

# « Gouvernance, transformation et performance durable dans les systèmes de santé »


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

Novembre 2008



# Plan


- Un regard extérieur sur notre système de santé
- Gouvernance et performance durable
- Les leviers de l'intégration
- Processus de transformation associé à la mise en place des CSSS



“Messy problems demand  
messy solutions” (*Rhodes, 1997*)




Un regard extérieur sur notre  
système de santé!!




« As the architects of the UK's National Health System (NHS) transformation charted their course at the beginning of this century, they looked, Ham recounts, elsewhere for inspiration and cautionary tales. The worst possible outcome, they concluded, would be to increase spending from 6% to 10% of GDP and end up looking like Canada. By this they meant it should be a travesty to spend so much and achieve so little. »

(Lewis, 2008)



« The Canadian system is the most expensive of the non-US systems, however, its performance is the lowest on several dimensions of quality, including the provision of appropriate, coordinated and patient-centered care, and next to lowest in most other dimensions. »»

(Baker & al., 2008)



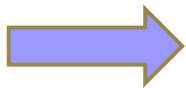
Pourquoi sommes-nous passés d'une situation où nous étions un point de référence pour les systèmes de santé des pays de l'OCDE à une position beaucoup moins avantageuse?

## À quoi reconnaît-on une performance durable?

- Amplification des résultats désirables
- Implantation sur une grande échelle de pratiques informées par les connaissances

*(Denis & Lehoux, à paraître):*

- capacités organisationnelles
- dynamique de traduction
- codification
- Processus continue d'apprentissage et d'innovation



***Une solide infrastructure  
d'amélioration continue de la  
performance***





## **Pour relever le défi de la performance durable**

- **Développer avec plus de détermination une finalité clinique aux dispositifs de gestion et aux organisations**
- **Développer avec plus de détermination une finalité d'ensemble aux dispositifs cliniques**



## Gouvernance alignée sur une performance durable

- Deux interrogations guident les systèmes et les organisations orientées vers une performance durable:
  - Quelle est la valeur ajoutée des pratiques et modes d'organisation en place?
  - De quelles capacités organisationnelles a-t-on besoin pour renouveler les processus de travail, accroître la disponibilité et l'utilisation de l'information et initier et évaluer des stratégies d'amélioration continue des performances?



## Une gouvernance favorable à une performance durable

- ▶ Affirmer de nouveaux objets de gouvernement (qualité, sécurité, santé des populations...)
- ▶ Miser sur de nouveaux rapports entre acteurs (confiance, clarté et constance des règles du jeu; imputabilité argumentative...)
- ▶ Développer de nouveaux rôles et compétences
- ▶ Investir dans l'élaboration de nouveaux instruments et leviers



## Des organisations réceptives à un renouvellement de la gouvernance

- **Reconnaître avec plus de conviction que la qualité des soins et services est tout autant une propriété du système et des organisations que des individus** (Shortell & al., 1998; Ham, Kipping & McLeod, 2003; Oliver, 2007)
- **Reconnaître et agir sur l'interdépendance des niveaux d'intervention et changement des pratiques cliniques** (Shortell & al., 2000; Ferlie & Shortell, 2001; Denis, 2004; Grol & al., 2007; Sullivan & al. , 2008)
- **Mesurer et récompenser à la fois la performance et l'amélioration continue de la performance** (Pink & al., 2005; Hutchison, 2008)




## Des organisations réceptives à un renouvellement de la gouvernance

- **Gérer la performance au-delà des trajectoires individuelles des patients en ciblant le système de production dans son ensemble** (Moisdon, 2008 + Revue POS, numéro spécial sur la gouvernance clinique, 2008)
- **Investir massivement dans le développement d'un stock de leaders organisationnels et cliniques qui maîtrisent les leviers de la performance durable** (Berwick, 2003; Vaughan & al., 2006)
- **Favoriser le développement d'une culture propice à l'amélioration continue** (McCarthy & Blumenthal, 2006)




**Importance de réfléchir  
sérieusement aux conséquences  
des investissements passés,  
présents et futurs sur notre  
capacité à produire les  
transformations**



« 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 drive by clinical evidence – the necessary studies simply haven’t been done. In the absence of valid evidence, other factors impel clinical decision.»

