

La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA

Integrated care management: the experience of Kaiser Permanente and the Veterans health administration in the USA

Borgès Da Silva G¹, Borgès Da Silva R²

Résumé

Avec une revue de la littérature, nous avons décrit les expériences de gestion intégrée des soins de Kaiser permanente (KP) et de Veterans health administration (VHA), aux USA. Ces organisations de santé (une HMO à but non lucratif et une institution publique) permettent une maîtrise des coûts, compatible avec un haut niveau de qualité des soins. Nous avons analysé les innovations d'organisation et de pratique de soins qu'elles apportent et les principes à retenir pouvant améliorer l'efficacité du système français.

Les résultats de KP et de VHA sont attribués à :

- Une pratique basée sur l'*evidence based medicine* et la gestion par pathologie (*disease management*) adaptée récemment aux affections chroniques. Par rapport au National health service du Royaume-Uni, KP ne réalise que le tiers des entrées en court séjour et les durées de séjour sont réduites de 20%.
- Une direction unique et une absence d'enveloppes financières étanches.
- Une organisation réalisant une intégration à tous les niveaux : gestion conjointe de l'administration avec les médecins, intégration d'un système d'assurance avec un système de soins, des soins ambulatoires avec les soins hospitaliers, de la prévention avec les soins curatifs (*managed care* et *case management*).

Cette cohérence organisationnelle permet aux acteurs interdépendants de trouver du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques, et à s'impliquer dans un travail d'équipe.

En France, l'intégration est lente à s'imposer comme une nécessité pour les acteurs de santé. Cependant, une active gestion par pathologie des 7,5 millions de patients ayant une affection de longue durée pourrait être porteuse d'une dynamique de changement. Comme le suggère le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la médecine-conseil a une opportunité à saisir avec la protocolisation des soins de ces patients.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(4):323-35

Mots clés : organisation des soins ; administration des soins ; recommandations pour la pratique ; gestion intégrée des soins ; efficacité ; gestion par pathologie ; médecine factuelle ; qualité des soins.

Summary

With a review of the literature, we described the integrated care management experiences of Kaiser Permanente (KP) and the Veterans health administration (VHA) in the USA. These types of healthcare organisation (a non-profit HMO [health maintenance organization] and a public institution) enable cost control, compatible with a high quality of care. We analysed the innovations that they provide in terms of organisation and care practices and the principles to be retained in order to improve the efficiency of the French system.

The KP and VHA results can be attributed to:

- A practice founded on evidence based medicine and disease management, recently adapted to chronic conditions. In comparison with the NHS in the United Kingdom, KP has only a third of the amount of short-stays and hospital stay durations are 20% shorter.
- A single management and the absence of a sealed financial envelope.
- An organisation involving integration at all levels: joint administrative management with doctors, integration of an insurance system with a care system, outpatient care with hospital care, prevention with curative care (*managed care* and *case management*).

This organisational consistency enables inter-dependent players to see the point and advantage in coordinating their practices and working together as a team.

In France, integration is slow to be established as a necessity for healthcare players. However, active disease management of the 7.5 million patients with a long-term condition could bring a drive for change. As the *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* (French high council for the future of health insurance) suggests, there is an opportunity to be seized by the insurance medicine system with the protocolisation of care for these patients.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(4):323-35

Key words : community health services/organization and administration; practice guideline; delivery of health care, integrated; managed care; efficiency; disease management; evidence based medicine; quality of health care.

¹ Médecin-conseil chef de service, Département veille et stratégie, Direction stratégie, études et statistiques, CNAMTS (Paris). Président de l'Association nationale des praticiens-conseils pour la promotion de l'analyse du système de santé (www.anasys.org).

² Ingénieur économiste. Doctorante en santé publique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) - Université de Montréal et Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de première ligne (GRÉAS 1) - Direction de la santé publique de Montréal.

Adresse pour correspondance : Roxane Borgès Da Silva, Direction de la santé publique Montréal Centre, Pavillon Lafontaine Santé physique, 1301 rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec), H2L 1M3, Canada.
e.mail : roxane.borges.da.silva@UMontreal.ca

INTRODUCTION

L'efficacité est un des buts qu'un système de santé a vocation d'atteindre [1, 2]. Il doit s'efforcer de fournir des soins pertinents, nécessaires, de qualité, au meilleur coût. Sa régulation doit donc agir à la fois sur la maîtrise des coûts et sur l'optimisation de la qualité de sa production.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité c'est : délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. [3, 4].

Issues des données actualisées de la science, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) expriment des conduites à tenir ou à éviter. Mais si les suppressions des pratiques inutiles entraînent forcément des économies, les pratiques pertinentes ne sont-elles pas responsables d'une majoration des coûts ? Ce coût de la qualité est-il compatible avec la nécessaire maîtrise des dépenses ?

Notre premier objectif a été de rechercher s'il existait des expériences d'organisations de systèmes de santé permettant une maîtrise des coûts, compatibles avec un haut niveau de qualité des soins, validées par des institutions référentes.

Notre deuxième objectif a été, au regard du système de santé français, d'analyser les innovations d'organisation et de pratique de soins qu'apportent ces systèmes et les principes à retenir.

LE CONSTAT

Lors de la réunion des ministres de la santé de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) des 13-14 mai 2004, une des premières questions examinées était : *Comment encourager l'amélioration des normes de qualité des soins et l'adoption de pratiques exemplaires ?* [5]. Selon l'OCDE, des soins sont abusivement utilisés, sous ou mal employés, par le fait de défaillances du système. La part d'arbitraire et d'illogisme intervenant dans les décisions médicales et leur exécution excède largement celle imputable à l'incertitude, à l'absence de connaissances scientifiques, et à la variation statistique affectant la pratique [6].

L'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins pourraient donc réduire les dépenses en

éliminant les interventions inappropriées, en imposant des stratégies préventives efficaces et en évitant les conséquences des erreurs médicales. Il s'agit aussi d'accepter la faillibilité de l'être humain et de concevoir, avec les nouvelles technologies informatiques, des systèmes résistants, compensant ou suppléant, aux défaillances humaines.

L'OCDE incite donc les pays affiliés à appliquer des réformes fondamentales pour parvenir, par la qualité et par une organisation plus efficace des soins, à une meilleure régulation des systèmes de santé.

Comme le montrent de nombreux articles publiés, notamment, dans la Revue médicale de l'assurance maladie [7-31] : il existe un hiatus entre les pratiques de soins constatées et celles qu'elles auraient dû être si elles étaient fondées sur les RPC.

La qualité des soins n'est pas uniquement déterminée par la libre volonté du professionnel fournissant ces soins. Sa liberté d'action n'est pas totale. Le mode d'organisation de la distribution des soins, de relation entre le secteur ambulatoire et hospitalier, d'accès aux spécialistes, de rémunération du professionnel, la liberté de déambulation du patient dans le système de soins déterminent aussi le comportement du médecin et la qualité de la production des soins. Souvent, le mode d'organisation des systèmes de santé n'est pas suffisamment incitatif vis-à-vis du patient comme du professionnel de santé pour la meilleure pertinence des soins. En effet, il est la résultante de trois grandes valeurs que portent nos sociétés : l'équité, la liberté individuelle et l'efficacité [32]. Et l'équilibre entre les trois est difficile à respecter.

