THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Équipes de soins primaires interprofessionnelles :

Une revue de la littérature sur des pratiques internationales potentiellement exemplaires

© 2022 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Citation suggérée :

Aggarwal, M. *Équipes de soins primaires interprofessionnelles : Une revue de la littérature sur des pratiques internationales potentiellement exemplaires*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.

Rédigé pour le CMFC par

Dre Monica Aggarwal, PhD

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) souhaite remercier Kristina Kokorelias, PhD, pour son aide à la recherche dans le cadre de ce projet.

Table des matières

1. Résumé 1

2. Introduction 5

3. Méthodologie 7

4. États-Unis 9

4.1 Oak Street Health 9

4.2 Cityblock 10

4.3 Clinica Family Health Services 12

4.4 Multnomah County Health Department Primary Care Clinics 14

4.5 Clinic Ole 17

4.6 Park Nicollet Health Services 17

4.7 Group Health, Olympia Medical Center 18

4.8 Sebastopol Community Health Center 19

4.9 Clinica de la Raza, site du Transit Village, Family Medicine Department 20

4.10 West Los Angeles Veterans Affairs Primary Care Clinic 21

4.11 Vermont Blueprint for Health 22

4.12 Patient Aligned Care Teams (PACT) du Department of Veterans Affairs 23

4.13 Hospice of the Bluegrass 24

4.14 El Rio Community Health Center 26

4.15 Programme de résidence en médecine de famille Crozer-Keystone, Center for Family Health 26

4.16 University of Massachusetts Medical School– Baystate Internal Medicine Residency High Street Health Center– Adult Medicine 28

4.17 Résidence en médecine de famille de l'Université de la Caroline du Nord, UNC Family Medicine Center 29

4.18 Air Force Medical Home Advantage 31

4.19 BRIGHTEN (Bridging Resources of an Interdisciplinary Geriatric Health Team via Electronic Networking) 31

4.20 Mike O'Callaghan Federal Medical Center 32

4.21 Visites centrées sur les patients et les famille du Cincinnati Children's Hospital 33

5. Suède 34

5.1 Modèle suédois de soins en équipe 34

6. Népal 35

6.1 Travailleurs de la santé de première ligne / Programme du secteur de la santé au Népal 35

7. Singapour 36

7.1 Programme public-privé de soins partagés de gestion des maladies chroniques (« Programme de soins partagés ») 36

8. Hong Kong 37

8.1 Cliniques externes générales 37

9. Australie 39

9.1 CSC (Centre de santé communautaire) 39

9.2 Western Sydney Integrated Care Program (WSICP) 40

9.3 Pleine étendue de la pratique : un modèle d'équipe 41

10. Enseignements tirés 43

11. Références 45

1. Résumé

Il est largement reconnu que des soins primaires hautement performants constituent l'assise d'un système de santé efficace et efficient. Les pays disposant d'un robuste secteur des soins primaires obtiennent des résultats de santé supérieurs, et ce, à moindres coûts. Au cours des vingt dernières années, les provinces et territoires du Canada ont mis en œuvre des initiatives de réforme visant à renforcer l'infrastructure des soins primaires et à instaurer des modèles de financement et de rémunération qui favorisent une amélioration du rendement. Malgré ces avancées, la performance du secteur des soins primaires est demeurée au pays inférieure à celle de nombreux autres pays à revenu élevé pour ce qui est de l'accès à un médecin habituel ou à un lieu habituel d'obtention des soins, de l'accès aux soins en temps opportun, de la mise en place d'équipes interprofessionnelles et de la communication entre les milieux de soins.