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



# Les leviers pour produire l'intégration des soins & services

Résultats préliminaires et partiels d'une  
analyse systématique *(Denis,  
Contandriopoulos, Dubois, Pomey , Tanon, en cours)*





## **Message 1**

- **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**



## 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




## 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




# Quelques observations sur le processus actuel de transformation


(Projet IRSC – Denis, Contandrioupoulos, Dubois, Lamothe, Langley, *à paraître*)



**La complexité interne de la structure, la nature des relations entre les composantes du CSSS et l'externe et la présence ou non d'un CH à l'intérieur du CSSS influencent l'évolution du changement et le sens accordé à la réforme**




**Le fait d'avoir un CH incorporé à la structure du CSSS pourrait jouer un rôle facilitant à long terme pour l'intégration des soins et services même si à court terme cela peut contraindre fortement la capacité de l'organisation à investir dans des actions à l'égard des déterminants non-médicaux de la santé**




**Le temps est un facteur clef des transformations. Le processus de fusion à la base des CSSS incite les organisations à privilégier la consolidation de la structure organisationnelle dans la première phase du changement. L'arrimage du processus de consolidation de la structure avec une vision novatrice de la stratégie est un défi important pour les CSSS.**







**Les agences régionales se sont dotées aussi de mécanismes pour construire le sens à donner à la réforme et pour influencer les transformations. Entres autres, elles ont fait une distinction entre le développement d'une orientation stratégique nouvelle et leurs responsabilités en matière de gestion courante des opérations. L'enjeu est de s'assurer de maintenir en cohérence ces deux volets de l'action des agences de manière à émettre des signaux clairs aux établissements.**




**Les agences régionales ont cherché à développer leurs stratégies en collaboration avec les directions des CSSS. Il y a là une innovation importante sur le plan de la gouvernance en associant étroitement et formellement la direction des établissements à l'invention et la mise en œuvre d'une stratégie régionale.**




**Cette alliance sur le plan de la  
gouvernance entre les directions des  
établissements et les instances  
régionales laisse entière la question du  
rôle des CA des CSSS dans la  
gouvernance**



**La collaboration agences régionale/ direction des CSSS ne signifie pas, du point de vue des acteurs concernés, que le système est sur la voie de la décentralisation. La décentralisation du point de vue des agences ne semble pas l'enjeu le plus important actuellement. Il y a volonté d'une gestion à l'échelle régionale de la performance qui se distingue des discours habituels sur la décentralisation/dévolution dans les systèmes de santé. Il y a aussi une volonté de la part des agences de favoriser une forte appropriation de la réforme au niveau local.**



**Les agences régionales doivent aussi composer avec des forces importantes qui peuvent influencer leur capacité à appuyer les CSSS dans les transformations actuelles et à venir. Une telle situation témoigne de l'importance d'un alignement fort entre les différents paliers de gouvernance dans le système de santé**



**En général, il y a une perception que les leviers pour opérer les transformations ne sont que partiellement à disposition des établissements. Les initiatives (ex.: comparaison avec K.P.) prises par les Agences pour identifier ces leviers ont permis de mieux comprendre les stratégies propices à une meilleure prise en charge des clientèles tout en augmentant la prise de conscience sur la faiblesse de certains leviers dans notre système de santé**




## Une responsabilité partagée : s'approcher au maximum des conditions favorables à des gains significatifs de performance

- ▶ Intégration des soins et services sans le recours à la capitation ou à différentes stratégies de prépaiement des groupes ou organisations?
- ▶ Amélioration continue de la performance sans leadership médical mobilisateur et engagé? (Kaiser Permanente, Virginia Mason...)
- ▶ Amélioration de la santé de la population sans une organisation de la première ligne performante?




# Conclusion






**«Although the dangers of unintended consequences remain, generation of more equitable provision of prevention and care for these disorders means that the use of financial incentives seems to have the potential to make a substantial contribution to the reduction of health inequalities»**

**(Doran, Fullwood, Konton Pantelis, Reeves, 2008:736)**



« 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)



**«So far, much of the current debate over health care reform in the USA has focused on how to pay for care, but how that care is provided is at least as important. The medical home proposal advances principles that should be at the centre of that part of the debate, for without a major effort to restore primary care the US health care system will continue to be overspecialized, fragmented, and wasteful»**

**-The Lancet, 2007:1055**