

KAISER PERMANENTE : UNE INSPIRATION POUR LE QUÉBEC ?

Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec s'engage dans un vaste mouvement de fusion à la suite de l'adoption de la loi 10. À l'horizon, se pointent d'autres actions vigoureuses promises par le ministre Barrette. Parallèlement, nous constatons que « le modèle québécois » de la santé, bien imparfait, nécessite des améliorations en profondeur. Nous sommes à la recherche d'inspiration et de modèles pour nous aider à le transformer.

Le ministre Barrette dit s'inspirer du modèle de Kaiser Permanente (KP), une organisation très performante aux États-Unis. L'intérêt que le D^r Barrette porte à ce modèle phare ne peut que nous réjouir. Cependant, le cadre d'action de ce HMO¹ américain est bien différent du nôtre et ce modèle ne peut pas s'appliquer tel quel au Québec. Si l'on souhaite se rapprocher des résultats de KP, des transformations majeures et des adaptations imaginatives devront être apportées à notre cadre législatif et réglementaire, de même qu'à la dynamique entre les acteurs du réseau. Il faudra de plus viser un changement profond des pratiques et de la culture de nos organisations de santé. Dans cet article, nous dressons un portrait du modèle de Kaiser Permanente et en explorons les facteurs de succès. Nous complétons par une discussion sur les changements à apporter à notre réseau pour nous rapprocher du modèle de KP.

Bref, si le ministre est sérieux dans son intention de rapprocher le modèle québécois de celui de KP, des travaux titanesques l'attendent.

UN MODÈLE DE CLASSE MONDIALE

Kaiser Permanente figure parmi les 20 meilleurs plans d'assurance santé aux États-Unis et rafle la palme au chapitre de la satisfaction des patients et de la sécurité des soins. Les agences d'évaluation certifient année après année la performance exceptionnelle du groupe KP.

Bien que les services de santé offerts par KP ne soient pas tous exceptionnels, il demeure que ce HMO a su atteindre une qualité remarquable dans plusieurs pathologies (cardiopathies et diabète entre autres). La qualité générale des hôpitaux du groupe KP et le rapport cout-efficacité des services offerts sont aussi reconnus. KP se différencie des autres systèmes de santé américains par son leadership innovateur et par la qualité de ses systèmes d'information clinique.

Une étude du *Commonwealth Fund* en 2009² expliquait l'excellente performance de KP par la présence de six caractéristiques idéales d'un système de soins de santé :



LÉONARD AUCOIN
M. Ps., MPH
Président, InfoVeille Santé



MARIE-HÉLÈNE JOBIN
MBA, Ph. D.
Directrice
Pôle santé HEC Montréal

1. Health Maintenance Organization

2. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/1278_McCarthy_Kaiser_case_study_624_update.pdf

- Accès facile aux soins appropriés;
- Continuité et fluidité de l'information clinique;
- Travail collaboratif et interdisciplinaire et évaluation par les pairs;
- Coordination des soins et gestion des transitions entre lieux de soins;
- Imputabilité claire pour l'ensemble des soins aux patients;
- Innovation et apprentissage continu pour améliorer la qualité, la valeur et l'expérience patient.

Bien que la compétition soit féroce sous la frontière, le groupe réussit, année après année, à maintenir un haut niveau de qualité de services à ses membres et dispute aux meilleurs hôpitaux et HMO américains les premiers rangs dans les marchés qu'ils desservent.

ORIGINE ET CONSTITUANTES DU MODÈLE

Le modèle de Kaiser Permanente ne s'est pas bâti en un jour. Son origine remonte à 1933, durant la Grande Dépression, en Californie. Un médecin, le D^r Sydney Garfield, offre ses services à un important chantier de construction de barrage. Il propose de limiter les accidents de travail et d'assurer la santé des travailleurs en étant payé sous forme de capitation. Pour limiter le recours aux soins de santé et rendre l'opération rentable, il met l'accent sur la prévention et l'éducation à la santé, à la maison comme au travail. Il développe son modèle sur d'autres grands chantiers de construction et crée ainsi le premier « *Prepaid group practice* » aux États-Unis.

Durant la Deuxième Guerre mondiale, le D^r Garfield s'associe à l'industriel Henry J. Kaiser qui cherche à maximiser la productivité des travailleurs de ses chantiers pour la construction des *Liberty Ships*. Avec l'appui du gouvernement, le D^r Garfield et Kaiser fondent le premier HMO pour desservir une population de 30 000 travailleurs.