Les expériences que nous rapportons ici sont donc analysées à travers leur mode de pratique de soins et leur mode d'organisation des soins. Ces deux visions d'une même réalité nous ont paru indissociables.

LES INNOVATIONS POSITIVES

A partir des données nationales, il est habituel de conclure que les Etats-Unis disposent d'un système de santé coûteux et peu efficace. En 2002, ses dépenses de santé atteignaient 14,6 % du produit intérieur brut (PIB) alors que ce rapport n'était que de 7,7 % au Royaume-Uni. Cependant, le système de santé des Etats-Unis est constitué d'une mosaïque de modèles très différents. C'est notamment là que l'on trouve deux expériences innovantes citées l'une par l'OCDE [6] et l'autre par l'OMS [33].

D'autres expériences auraient pu être citées. Comme l'un des éditorialistes du BMJ [34], nous avons retenu ces deux-là, car elles nous ont paru porteuses de sens et révélatrices des contraintes auxquelles sont confrontés

ceux qui travaillent pour une meilleure efficacité de leur système de santé.

Les données qui suivent sont extraites de nos références bibliographiques. Nous en analyserons les principes à retenir dans le chapitre suivant.

Ces références sont issues d'une recherche sur PubMed (Medline) de tous les articles, parus depuis 2000, sur les expériences d'organisation des soins de Veterans health administration et de Kaiser permanente.

1. L'expérience de Veterans health administration

Veterans health administration (VHA) est une institution publique des États-Unis. Cet organisme dispose de 163 hôpitaux, 850 cliniques et 137 dispensaires [35]. Sa mission est de prendre en charge les soins médicaux et de rééducation des anciens combattants. Il couvre 3,5 millions de personnes. Au début des années 90, des dysfonctionnements ont terni sa réputation et ont suscité une restructuration. Il a mis en place des centres de soins de première ligne et a constitué un réseau de services intégrés globalisant l'offre de soins à ses assurés, dans une seule institution. Il a développé un programme de gestion et d'amélioration de la performance, un investissement dans les technologies de l'information et dans l'utilisation de RPC [36]. Ces innovations ont permis des améliorations importantes de la qualité des soins [37]. En quatre ans, la mortalité liée à une intervention chirurgicale a chuté de 9 % et l'observance des normes de soins préventifs s'est élevée de 34 % à 81 % [38].

Une étude, réalisée sur les données de 1997 à 2000, a comparé la qualité des soins de ses patients à celle d'un échantillon tiré au sort de la population des États-Unis (avec cependant un taux de non réponses de 49 %). Les résultats sont en faveur de VHA pour les soins des affections chroniques (72 % vs 59 %), en particulier, pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de la dépression, du diabète, de l'hyperlipidémie, de l'hypertension, et pour les soins préventifs (64 % vs 44 %). Pour les soins des affections aiguës, les résultats sont légèrement en faveur de l'échantillon national (53 vs 55 %) [39].

Une autre étude a comparé les soins curatifs et préventifs fournis par VHA à ceux de Medicare¹ sur un échantillon d'assurés des deux institutions. En 2000, ils étaient de meilleure qualité que ceux de Medicare pour 12 des 13 indicateurs examinés : seul l'examen ophtalmologique des diabétiques donne un résultat favorable à Medicare (67 % vs 74 %) [40].

Le coût estimé par patient a notamment chuté de 25 % en cinq ans [6], suggérant que l'amélioration de la qualité et le contrôle des coûts peuvent aller de pair.

2. L'expérience de Kaiser permanente

Cette expérience est citée par l'OMS comme une intégration réussie de la prévention et des soins de qualité au meilleur coût.

Kaiser permanente (KP) fournit à 8,2 millions de personnes (dont 6,3 millions sont en Californie) des services semblables à ceux du National health service (NHS) du Royaume-Uni. C'est une *health maintenance organisation* (HMO) à but non lucratif regroupant sous une seule direction une assurance et une organisation de soins (12 000 médecins, 136 500 employés, 30 hôpitaux, 437 cliniques). Le prix de ses services (capitation annuelle) est de près de la moitié de celui que pratiquent d'autres HMO du pays. Sa marge de profit était de 6,4 % au premier trimestre 2005 [41]. Elle suit les principes de la gestion intégrée des soins (*managed care*) [42] et de la gestion par pathologie (*disease management*) que nous développerons un peu plus loin. Plusieurs articles [43-48] parus dans le British medical journal (BMJ) depuis 2002 ont comparé KP en Californie au NHS au Royaume-Uni, avec des ajustements statistiques pour effacer les différences structurelles des deux zones (structure d'âge de la population, caractéristiques socioéconomiques, etc.). Le débat qui a suivi leur parution a couvert plus de 70 pages du BMJ. Ce sujet a été évoqué dans différentes instances politiques nationales (Grande-Bretagne, Canada, etc.).

Le NHS couvre la totalité de la population britannique. KP reçoit principalement les adhésions de groupes de personnels d'entreprises (avec leurs familles) et les patients de programmes gouvernementaux tels que Medicare. Il n'y a pas de sélection à l'entrée et pas d'exclusion ensuite. Les assurés paient un forfait annuel et ne sont pris en charge qu'auprès des prestataires de KP. Dans l'article principalement cité ici [43], il n'y a pas eu d'ajustement en faveur de KP pour compenser la plus forte exigence des patients et l'attitude plus interventionniste des médecins, aux États-Unis. De même, il n'y a pas eu d'ajustement prenant en compte les références sociologiques en matière de soins, fondamentalement différentes entre les deux pays.

Les deux systèmes fournissent des services semblables : séjours hospitaliers, urgences, soins ambulatoires, optométrie, réadaptation, soins à domicile. Le NHS fournit une plus grande couverture en soins dentaires et en suivi au long cours des affections psychiatriques chroniques. Ces différences ont été ajustées dans la comparaison qui suit.

Après ajustement, les coûts par personne couverte et par an étaient assez proches : 1764 dollars pour le NHS et 1951 dollars pour Kaiser permanente. Les prestations fournies par les deux services ont été comparées :

¹ Assurance maladie fédérale des États-Unis destinée aux personnes de plus de 65 ans et aux handicapés.