La mise en place d'équipes interprofessionnelles est l'une des principales caractéristiques des systèmes de soins primaires hautement performants. Au Canada, les modèles de prestation des soins en équipe adoptés par plusieurs provinces et territoires diffèrent considérablement les uns des autres en ce qui concerne leur structure, les mécanismes de rémunération des médecins, les types de prestataires de soins primaires embauchés, les mécanismes de gouvernance, le financement du personnel de soins primaires, l'inscription des patients, l'éventail des services, la nature de la population qui reçoit les services et l'adoption d'une approche populationnelle pour la planification et la prestation des soins. Malgré d'importants investissements dans la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles, peu de preuves démontrent que les modèles d'équipe actuels donnent systématiquement de meilleurs résultats au regard du quadruple objectif (améliorer la santé de la population, réduire les coûts des soins, améliorer l'expérience des patients et accroître la satisfaction des prestataires de soins). L'objectif de la présente étude était donc de recenser des pratiques internationales potentiellement exemplaires en lien avec les équipes interprofessionnelles de soins primaires. L'étude a également examiné les preuves d'impact, les obstacles, les facilitateurs et les enseignements tirés. Les conclusions qui suivent ont été documentées par une rapide revue de la littérature grise et scientifique provenant de multiples bases de données.

Quelles pratiques potentiellement exemplaires peuvent être associées aux équipes interprofessionnelles de soins primaires dans les pays qui ont implanté les soins en équipe avec succès ?

La revue a identifié 28 pratiques potentiellement exemplaires. La majorité d'entre elles sont implantées aux États-Unis, et les autres en Suède, au Népal, à

Singapour, à Hong Kong et en Australie. Ces pratiques incluent des centres de santé, des centres médicaux universitaires, des cabinets privés et des systèmes ou programmes intégrés de prestation des soins.

Quelles sont les preuves d'impact ?

Les preuves d'impact se rapportant aux pratiques potentiellement exemplaires recensées étaient limitées. Même si chaque pratique exemplaire diffère des autres pour ce qui est du contexte et de l'organisation, les preuves disponibles indiquent que les équipes interprofessionnelles ont un effet positif sur chacun des volets du quadruple objectif. Certaines évaluations des pratiques exemplaires ont révélé qu'elles améliorent la satisfaction des patients et de leurs familles, font diminuer les hospitalisations et les coûts, et améliorent l'état de santé des patients (amélioration de la dépression gériatrique et du diabète, atténuation de la sévérité de l'incontinence, réduction des maladies cardiovasculaires et de la mortalité, et amélioration de l'équité pour les populations migrantes). Les données autodéclarées par les organisations exemplaires indiquaient également une réduction des hospitalisations, des visites aux urgences, du nombre de journées d'hospitalisation et des taux d'absentéisme. Des progrès avaient été réalisés pour ce qui est du fonctionnement des équipes et de l'accès aux soins dans les communautés rurales, mais il y avait encore place à l'amélioration.

Quels facteurs entravent ou favorisent la mise en place d'équipes interprofessionnelles de soins primaires ?

Peu de données étaient disponibles sur les facteurs qui ont entravé ou favorisé la mise en œuvre des pratiques potentiellement exemplaires recensées dans le cadre de la présente revue. Selon deux études, le manque d'appui de la part des médecins et divers problèmes liés à l'implantation des technologies informatiques représentaient des obstacles à leur mise en œuvre.

Quels enseignements le Canada peut-il tirer des expériences faites ailleurs dans le monde ?

Les caractéristiques les plus courantes des 28 pratiques potentiellement exemplaires recensées pour lesquelles des renseignements étaient accessibles étaient les suivantes :

- Deux tiers des équipes interprofessionnelles (18 pratiques exemplaires) offraient des services à des **populations cibles** particulières : populations à faibles revenus et non assurées (9), adultes de 65 ans et plus (5), anciens combattants ou militaires (4), enfants (2) ou personnes ayant des problèmes de santé chroniques (5).
- De nombreuses équipes interprofessionnelles (18 pratiques) étaient composées d'un médecin, d'une infirmière, d'un assistant médical ainsi que **de deux prestataires interprofessionnels ou plus**. Dans l'ensemble des pratiques, 50 rôles différents étaient représentés au sein des équipes. Les plus fréquemment représentés étaient les médecins de soins primaires (24 pratiques), les infirmières (17), les spécialistes en intégration comportementale (7) ou les travailleurs sociaux (8) et les pharmaciens (9). Dans le tiers des pratiques (10), les infirmières, les assistants médicaux et/ou les gestionnaires de patientèle étaient autorisés à **élargir leur champ de pratique** et étaient appuyés dans cette démarche.
- Plus de la moitié des équipes interprofessionnelles (15 pratiques) offraient une gamme de services généraux (y compris des soins préventifs, la prise en charge de maladies chroniques et des services et programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé) ainsi que d'autres services spécialisés tels que des soins dentaires, optométriques et orthopédiques, et des soins de santé comportementale.
- Dans plus de la moitié des pratiques (15), divers mécanismes facilitaient l'**accès aux soins en temps opportun**, dont les rendez-vous le jour même, le troisième rendez-vous disponible, la couverture après les heures régulières, l'accès en tout temps aux prestataires de soins, les visites à domicile, la télésanté (consultations par téléphone, par vidéo), le suivi à distance, les lignes