Au sortir de la guerre, les usines Kaiser sont reconverties dans la production civile et le nombre de travailleurs passe de 90 000 à 13 000. M. Kaiser et le D^r Garfield poursuivent leur association et offrent leur modèle de capitation à l'ensemble de la population. Ils fondent le *Kaiser Permanente Health Plan*. Bientôt, un groupe de médecins participants s'organise et forme le *Permanente Medical Group*. Au cours des années 50, la formule Kaiser Permanente prend de l'expansion sur la côte ouest³, avec l'appui des grands syndicats ouvriers.

Aujourd'hui, Kaiser Permanente dessert une population de plus de 9 millions d'assurés. Sur le plan corporatif, trois entités distinctes fonctionnent en synergie. Tout d'abord, le *Kaiser Foundation Health Plan* assure la population desservie par une capitation de chaque membre assuré, variable selon le plan d'assurance choisi (individuel, familial, de groupe). Cette entité est à but non lucratif. Le *Kaiser Foundation Hospitals* regroupe des professionnels de la santé et des gestionnaires qui offrent les services de soins et de prévention à la population assurée, à travers un ensemble d'installations hospitalières et communautaires. C'est une entité à but non lucratif.

Finalement, le *Permanente Federation* regroupe tous les médecins qui pratiquent au sein de KP grâce à une relation contractuelle exclusive. C'est une entité à but lucratif, surtout à des fins fiscales. Kaiser Permanente est décentralisé en sept régions et on retrouve, dans chacune, la triade corporative.

En 2013, le groupe comptait 38 hôpitaux, 608 cliniques, 174 400 employés, 17 400 médecins et 48 300 infirmières. On y a fait 93 700 accouchements et 36,5 millions de visites médicales. Le revenu annuel fut de 53,1 milliards de dollars US. C'est beaucoup plus élevé que le budget annuel du Québec en santé mais, dans le contexte américain, KP à un bien meilleur cout / efficacité que d'autres systèmes.

FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

Pour comprendre en quoi KP peut servir d'inspiration, il nous faut en identifier les facteurs clés de succès.

Modèle intégré de gouvernance et de gestion

Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est gérée de façon indépendante du réseau de la santé. Chez KP, il n'y a pas de « silos » budgétaires. Le modèle de KP repose sur une intégration des fonctions d'assureur, d'acheteur et de prestataire de soins. C'est aussi une intégration stratégique, clinique et budgétaire complète. Cette gouvernance et gestion intégrée, sur le plan corporatif, se fait au sein du *Kaiser Permanente Partnership Group* (KPPG). Le KPPG est composé de représentants des médecins (*Permanente Federation*) et des administrateurs (*Health Plan et Hospitals*). On y discute



3. Encore aujourd'hui, Kaiser Permanente est très concentré sur la côte ouest (Californie, Oregon, Washington, Colorado).



de gouvernance, de vision et d'orientations stratégiques nationales, de politiques corporatives et d'investissements. Le KPPG est le responsable corporatif de la qualité des soins, de la performance financière et du réinvestissement des marges dégagées, notamment les investissements en innovation et en technologies de l'information.

Il y a dans chacune des 7 régions l'équivalent d'un KPPG qui assure la gestion intégrée de la région dans le respect des orientations stratégiques définies par le palier national. Les médecins sont des cogestionnaires cliniques et administratifs au palier régional et local, dans une structure semblable à la structure nationale. Les médecins sont des partenaires cliniques et des partenaires d'affaires.

Responsabilité et imputabilité collective des médecins

Les médecins de KP ne sont pas des employés des établissements. Ils sont liés, par contrat, à leur *Permanente Medical Group* (PMG) régional qui, de son côté, est le partenaire clinique et d'affaires du *Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals* de la région. Conséquemment, les médecins ne sont pas des entrepreneurs indépendants.

En signant un contrat avec leur PMG régional, les médecins deviennent collectivement coresponsables et co-imputables de la pertinence et de la qualité des services, de la qualité de l'expérience-patient, de l'utilisation optimale des ressources et des objectifs d'affaires de KP. Ils ont aussi une responsabilité collective face à l'état de santé de leur population régionale.

Par ailleurs, chaque médecin est évalué annuellement par ses pairs sur la base d'indicateurs cliniques et d'utilisation des ressources. Ainsi, un médecin qui prescrirait avec libéralité certains tests diagnostiques devrait justifier sa pratique auprès de ses pairs.