- dans le NHS, le médecin de soins de première ligne est un médecin généraliste. Les médecins travaillent en groupe de trois à cinq. Ils sont souvent aidés par une infirmière (pour environ trois médecins) et celle-ci a des attributions cliniques limitées. Un quart des groupes médicaux du NHS est équipé d'une pharmacie ;
- dans KP, le médecin de soins de première ligne est un spécialiste de médecine familiale, ou de médecine interne, ou de pédiatrie, ou d'obstétrique, ou de gynécologie. De ce fait, il y a peu de transferts vers un niveau de qualification supérieur. Il travaille dans des centres de soins multidisciplinaires de 20 à 40 médecins. Il est aidé par des infirmières praticiennes, ayant leur propre clientèle, et habilitées au diagnostic et à la prescription de certains médicaments. Le laboratoire d'analyses biologiques, la radiologie et la pharmacie sont sur place. Les médicaments sont parfois rapidement postés à partir d'une pharmacie du réseau [49]. Ces centres sont ouverts le soir et le week-end pour les urgences. Certains d'entre eux disposent de nutritionnistes, de physiothérapeutes, d'éducateurs pour la santé, de psychologues, etc. Tout est fait pour encourager la consultation de première ligne. KP considère qu'elle peut éviter des frais majorés lors de soins plus tardifs [50] ;
- KP a plus de spécialistes que le NHS (deux à trois fois plus d'obstétriciens-gynécologues, d'oncologues, de cardiologues). Les délais de transfert vers le spécialiste ou d'inclusion dans un programme chirurgical sont donc plus courts ;
- parmi les différences majeures, le NHS utilise 1000 journées de lits d'hospitalisation aiguës contre 270 journées pour KP (pour 1000 personnes et par an). Les durées moyennes de séjours y sont de cinq jours pour le NHS contre 3,9 pour KP. Pour faciliter le retour à domicile du patient hospitalisé, une éducation à la récupération de son autonomie lui est fournie par KP. A sa sortie il bénéficie d'aides à domicile et d'assistance téléphonique ;
- la durée moyenne de la consultation de première ligne est de 8,8 minutes dans le NHS. Pour KP, elle varie selon la spécialité : 20 minutes chez le médecin de famille, 15 minutes chez l'obstétricien ou le gynécologue, 10 minutes chez le pédiatre ;
- l'accès à un spécialiste nécessite, pour 80 % des patients, une attente de 13 semaines dans le NHS et deux semaines pour KP ;
- un tiers des patients du NHS est admis à l'hôpital dans un délai supérieur à cinq mois, alors que 90 % des patients de KP sont admis dans les trois mois ;
- les taux de vaccinations des enfants, le taux de femmes ayant réalisé les examens de dépistage du cancer du sein et du col et le taux de transplantations cardiaques sont semblables dans les deux systèmes mais KP réalise 78 % de greffes rénales en plus. Le taux

d'examen du fond d'œil des patients diabétiques est supérieur dans KP ;

- dans KP, plus du double des patients sont mis sous bêtabloquant après un infarctus du myocarde, et deux à trois fois plus d'angioplasties et de pontages coronariens ont été réalisés. Les auteurs [43] ne précisent pas le niveau de conformité de ces interventions vis-à-vis des RPC dans les deux systèmes comparés. Cependant, structurellement, les deux systèmes n'incitent pas à la pratique d'actes inutiles.

La plus forte densité de certains spécialistes de KP est, pour certaines spécialités, liée à des spécificités culturelles américaines (oncologistes, obstétriciens). Pour d'autres spécialités, cette forte densité est un facteur de réduction des temps d'attente et d'amélioration de la qualité des soins. KP se situe dans un univers concurrentiel et se doit d'avoir un fort taux de satisfaction de ses affiliés pour pouvoir compter sur le renouvellement de leur affiliation. Cette densité de spécialistes permet d'éviter des hospitalisations. Elle sert aussi à transférer l'activité relevant de l'hôpital vers des « hôpitaux virtuels » à domicile (équivalents de nos services d'hospitalisation à domicile, avec des spécialistes et une assistance téléphonique).

Lors du recrutement, seul un médecin sur sept est accepté. Il suit une formation de deux semaines au leadership et à la gestion.

Les programmes de gestion des maladies chroniques (*disease management*) et la large plage d'ouverture des centres de soins de première ligne réduisent aussi l'utilisation des services d'urgence hospitaliers.

Des stratégies de proximité visent à dépister les patients souffrant de maladies chroniques chez les consultants comme chez les affiliés qui n'ont pas consulté dans les centres de soins de première ligne. Le but est de les inscrire dans un programme de prise en charge précoce. Les patients bénéficient alors de services adaptés à leurs besoins : prévention, éducation pour la santé ou pour leur autonomie selon la gravité [51].

Les prises en charge, notamment des maladies chroniques (*disease management*) sont fondées sur l'*evidence based medicine* et sur les RPC. L'adéquation est contrôlée à toutes les étapes de la prise en charge. Le Care management institute de KP élabore les meilleures pratiques de gestion clinique et financière des pathologies les plus coûteuses. Le Medical director's quality committee/review suit l'évolution de l'amélioration de la qualité des soins.

La première raison avancée pour expliquer l'efficacité de KP tient à sa meilleure utilisation des lits de court séjour hospitalier. Ces gains lui permettent d'employer plus de spécialistes et de diminuer ses délais d'attente.

La deuxième raison est l'intégration à tous les niveaux

[45] et à une libre circulation des flux financiers (pas d'enveloppes étanches ou de « silos » financiers) :

- l'association des médecins (regroupés dans la Permanente federation) et l'administration (Kaiser foundation health plan and hospitals) constituent une direction conjointe, unique pour l'ensemble de l'institution (Kaiser permanente partnership group). Les représentants des médecins sont élus. Cette implication permet d'offrir les soins les plus appropriés et de contrôler leur mise en œuvre, notamment dans le suivi des maladies chroniques. Ainsi le nombre de séjours hospitaliers est divisé par trois, par rapport au NHS. Ceci réduit les coûts par un effet direct, mais aussi par une diminution de l'exposition aux risques hospitaliers (infections nosocomiales, pathologies iatrogènes, etc.) ;
- les médecins employés par KP partagent les objectifs et la responsabilité de l'organisation tout en veillant à la qualité des soins. Celle-ci est fondamentale dans le contexte concurrentiel. Leur but est de fournir, ensemble, des soins de haute qualité au meilleur coût, dans une vision globale de la santé et avec l'implication d'une équipe. La responsabilité collective dans la pertinence et l'efficacité des soins permet d'en améliorer l'équité [52] ;
- les médecins ont une activité exclusive pour KP et n'ont donc pas d'activité secondaire comparable à l'activité « privée » trouvée dans d'autres systèmes. Ils sont salariés et obtiennent jusqu'à 20 % de leur rémunération en primes, en fonction des résultats cliniques. Un médecin de famille débutant gagne 43 % de plus chez KP que dans le NHS, et un spécialiste 115 % de plus. Cependant, les auteurs cités [43] ne donnent pas d'éléments de comparaison entre les pouvoirs d'achats liés à ces salaires dans les deux pays ;
- l'intégration d'un système d'assurance et d'un système de soins responsabilise les soignants vis-à-vis des ressources financières limitées. Les professionnels sont salariés et ne sont donc pas sujets aux pressions du clientélisme. Ils sont directement confrontés à la nécessité, avec les ressources, de faire plus pour la collectivité des patients plutôt que pour un individu en particulier. Ainsi les médecins participent à la maîtrise des flux financiers et aux décisions d'investissements à faire dans l'intérêt de l'ensemble des affiliés. La rationalisation du recours à l'hôpital est une des conséquences de cette responsabilisation ;
- l'intégration des soins ambulatoires et des soins hospitaliers, centrée sur le patient, facilite la circulation optimale du patient entre ces deux espaces. Les spécialistes travaillent dans les mêmes centres de soins que les médecins de famille, ce qui facilite l'adaptation de la réponse du système au besoin du patient. Les médecins n'ont aucune incitation à hospitaliser ou à allonger les séjours. Le patient est traité par le niveau de compétence le plus approprié. Le parcours de soins est le plus rapide et le plus efficace possible.

