offrir une expérience positive pour les professionnels	Peu de données probantes ont été trouvées sur les effets des OSS sur l'expérience des professionnels, deux études ayant révélé qu'une meilleure collaboration dans le cadre des OSS peut aider à augmenter le temps disponible des professionnels. Cependant, dans une autre étude, les professionnels de soins primaires ont suggéré que les objectifs de qualité associés aux OSS entravent l'attention accordée aux besoins des patients.

## Soutien technique aux OSS à maturité par rapport au soutien aux ÉSO

Les soutiens techniques qui ont été fournis aux OSS ont éclairé la conception des soutiens de RISE. Quatre principales observations méritent d'être soulignées :

- 1) le soutien technique aux OSS était très segmenté par rapport aux soutiens de type « guichet unique » offerts aux ÉSO :
  - a) les OSS de Medicare ont été soutenus par un effort national mené par CMS Innovation (qui fait partie du gouvernement américain), le contrat principal ayant été signé par Mathematica au nom d'un certain nombre de partenaires,
  - b) les OSS de Medicaid ont été soutenus en grande partie par des efforts au niveau des États et par un contrat du Fonds du Commonwealth avec le Center for Health Care Strategies en vue de fournir une infrastructure nationale, et
  - c) les OSS intégrés et certains OSS de Medicare et de Medicaid ont également été appuyés par des initiatives indépendantes qui ont vu le jour avec le temps (p. ex. la National Association for ACOs qui appuie l'ACO Learning Collaborative);
- 2) le moment de l'octroi du soutien, en particulier le soutien initial pour les demandes et le développement des candidatures, est semblable au moment de la mise en place des soutiens du « guichet unique » pour les ÉSO;
- 3) les modalités de soutien sont également très semblables aux soutiens du « guichet unique », à l'exception d'une conférence annuelle des OSS (qui peut s'ajouter au « guichet unique » au fil du temps) et d'un tableau de bord pour permettre aux OSS de se comparer entre eux (ce qui n'est pas prévu actuellement pour les ÉSO); et
- 4) le contenu du soutien est également très semblable aux soutiens du « guichet unique », à l'exception des soutiens du « guichet unique » qui accordent de l'attention aux données probantes issues de la recherche comme complément aux données et aux connaissances tacites et expérientielles.

## Ressources clés

Waddell K, Wilson MG, Evans C, Lavis JN. [Rapid synthesis: Learning from the experiences of accountable-care organizations in the U.S.](#) Hamilton, Canada : McMaster Health Forum; 2019.

Moat KA, Waddell K, Lavis JN. Document d'information RISE 11 : Organismes de soins responsables. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 2019.

RISE rédige ses propres ressources (comme le présent document d'information RISE) à l'appui de l'amélioration et de l'apprentissage rapides, et il offre également un accès structuré à des ressources rédigées par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est soutenu grâce à une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario au McMaster Health Forum. Les opinions, conclusions et résultats sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère. Aucun endossement par le ministère n'est visé ou ne devrait être inféré.

ISSN : 2562-7759 (en ligne)