Le modèle de rémunération est adapté à cette responsabilité collective. Tous les médecins de KP sont payés à salaire. Ils peuvent recevoir un bonus de groupe, en deçà de 5 %, en fonction d'indicateurs de résultats. Ils ont par ailleurs accès à un panier de services et d'avantages sociaux bien garni (vacances, couverture médicale, assurance, etc.). Somme toute, leur rémunération reste concurrentielle dans le contexte américain.

Les médecins de KP jouent un rôle actif dans la gouvernance et la gestion du système. Ceux qui accèdent à des postes de gestion doivent être formés. On exige minimalement une formation intensive de deux semaines pour tous les médecins qui s'engagent dans cette voie. Plusieurs médecins gestionnaires ont des formations beaucoup plus étoffées en gestion. La prise en charge de fonctions administratives n'a pas la connotation négative qu'elle porte au Québec. Il s'agit d'un moyen différent d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système au bénéfice des patients.

Le modèle KP n'attire pas tous les médecins. KP choisit ses médecins en fonction de leur adhésion à ses valeurs fondamentales et à sa vision de l'organisation des soins de santé. KP a l'embaras du choix : l'organisation reçoit neuf demandes de médecins intéressés pour un médecin choisi.

Une vision claire et cohérente

Le maintien de la santé est prioritaire chez KP. Il en découle des principes directeurs qui encadrent les actions cliniques et de gestion :

- Approche populationnelle épidémiologique;
- Accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- Interdisciplinarité, travail d'équipe et responsabilité collective des résultats;
- Prise en charge intégrée de tous les niveaux de soins et services, en équipe, par le médecin de première ligne;
- Coordination de la trajectoire complète de soins et services par cette équipe, surtout en maladies chroniques;
- Responsabilisation des patients, des proches et de la communauté face à leur santé.

Chez KP, on mise beaucoup plus que chez nous sur les activités de prévention, de promotion de la santé et sur le traitement des maladies chroniques, d'abord pour le maintien de la santé mais aussi pour les économies de coûts à long terme.

Cette vision claire et cohérente sert aussi de guide pour aligner et intégrer culture, stratégie, structure, ressources humaines et financières, technologies.

Une centralisation à géométrie variable

Dans le système KP, les activités de soutien sont, pour l'essentiel, centralisées mais déconcentrées. C'est le cas de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles. Il en va de même des technologies de l'information, des communications et de l'approvisionnement qui sont aussi centralisées, de même que la recherche et l'innovation.

À l'inverse, les activités cliniques et de promotion de la santé sont décentralisées pour s'adapter aux besoins régionaux et

locaux. Cependant, on s'assure d'une cohérence des actions en centralisant les activités stratégiques telles l'élaboration de la vision, les grandes politiques et les stratégies d'entreprise.

L'évolution et l'évaluation des pratiques cliniques, le soutien à l'innovation et la recherche sont encadrés pour le groupe, mais chaque région est responsable de contribuer activement à leur développement et de les déployer.

Il s'agit donc d'une décentralisation dans le déploiement mais d'une coordination centrale forte. On mise aussi beaucoup sur la mutualisation des ressources pour les fonctions de soutien, économisant ainsi des coûts de système.

Utilisation exemplaire des technologies de l'information

L'expérience-patient chez KP se distingue par plusieurs points mais c'est au chapitre de l'utilisation des TI que les différences sont les plus notables.

Depuis plus de cinq ans, les assurés de KP ont accès en tout temps au portail *My Health Manager*. Ce portail permet aux assurés de prendre des rendez-vous en ligne, renouveler des ordonnances, consulter les résultats de leurs tests de laboratoire et correspondre avec les intervenants cliniques ou administratifs. Il permet à l'assuré de consulter en tout temps son dossier médical ou pharmaceutique et de suivre ses dépenses de santé. Il lui donne accès à une foule de services de prévention et de promotion de la santé. Le portail est utilisé par 4,4 millions de membres adultes. *My Health Manager* est aussi disponible en version mobile.

Ce portail est relié au système *Health Connect*, le plus grand dossier médical électronique intégré au monde, accessible à tous les professionnels de la santé peu importe leur lieu de pratique. De plus, *Health Connect* offre une base de données complète pour assurer les études populationnelles et cliniques et faciliter l'analyse des ressources utilisées. Il permet le développement d'outils d'aide à la décision, de guides de pratique clinique, de même que d'indicateurs cliniques et de gestion qui sont utilisés pour mesurer la performance des équipes et des médecins. Le soutien de *Health Connect* est essentiel à l'évaluation par les pairs.