La coordination des soins permet d'optimiser l'emploi des explorations complémentaires et de planifier, à l'avance, l'utilisation du temps du séjour hospitalier pour chaque patient ;

- l'intégration de la prévention, de la promotion de la santé, du diagnostic, du traitement et de la prise en charge sociale améliore la cohérence globale. Les axes d'intervention en prévention des centres de première ligne sont principalement : le maintien d'un poids idéal, une alimentation saine, l'arrêt du tabac, les exercices réguliers, la consommation modérée d'alcool, la mammographie et le frottis cervical, le dépistage du cancer colorectal, le dépistage et le contrôle de l'hyperlipidémie et de l'hypertension, la vaccination contre la grippe [53].

La troisième grande raison est que KP a considérablement investi dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication et 2 % de son budget total sont consacrés au dossier médical informatisé partagé du patient (3,2 milliards de dollars répartis sur les dix prochaines années). KP met en place un système d'informations cliniques, saisies à la source des soins, au moyen de données et d'une terminologie commune [41, 54, 55]. La base de données de KP lui permet de réaliser des projets de recherche contribuant à améliorer le système de soins et à développer les connaissances.

De son côté, le NHS consacre 0,5 % de son budget au développement des techniques d'information.

Sans mener de comparaison avec le NHS, nous avons étudié le développement récent des travaux dont KP est sujet ou acteur. Nous avons constaté que l'expression « kaiser permanente » extrait en moyenne, par *mapping* sur PubMed, 210 articles par an, entre 1997 et 2003. A partir de 2004, la moyenne annuelle dépasse 300 articles dont un cinquième est publié dans les meilleures revues mondiales (*Core clinical journals*). La plupart de ces articles sont écrits par le personnel de KP.

LES PRINCIPES D'EFFICIENCE

Les principes à retenir sont communs aux deux expériences. Cependant les publications concernant VHA ont principalement montré que la qualité pouvait être améliorée en réduisant les coûts. Celles portant sur KP, dans le contexte de sa comparaison avec le NHS, sont plus nombreuses et ont cherché à tirer des enseignements sur l'organisation des soins ayant permis sa réussite. C'est pourquoi nos développements s'appuient plus souvent sur l'expérience de KP.

Les ajustements permettant la comparaison sont évidemment contestables et des charges ont pu être sous-évaluées (équité d'accès aux soins, continuité des soins, charge en formation, etc.). Cependant les résultats incitent à la réflexion.

Dans cette réflexion, on se souviendra que la comparaison des coûts est faite avec le NHS. Or, le ratio des dépenses de santé sur le PIB en France est de 30 % supérieur à celui du Royaume-Uni. Le système français est donc plus cher. Aucune étude ne permet d'affirmer qu'une efficacité supérieure justifie cette différence de coût.

1. Réduire le poids de l'hospitalisation en court séjour dans les dépenses de santé

Un des points forts de KP réside dans la diminution des séjours en service hospitalier de court séjour et la diminution des durées de séjour (3,9 jours en moyenne).

La réduction du rôle de l'hôpital est une tendance lourde que l'on retrouve dans d'autres systèmes de santé. Elle est attribuable à la fois à la transition épidémiologique (nous reviendrons sur ce terme plus loin), à l'amélioration de la gestion des séjours, au développement de la chirurgie ambulatoire, mais aussi au progrès thérapeutique notamment anesthésique ou chirurgical (coelioscopie) et aux traitements pharmacologiques substitutifs d'interventions chirurgicales (ulcère gastro-duodéal par exemple).

L'avantage de KP peut être attribué à la programmation détaillée des séjours et la synchronisation des interventions de chaque professionnel. C'est notamment lors des séjours nécessitant des explorations menées par différents services que cette programmation peut avoir un effet sur la durée.

Le faible nombre d'entrées hospitalières (69 pour KP vs 200 pour le NHS, pour 1000 personnes et par an) est attribuable à la gestion par la pathologie (*disease management*) et au programme de prévention qui lui est associé. La forte concentration de spécialistes dans les centres de soins de première ligne contribue à limiter le recours à l'hospitalisation.

En France, la tarification à l'activité (T2A) en cours d'installation, tend à lier le financement des établissements publics et privés à leur activité mesurée avec les groupes homogènes de séjours. Cette réforme peut être fortement incitative d'une meilleure coordination interne et d'une réduction des durées des séjours. Cependant, le relais avec la prise en charge ambulatoire n'est pas systématiquement coordonné.

2. Intégrer la prévention aux soins

Selon l'OMS, les systèmes de santé doivent intégrer la prévention aux soins [33]. Les expériences font apparaître l'impact stratégique à long terme d'un modèle favorisant l'intégration de la médecine et certains domaines de la santé publique (prévention). Ce modèle contribue à l'amélioration de la cohérence globale, de la performance du système de santé, et à une meilleure prise en charge des patients.

Depuis 2000, la gestion intégrée des soins et de la pré-

vention est devenue une préconisation de l'OMS (Groupe OMS Maladies non transmissibles et santé mentale). Ce concept d'organisation des soins est différent de celui qu'ont développé les HMO privés. Il s'agit d'un nouveau cadre de prise en charge des affections chroniques centré sur l'idée selon laquelle on obtient les meilleurs résultats lorsque se constitue une triade des soins de santé. Cette triade est un partenariat entre les patients et les familles, les équipes soignantes et les communautés, qui fonctionne au mieux lorsque chaque membre est informé, motivé et préparé à prendre en charge la santé et qu'il communique et collabore avec les autres membres de la triade. Celle-ci subit l'influence et reçoit le soutien de l'organisation qui dispense les soins de santé, de la communauté élargie et de l'environnement décisionnel. Lorsque l'intégration des différents éléments est optimale, le patient et la famille deviennent des participants actifs aux soins, avec le soutien de la communauté et de l'équipe soignante [33]. Les besoins vis-à-vis du système de santé ont changé parce que, en quelques dizaines d'années, les pathologies les plus fréquentes ne sont plus les mêmes. Les maladies infectieuses, principales causes de morbidité et de mortalité depuis des siècles, ont cédé progressivement le pas aux maladies chroniques (cardiovasculaires, cancéreuses, rhumatismales, etc.). Ce phénomène est connu sous l'appellation de transition épidémiologique [56].

Le modèle de fonctionnement du thérapeute diagnostiquant et traitant, dans l'instant de la consultation, n'est plus adapté à cette situation nouvelle. Il doit aussi promouvoir la santé, prévenir les maladies (prévention primaire), les dépister à leur début (prévention secondaire), en éviter les complications et les séquelles (prévention tertiaire). Ce travail obtient sa pleine efficacité quand il est réalisé en équipe multidisciplinaire articulée avec les autres prestataires du système de santé.

A l'hôpital, le schéma du malade sortant guéri, après une maladie aiguë, n'est plus le cas le plus fréquent. Les patients sont souvent atteints de maladies chroniques et entrent pour des bilans, des phases thérapeutiques complexes et des rééquilibrages de traitements. Ces patients vont et viennent, entre médecins de ville et hôpital, au gré de l'évolution de leur affection. Ces états pathologiques nouveaux imposent de coordonner l'intervention des différents professionnels. Les difficultés posées par la multiplication de ces interfaces, touchant à la fois à la qualité des soins et à celles de la prise en charge globale du patient au sein du système de soins, ne peuvent plus être ignorées. Si on ne parvient pas à éviter ou à prendre en charge correctement les pathologies chroniques, elles grèveront lourdement le budget des systèmes de santé.

L'OMS préconise de mieux utiliser les ressources dont disposent les systèmes de santé pour favoriser la prévention. Tous les contacts avec le patient doivent être

des occasions pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

En France, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport annuel de 2003 [57], propose aussi de revenir sur le cloisonnement inopérant entre médecine curative et médecine préventive.

La loi 806-2004 relative à la politique de santé publique (9 août 2004) a créé la consultation de prévention du médecin traitant. Elle sera instaurée dans le cadre d'un contrat de santé publique entre le professionnel et l'Assurance maladie. Il reste, cependant à en définir le contenu et à élaborer les outils pouvant aider les professionnels dans cette nouvelle activité.

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) réalisent parfois cette association de la prévention, du traitement et de la prise en charge sociale. Cependant, l'articulation avec le système de santé est encore insuffisante.

3. Réaliser l'intégration des soins

Selon A.P. Contandriopoulos *et al*, l'intégration est le processus consistant à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. Cette intégration organise une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique, de façon à créer un espace dans lequel les acteurs interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier. Selon ces auteurs, la cohérence résulte de la mise en œuvre durable de cinq dimensions du processus d'intégration [58, 59] :

- l'intégration des soins portant sur la continuité et la globalité des soins s'articulant autour du patient ;
- l'intégration d'équipes (ou intégration médicale [60]) multidisciplinaires (médecins, infirmières, intervenants sociaux, etc.) consistant à les articuler au réseau et notamment aux soins de deuxième ligne. Elle met, à la disposition des équipes, les informations nécessaires pour suivre et évaluer les prises en charge des patients et les résultats obtenus ;
- l'intégration fonctionnelle articulant avec les équipes intégrées, les systèmes de financement, d'information et de gestion, avec une direction commune ;
- l'intégration normative donnant un système de référence commun à l'ensemble des acteurs ;
- l'intégration systémique donnant une cohérence du système intégré avec le projet dans lequel il agit et avec sa dynamique.

Pour fournir des soins de qualité au meilleur prix, les systèmes de santé doivent inciter les acteurs à coopérer de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles.

Le niveau d'intégration et de coordination peut varier en fonction des besoins mais il est essentiel de construire une vision partagée et une philosophie d'action commune. La fourniture de soins peut alors librement répondre au besoin et non plus à l'incitation (actes inutiles ou multipliés pour des raisons économiques ou par clientélisme, demandes de consommations irrationnelles des patients, etc). Le système peut alors maîtriser la redistribution des ressources et affecter ses gains d'efficacité aux interventions les plus porteuses de gains de santé collective.

L'analyse des contraintes du mode de rémunération est ancienne. Dès 1974, J.-P. Denis et S. Karsenty [61] écrivaient que dans un système de paiement à l'acte, le médecin subit l'usure psychologique du médicament, et se doit de prescrire le dernier médicament sorti sous peine de transférer sur lui-même cette obsolescence. Cette incitation à une modernité factice est liée à un mode d'organisation où le médecin n'est pas libre vis-à-vis des incitations de la clientèle. Si l'organisation du système de santé ne rend pas sa liberté d'agir au prescripteur, l'optimisation de la qualité est vécue, par lui, comme une contrainte.

La réussite des systèmes innovants que nous avons cités tient principalement à un mode d'organisation impliquant le prescripteur et toute l'équipe soignante dans des valeurs partagées de qualité et d'efficacité au bénéfice des patients. Des travaux ont montré que dans les soins de première ligne, il existe une relation entre le degré de culture coopérative de l'équipe soignante (coordination, continuité, délégation, sens du travail d'équipe) et la façon dont les diabétiques et les asthmatiques contrôlaient leur maladie. Ainsi, un supplément de 15 % de patients contrôlaient leur maladie avec les équipes les mieux gérées [62, 63].

Selon D. Lenoir, les réformes en cours dans de nombreux systèmes de santé puisent leur adaptation parmi les concepts de gestion intégrée des soins. [64].

En France, la gestion intégrée des soins est un concept émergent lentement dans un système fortement rigidifié. Des réseaux de santé se sont mis en place de manière informelle dans les années 80, puis expérimentale en 1996, avant de s'ouvrir à la généralisation (loi de financement de la sécurité sociale de 2002). Depuis 2001, la contractualisation des relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé pourrait permettre d'inciter à un partage des objectifs et des responsabilités (accords de bon usage des soins, contrats de bonne pratique ou de santé publique).

La loi 810-2004 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie renforce la coordination des soins et le contrôle qualité des prestations proposées au remboursement. L'obligation d'exercer selon des pratiques conformes aux données acquises de la science est inscrite dans cette loi. Elle met en place un processus pour définir le

périmètre des soins remboursables et cette définition est confiée à la Haute autorité de santé. Elle structure un réseau national centralisé de gestion des risques. Elle introduit une incitation financière pour le patient à un accès coordonné à des prestataires de soins. Son parcours dans le système de soins peut être coordonné en fonction de ses besoins en santé. Cette loi établit un repérage de la clientèle d'usagers autour de son médecin traitant, permettant de fournir à celui-ci les caractéristiques de son activité pour qu'il puisse les suivre et optimiser sa pratique.

Elle crée le dossier médical personnel informatisé et donc partageable entre les professionnels de santé.

La loi initie des expériences de regroupement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), en charge des soins hospitaliers, et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), en charge des soins ambulatoires. Les futures agences de santé (ARS) seront une forme d'intégration fonctionnelle unissant le financement et l'information des systèmes de soins régionaux. Un Institut des données de santé veillera à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données.