Chez KP, l'information prime sur la technologie qui est perçue comme un outil. Les investissements ont été gigantesques : plus de 4 milliards en 10 ans. La prise en charge de ce développement a été confiée non pas à des firmes conseils mais à des cliniciens et gestionnaires cliniques dont quelques médecins qui en ont assuré le leadership.

Pratiques d'investissement à long terme

Le développement des technologies chez KP démontre bien les pratiques d'investissement à long terme mises de l'avant par le groupe pour en assurer la pérennité. Cette notion de pérennité est fortement ancrée dans la culture de l'organisation. Elle prend probablement sa source dans la vision claire et cohérente de KP.

Dès que des marges bénéficiaires sont dégagées, elles sont investies dans des projets d'amélioration de la qualité ou de

l'efficacité, dans la mise en place de nouvelles technologies, en formation, en évaluation ou en recherche. Une série d'initiatives de prévention ou de promotion de la santé ont aussi été mises de l'avant dans les écoles et les communautés.

DES DÉFIS MAJEURS

L'organisation québécoise des services de santé est, elle aussi, tributaire de son histoire, de la dynamique de ses acteurs et de ses tentatives répétées de réorganisation.

Si nous nous comparons à Kaiser Permanente, nous avons au Québec un « non-système » caractérisé par une absence de vision claire et cohérente, l'incertitude, l'instabilité⁴, la gestion « en silo », les relations conflictuelles entre médecins et gestionnaires, la médiatisation de l'anecdote et son corollaire, le micro-management politisé et centralisé.

L'approche budgétaire y est morcelée et à court terme. Il n'y a pas de gestion pluriannuelle et pas d'approche sérieuse d'investissement. Après des années d'efforts et d'essais-erreurs, on peine à faire émerger le dossier médical électronique, les infrastructures informationnelles sont inadéquates et la capacité d'analyse des données cliniques et populationnelles est médiocre. Ce portrait à peine « caricatural » illustre bien, à notre avis, les écarts entre le Québec et KP sur le plan organisationnel.

Si l'on veut s'inspirer du modèle KP, il faut cerner quelles transformations majeures permettraient au Québec de se rapprocher des facteurs clés de succès de KP. Nous en voyons au moins trois.

1. Un coup de barre dans le rôle de l'état et dans la gouvernance du système

Nous avons un système essentiellement public. L'état doit donc présenter une vision et des orientations claires et fixer des résultats globaux à atteindre en termes de santé. Il doit, par sa législation et sa réglementation, donner du « sens » et de la cohérence au système. Par ses modalités d'allocation des ressources financières, il doit donner les leviers, la marge de manœuvre et la flexibilité nécessaires à l'atteinte des résultats. Il doit enfin demander des comptes en lien avec les

**L'État ne peut et ne doit pas être le gestionnaire du système de santé.
À notre avis, la gestion de la santé doit être dépolitisée et la fonction de gestion revalorisée.**

4. 1994-2014 : huit ministres titulaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

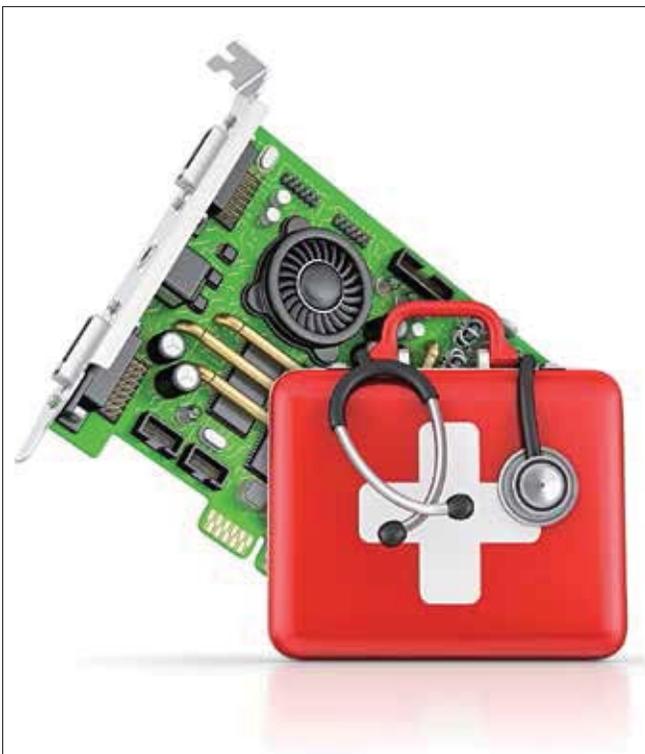
résultats globaux et l'utilisation des ressources. Au-delà de ce rôle politique essentiel, l'État ne peut et ne doit pas être le gestionnaire du système de santé. À notre avis, la gestion de la santé doit être dépolitisée et la fonction de gestion revalorisée.