Les ARS peuvent ainsi être porteuses d'une déconcentration, au niveau régional, de la décision financière et donc de la perméabilité des cinq enveloppes budgétaires (dotation globale, objectif quantifié national, dotation des réseaux de santé, prévention, dotation du secteur médico-social). En effet, un des avantages majeurs de KP est lié à l'absence d'étanchéité des budgets et des décideurs proches des acteurs. L'échelle d'activité de KP est équivalente à celle d'une grande région française et la comparaison, en terme de gestion, est donc envisageable.

L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 et le décret 2005-421 du 4 mai 2005 organisent la nouvelle gouvernance des établissements hospitaliers publics. Ces textes créent un conseil exécutif et des pôles d'activité visant à associer les directeurs et les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales des établissements. Ces pôles d'activité sont dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée. Les personnels hospitaliers participent au fonctionnement de cette organisation dans le cadre des conseils de pôles. Le recours à une démarche de contractualisation doit permettre le décloisonnement des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire.

Une volonté de décloisonnement anime l'évolution du système de santé français mais la sensibilisation de tous les acteurs à cette ouverture est encore à acquérir.

4. Instaurer la gestion par pathologie (*disease management*)

Selon la Disease management association of America², la gestion par pathologie est un système coordonné d'interventions en soins de santé et de communications pour des patients s'impliquant dans des efforts significatifs. Elle s'accompagne de plans de soins définis entre le patient et le médecin ; elle prévient les épisodes aigus et les complications en utilisant les RPC issues de l'*Evidence based medicine*, et les stratégies d'implication (*empowerment*) des patients ; elle évalue les résultats cliniques, humains et économiques dans le but d'améliorer la santé de la collectivité.

Cette gestion par pathologie est mise en œuvre par les médecins de VHA et de KP. Les médecins de première ligne ont, en général, une vision positive de ce modèle de suivi du patient [65]. Cette gestion par pathologie est une pratique intégrée dans une organisation basée sur le *case management*, c'est-à-dire sur une coordination et un suivi des soins et des services par une direction identifiée, notamment pour des types de cas ciblés en raison des potentialités d'amélioration de la prise en charge.

Depuis 2000, ces institutions se sont ouvertes à une nouvelle forme de prise en charge. Celle-ci met en cause le suivi ponctuel à l'acte, répondant au besoin des affections aiguës mais pas à celui du patient souffrant d'une affection chronique et de ses proches. Le *chronic care model* (CCM) a insisté sur l'intégration des soins autour du patient et sur son autonomisation dans la gestion de sa maladie. Le patient doit acquérir les connaissances, les comportements et les capacités nécessaires pour gérer lui-même sa maladie et mieux utiliser les services et moyens d'assistance existants afin d'obtenir l'aide dont il peut avoir besoin. La continuité des soins est assurée par une équipe multidisciplinaire, un système d'information et d'aide à la décision, des protocoles standardisés et des RPC. Le patient bénéficie souvent d'une assistance téléphonique ou par messagerie. Il s'agit d'un programme national américain appelé Improving Chronic Illness Care (ICIC), réalisé par la Group Health Cooperative of Puget Sound du MacColl Institute for Healthcare Innovation [66-68]. En 2004, avec la participation de l'OMS, il est devenu un programme global dénommé *Innovative care for chronic conditions* (ICCC) [69].

Au Canada et aux États-Unis, cette gestion des maladies chroniques a donné de bons résultats notamment dans le diabète, l'asthme, l'insuffisance cardiaque, la dépression, les affections rhumatismales, l'insuffisance rénale chronique terminale [70-73]. La réduction des coûts est attribuable à la réduction du taux d'erreurs, à

² www.dmaa.org/definition.html.

la diminution des hospitalisations grâce à une facilitation de l'accès aux consultations de première ligne, au suivi infirmier à la sortie des hospitalisations, au suivi ciblé de pathologies à risque d'hospitalisations itératives (cardiopathies chroniques par exemple), à la réduction des soins inadéquats par une prise de décision partagée avec le patient [74].

En France, la loi 810-2004 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit un nouveau modèle de gestion par pathologie des affections de longue durée³ (ALD) visant à améliorer la qualité des soins et leur coordination. Le médecin traitant et le médecin-conseil doivent établir conjointement un plan de soins périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques. Ce plan définit les actes et prestations nécessaires au traitement de l'affection et pour lesquels la participation financière de l'assuré peut être limitée ou supprimée. Ces actes et prestations sont définis en tenant compte des RPC établies par la Haute autorité de santé. La durée de validité d'un tel protocole est fixée en se basant sur les recommandations de la Haute autorité de santé. Il est signé par le patient.

Cette mesure concerne les 7,5 millions de personnes souffrant d'une des 30 ALD.

Comme l'écrit le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [75], l'existence de ce système d'exonération du ticket modérateur pour les ALD peut être utilisée pour promouvoir la qualité médicale des prises en charge. La signature du patient est une ouverture pour le mobiliser comme gestionnaire et comme acteur de sa santé.

Dans les nouvelles dispositions législatives le médecin traitant devient le coordonnateur du parcours de soins du patient. Dans cette perspective, il reçoit un forfait annuel de 40 euros par patient en ALD.

Nous avons vu plus haut qu'avec d'autres modes d'organisation du système de santé et une perception confiante des enjeux pour les acteurs, la qualité était compatible avec la maîtrise des coûts. Cependant ces conditions d'action sur l'efficacité ne sont pas réunies en France. La volonté de décloisonnement du système se heurte notamment à l'absence de visibilité qu'ont les acteurs sur leur avenir si le système se décloisonne. L'impérieuse nécessité de modifier leurs mécanismes d'autorégulation ne s'impose pas encore aux professionnels de santé. La création d'un environnement favorable à la compétition sur le terrain de la qualité en reste à de difficiles ébauches [76]. Des prémices de changements sont visibles, mais les acteurs n'ont pas encore une implication collective suffisante pour trou-

ver du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques. Les prises en charge itératives à l'acte peuvent se révéler inadaptées au besoin de continuité des malades chroniques. La signature du plan de soins par le patient va légitimer ses exigences de continuité, de multidisciplinarité médicale et sociale, d'information sur les RPC et sur les aptitudes du système de santé à répondre à ses besoins de manière pertinente, de transfert vers lui (ou vers ses aidants) de connaissances et de compétences, d'éducation à la santé et à la prévention des complications, de traitement des données de son dossier médical personnel, d'autogestion en confiance de son parcours de soins.

Dans ce contexte, une active gestion par pathologie des 7,5 millions de patients ayant une affection de longue durée pourrait être porteuse d'une dynamique de changement.

Les champs sur lesquels la gestion par pathologie est efficace ont été explorés, et des parcours de soins efficaces pour des profils de patients ont été publiés. Ces travaux peuvent améliorer la pertinence des ciblés. La médecine-conseil se trouve techniquement et juridiquement fortement impliquée et légitimée par son approbation du plan de soins. Comme le suggère le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, elle a une opportunité à saisir avec la protocolisation des soins de ces patients [75]. Sa capacité à analyser les données et à documenter les parcours de soins peut lui permettre de s'imposer comme partenaire de l'équipe de soins dans le partage de la décision avec le patient. Elle pourrait ainsi accompagner les patients et les professionnels sur la voie du changement, vers une organisation des soins plus efficace.

Les expériences de KP et VHA montrent qu'il est possible de faire travailler ensemble, avec efficacité, les acteurs du système de santé. Cela est favorisé par un mode d'organisation basé sur la gestion intégrée des soins. Les expériences évoquées ne sont pas emblématiques de modèles à vocation universelle : l'une est un régime particulier d'assurance maladie ayant intégré un système de soins (VHA), l'autre est une HMO à but non lucratif ayant réussi une intégration globale et qui s'est adjoint des professionnels de santé salariés (KP). D'autres modes d'organisation peuvent être aussi efficaces s'ils se basent sur les principes tirés de ces expériences, ou d'autres expériences à déceler [64].

En France, les ARS expérimentales, le dossier médical personnel, les réseaux de santé, la consultation de prévention du médecin traitant et les contrats inscrits dans les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé portent les prémices d'une plus

³ L'article D-322-1 du code de la sécurité sociale définit une liste de 30 affections (ALD₃₀) chroniques comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, hypertension artérielle sévère, etc). Les personnes en ALD₃₀ représentent, pour le seul régime général, 12,9 % de la population protégée (Weill A *et al.* Rev Med Ass Maladie 2005;36:273-87).

grande intégration. Une théorisation doctrinale de ces expériences et de l'orientation à suivre donnera du sens aux acteurs pour avancer vers un système de santé « sans murs » [78, 79].

RÉFÉRENCES

1. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP. Les performances organisationnelles des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaires en santé* 1999;6(1):34-46.
2. Baubeau D, Pereira C. Mesure de la performance dans le domaine de la santé. *Santé et solidarité* 2004;3:47-56.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional de l'Europe. *Politique des associations nationales de médecins dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins*. Genève : OMS. 1993.
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire*. Paris : ANAES ; novembre 1999.
5. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). *Questions à examiner. Réunion des ministres de la santé*. Paris : Editions de l'OCDE ; 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/20/53/31643604.pdf>.
6. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). *Vers des systèmes de santé plus performants*. Paris : Editions de l'OCDE ; 2004.
7. Levy P, Fanello S, Pivette J, Parot-Schinkel E, Le Grand G, Schoux JB, et al. *Anti-inflammatoires non stéroïdiens et risques iatrogènes potentiels : analyse des données de l'Assurance maladie*. *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:153-61.
8. Marchal C, Hourcade S, Vidal P, Bouric S, Urbansky M, Allemand H. *Mesure de l'efficacité d'une méthode d'accompagnement individuel des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques : l'audit-retour d'informations avec échange confraternel*. *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:133-41.
9. Van Haverbeke L, Deraedt S, Thevenin-Lemoine B, Joly J, Weiss JJ, Fourgon R, et al. *Traumatismes crâniens graves de l'adulte : prise en charge à la phase précoce en Ile-de-France*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:19-25.
10. Suire-Saulnier A, Tabarly P. *Evaluation de l'incidence de l'endocardite infectieuse en Limousin Poitou-Charentes et suivi bucco-dentaire de patients à risque*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:243-50.
11. Vidal P, Vialaret K, Lecadet J, Baris B. *Impact des échanges confraternels sur le suivi du contrôle glycémique des malades diabétiques de type 2 en région Auvergne*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:149-55.
12. Lecadet J, Vialet K, Vidal P, Baris B, Fender P. *Mesure à l'échelle d'une région des effets d'un programme national d'information sur le bon usage des antibiotiques*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:81-9.
13. Pearnau P, Hessemann H, Weill G. *Le recours aux vasoconstricteurs dans les affections ORL bénignes de l'enfant : une pratique banale aux risques sous-estimés*. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:33-40.
14. Prevot L, Dalleau-Passarelli N, Soulas A., Tredevic E. *Prise en charge médicale des patients asthmatiques. Enquête de pratique auprès d'assurés sociaux et de médecins de la Réunion*. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:3-13.
15. Saba G, Weill A, Païta M, Ricordeau Ph, Bourrel R, Nouailher-Lagarde M, et al. *Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002*. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:221-31.
16. Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H. *Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel*. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:157-65.
17. Cholley D, Souche A, Tilly B, Guillot J, Salanave B, Fender P, et al. *Hypertension artérielle sévère : prise en charge des malades hypertendus et diabétiques en France*. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:103-10.
18. Schick J, Willem P, Weill G. *Prescriptions de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents, région Alsace, 2002*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:13-8.
19. Abadie C, Aminot I, Dupuy E, Degré A. *Cancer du sein II. Evaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques en Aquitaine, en 1999*. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:267-76.
20. Richard F, Bez J, Fradin JM, Sciortino V. *Traitement de l'obésité par anneau gastrique modulable : respect des indications opératoires, évaluation des complications et des résultats*. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:201-7.
21. Balland S, Deprez P, Freslon L, Schmit B, Charlon R. *La maladie asthmatique de l'adulte : état clinique, facteurs de risques et suivi médical des patients en région Centre*. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:89-97.
22. Parjoie R, Cherrier C, Herique A, Jeunhomme P, Weick JM. *Les antibiotiques : analyse descriptive des prescriptions dans la région Nord-Est en 1998*. *Rev Med Ass Maladie* 2001;32:227-34.
23. Fernandez L, Aminot I, Dupuy E, Degré A. *Accès à une pro-*

cédure de revascularisation chez les patients hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde en Aquitaine. *Rev Med Ass Maladie* 2001;32:219-26.

24. Berrier-Jouhair C, Huard MJ, Penit A, Thielly P. Évaluation de la prise en charge des patients asthmatiques en Seine-Maritime. *Rev Med Ass Maladie* 2001;32:327-32.

25. Herique A, Proy MO, Truchi L, Verroust P. Prescription des médicaments chez la femme enceinte: analyse descriptive dans le département de l'Aube. *Rev Med Ass Maladie* 2001;32:27-32.

26. Cherrier C, Baudin E, Ferry JM, Sciortino V. Traitement et suivi de patients porteurs d'un cancer du côlon : enquête de pratique en régions Champagne-Ardenne et Lorraine (à l'exception de la Moselle). *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(4):9-17.

27. Auffret B, Rochas M, Caron P, Salles C. Stratégie diagnostique avant une chirurgie thyroïdienne : les recommandations de pratique clinique ont-elles aidé à un meilleur discernement dans le choix des examens complémentaires ? *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(1):39-44.

28. Chastagner M, Gault M, Coudène JP, Desmerie C. Respect des contre-indications à la prescription de quinolones en médecine ambulatoire. *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(1):27-32.