Peu importe le modèle que le Québec se donnera, il faut aussi un coup de barre dans la gouvernance du système. Il faut des pratiques de gouvernance favorisant la vision à long terme et la responsabilisation des administrateurs et des gestionnaires. Il faut doter le système d'une structure de gouvernance forte et autonome qui aura certes à répondre devant l'Assemblée Nationale de la mise en actions des orientations nationales, des résultats globaux obtenus et de l'utilisation des ressources allouées, mais certainement pas des détails de microgestion.

Certaines fonctions ont avantage à être mutualisées et gérées de façon centralisée, mais il faut que les responsables locaux aient la latitude d'adapter les services aux besoins de leur population locale. Il convient réciproquement de les rendre imputables des résultats.

2. Le corps médical comme « partenaire » de gouvernance et de gestion, collectivement responsable et imputable

Dans cette transformation de la structure de gouvernance, le rapport avec les médecins doit être profondément modifié. Les médecins devraient, collectivement, participer plus activement à la gouvernance et à la gestion du système de santé, non pas dans une approche antagoniste – syndicale mais dans un véritable partenariat. Ce partenariat collectif doit s'étendre à tous les médecins, qu'ils pratiquent en établissement ou en clinique.



4. 1994-2014 : huit ministres titulaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Un tel partenariat implique de partager une vision et des orientations communes traduites dans des ententes contractuelles avec des objectifs de résultats et un processus rigoureux d'évaluation par les pairs. Il faut que les modalités de rémunération soient adaptées aux résultats visés. De plus en plus de systèmes de santé s'éloignent du paiement à l'acte. C'est le cas de KP mais c'est aussi le cas de la Mayo Clinic et de la Cleveland Clinic aux États-Unis.

Il faut des incitatifs plus généreux pour les médecins qui acceptent d'exercer des fonctions de gestion. Il faut leur permettre de développer leurs compétences en gestion, il faut les former. La professionnalisation de ces fonctions est essentielle pour assumer les rôles de gouvernance et de gestion envisagés.

Sur le plan clinique, l'interdisciplinarité et le travail collaboratif, en équipe, et avec la participation du patient, doivent être valorisés. La complexité des problèmes de santé et sociaux exige ce genre de collaboration.

3. Un système intelligent, innovant et dynamique

Le rôle de la RAMQ doit changer fondamentalement. Sa fonction d'agent payeur doit migrer vers un rôle d'évaluation et d'intelligence clinique pour analyser et faire évoluer les pratiques, en collaboration avec les professionnels et les gestionnaires du réseau.

Il nous faut rattraper le retard énorme dans le développement et l'intégration de nos systèmes d'information cliniques, opérationnels et financiers. L'expérience de KP est éclairante : la véritable amélioration continue passe par des informations fiables et accessibles, partagées avec les équipes interdisciplinaires cliniques et les gestionnaires.

L'amélioration des processus demande aussi une plus grande souplesse des règles syndicales et des logiques de protection professionnelle. Il faut faire confiance à l'expérience et à l'expertise des acteurs sur le terrain. Il faut les habiliter à agir, à collaborer avec les autres, à partager de l'information et de l'expérience, à faire émerger des solutions adaptées à leur environnement, à les évaluer, bref à innover.

UN VASTE CHANTIER EN PERSPECTIVE

Nous avons tracé les contours d'un des modèles les plus performants au monde, le modèle Kaiser Permanente qui, de par sa taille et son ambition, peut sembler pertinent pour le contexte québécois. Si nous souhaitons vraiment nous inspirer de ce modèle, nous ne pourrions pas faire l'économie de transformations majeures qui toucheront des pratiques cliniques, de gouvernance et de gestion profondément ancrées dans notre « non-système ». L'expérience de Kaiser Permanente démontre que c'est possible.

Comme disait Goethe : « Il ne suffit pas de savoir, il faut appliquer. Il ne suffit pas de vouloir, il faut agir. » Encore faut-il savoir où on s'en va. Les projets de loi en cours à Québec sont, pour l'instant, loin d'être clairs à ce sujet. ///