29. Germanaud J, Destembert B., Brisacier P, Schmitt B, Charlon R. Évaluation de la qualité des comptes-rendus en imagerie médicale. *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(3):41-5.

30. Frances JP, Deprez JL, Kulling G. Le dosage des hormones thyroïdiennes en médecine ambulatoire : champ d'application des références médicales opposables (RMO) et limites du contrôle. *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(3):13-9.

31. Latil F, Couraud P, Di Bona S, Desmerie C. Évaluation de la pratique des coloscopies longues dans le dépistage et le suivi du cancer du côlon. *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(3):5-11.

32. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001;8:71-92.

33. OMS. Intégrer la prévention aux soins de santé. 2002 : Genève ; Aide mémoire n°172. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr>).

34. Lomas J. Health services research. *BMJ* 2003;327:1301-2.

35. Kizer KW, Demakis JG, Feussner JR. Reinventing VA health care: systematizing quality improvement and quality innovation. *Med Care* 2000;38(6 Suppl 1):17-6.

36. Greenfield S, Kaplan SH. Creating a culture of quality: the remarkable transformation of the department of Veterans Affairs Health Care System. *Ann Intern Med.* 2004;141:316-8.

37. Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. The Veterans Health

Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Am J Manag Care.* 2004;10(11 Pt 2):828-36.

38. Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, Aust JB, et al. The Department of Veterans Affairs' NSQIP: the first national, validated, outcome-based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. *National VA Surgical Quality Improvement Program. Ann Surg.* 1998;228:491-507.

39. Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, Hayward RA, Shekelle P, Rubenstein L, et al. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Ann Intern Med.* 2004;141:938-45.

40. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. *N Engl J Med* 2003;348:2218-27.

41. Aucoin L. L'expérience de Kaiser permanente : Y a-t-il des leçons pour le Québec ? Groupe de réflexion du GETOS, 19 mai 2005 ; Montréal ; 2005.

42. Schwartz D. La profession de directeur médical dans les organismes américains de managed care. *Rev Med Ass Maladie* 2000;31(3):65-70.

43. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ.* 2002;324:135-41.

44. Shapiro J, Smith S. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *BMJ* 2003;327:1241-2.

45. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ.* 2003;327:1257.

46. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ* 2004;328:223-5.

47. Light D, Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ* 2004;328:763-5.

48. Ham C. Money can't buy you satisfaction. *BMJ* 2005;330:597-9.

49. Bas-Theron F, Chevrier-Fatome C, Duhamel G. L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire, étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas. Paris : Inspection générale des affaires sociales, rapport n°2002 081 ; mai 2002.

50. Arcega G. HMO made in USA : De la réduction des coûts à la maîtrise médicalisée. *Elan social* 1998;34.

51. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Intégrer la prévention aux soins de santé*. Genève : OMS, Aide mémoire n°172 ; 2002.
52. Crosson FJ. *Improving the doctor-manager relationship. Kaiser Permanente: a propensity for partnership*. *BMJ* 2003;326:654.
53. France EK. *Intégrer la prévention dans les soins de première ligne. Colloque Intégrer la prévention au cœur des activités cliniques : un défi à relever. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Québec) et Organisation mondiale de la santé (Bureau régional de l'Europe) ; 27-28 janvier 2005 ; Montréal ; 2005*.
54. Chin HL, Krall MA. *Successful implementation of a comprehensive computer-based patient record system in Kaiser Permanente Northwest : strategy and experience*. *Eff Clin Pract* 1998;1:51-60.
55. Benson T. *Why general practitioners use computers and hospital doctors do not-Part 1: incentives*. *BMJ* 2002;325:1086-9.
56. Omran AR. *The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change*. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49:509-38.
57. *Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Rapport annuel 2003 : Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : Documentation française ; 2003.
58. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001;8:71-92.
59. Touati N, Contandriopoulos AP, Denis JL, Rodriguez R, Sicotte C, Nguyen H. *Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale : les enjeux de la mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001;8(2):93-108.
60. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health care in America*. *Hosp Health Netw*. 1996;70(6):43-8.
61. Denis JP, Karsenty S. *L'invasion pharmaceutique*. Paris : Editions du Seuil ; 1974.
62. Roblin DW, Vogt TM, Fireman B. *Primary health care teams. Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations*. *J Ambul Care Manage* 2003;26:22-38.
63. *La rédaction de Liens. Les gestionnaires sauvent-ils des vies ? Liens (Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé)* 2002;5(3):1.
64. Lenoir D. *Assurance maladie et gestion intégrée des soins (managed care). Communication à la 28^e journée de l'Association internationale de sécurité sociale ; 12-18 septembre 2004 ; Pekin ; 2004*. (<http://www.issa.int/pdf/GA2004/1lenoir.pdf>).
65. Fernandez A, Grumbach K, Vranizan K, Osmond DH, Bindman AB. *Primary care Physicians' experience with disease management programs*. *J Gen Intern med* 2001;16:163-7.
66. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. *Improving chronic illness care: translating evidence into action*. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78.
67. Bodenheimer T. *Primary care in the United States. Innovations in primary care in the United States*. *BMJ* 2003;326:796-9.
68. Wagner EH. *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?* *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
69. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. *Improving the quality of health care for chronic conditions*. *Qual Saf Health Care* 2004;13:299-305.
70. Kirby MJL, Keon WJ, eds. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport 1*. Ottawa : Senat; 2004.
71. Fulton TR, Penney BC, Taft A. *Exploring a chronic care model in a regional healthcare context*. *Healthc Manage Forum*. 2001;14(2):6-24.
72. Rundall G, Shortell SM, Wang MC, Casalino L, Bodenheimer T, Gillies RR, et al. *As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations*. *BMJ*. 2002;325:958-61.
73. Rubin RJ, Shapiro JR, Hines SJ, Carroll CE. *Disease management: What have we learned so far?* *Blood purif* 2001;19:353-60.
74. Bodenheimer T, Fernandez A. *High and rising health care costs. Part 4. Can costs be controlled while preserving quality?* *Ann Intern Med* 2005;143:26-31.
75. *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Pour une prise en charge efficiente des maladies dites : « affections de longue durée »*. Paris : Ministère de la santé ; Séance du 28 avril 2005 (www.sante.gouv.fr).
76. de Pourville G. *Quel sens donner à l'information sur l'offre de soins ? ADSP* 2004;48:47-9.
77. Contandriopoulos AP. *La régulation d'un système de soins sans murs*. In: Claveranne JP, Lardy C, de Pourville G, Contandriopoulos AP, Experton B, eds. *La santé demain : vers un système de soins sans mur. (Dixièmes entretiens du Centre Jacques Cartier. Montréal)*. Paris : Economica ; 1999, p. 87-102.

78. Contandriopoulos AP. *Quel avenir pour le système de soins canadien ?* *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques* 2000;1(1): 39-43.
(http://www.isuma.net/v01n01/contandr/contandr_f.shtml)