d'assistance téléphonique ou les lignes de triage téléphonique par des infirmières, la messagerie sécurisée, la messagerie électronique, les politiques sur le nombre de patients à voir au cours d'une période donnée ou par jour, et l'utilisation d'outils de prévision pour évaluer la demande.

- Plus du tiers des pratiques (10) utilisaient les dossiers médicaux ou de santé électroniques (DME, DSE). Les technologies informatiques en santé étaient utilisées à diverses fins, y compris pour la coordination des soins, la mesure du rendement guidée par les données, la gestion de la liste de patients et de la population ainsi que la gestion des consultations.
- Environ le quart des pratiques exemplaires mentionnaient des initiatives de gestion du rendement et d'amélioration continue de la qualité. Huit pratiques recueillaient des données de mesure du rendement à l'aide de divers mécanismes, comme des tableaux de bord et des cadres de mesure du rendement. Sept pratiques avaient entrepris une démarche d'amélioration continue de la qualité qui comportait la tenu de réunions d'équipe régulières, l'établissement de mesures et de cibles de rendement, l'emploi de facilitateurs de pratique et la schématisation du déroulement du travail.
- Dans le quart des pratiques (7), les patients étaient affectés à un prestataire de soins pour faciliter la continuité des soins, et des plans de soins étaient élaborés pour inciter les patients à participer à leurs soins.

Ces caractéristiques s'inscrivent dans la vision du Centre de médecine de famille du Collège des médecins de famille du Canada[MC] (CMFC). Un enseignement clé tiré de la présente revue est que les pratiques internationales potentiellement exemplaires s'apparentaient souvent au modèle de centre de santé communautaire. Axé sur les populations marginalisées et vulnérables, ce modèle permet d'offrir une gamme vaste et complète de services de santé à une population par l'intermédiaire d'une équipe diversifiée de professionnels de la santé. Cependant, il est essentiel de souligner qu'il manquait d'information sur l'approche en matière de leadership, le cadre de gouvernance, le modèle de financement et les mécanismes de responsabilité relatifs aux pratiques exemplaires. Il existait peu de documentation sur l'impact de celles-ci ainsi que sur les facteurs qui avaient entravé ou favorisé leur mise en œuvre. Ces conclusions ne sont pas surprenantes puisque le manque de recherche sur les soins primaires demeure un problème partout dans le monde.

Limites

La revue comporte des limites. Premièrement, certains articles pertinents sur des pratiques potentiellement exemplaires peuvent avoir été omis malgré tous les efforts déployés. Comme il s'agissait d'une étude mondiale, la langue des documents était propre au contexte. Pour cette raison, l'information provenant de documents non disponibles en anglais ne pouvait pas être incluse, mais elle aurait pu permettre d'en apprendre davantage. En outre, les renseignements disponibles sur chacune des pratiques exemplaires étaient variables, et la revue pouvait uniquement présenter l'information à disposition. Certaines pratiques exemplaires peuvent présenter des caractéristiques communes qui n'ont pu être repérées dans le cadre de cette revue. Finalement, la qualité des études n'était pas évaluée ; il faut donc considérer avec réserve les incidences et les données probantes sur les impacts.

Recommandations

Au moment où il entreprend un plaidoyer pour propager sa vision du Centre de médecine de famille à la grandeur du Canada, il est recommandé que le CMFC :

- Mène d'autres recherches sur les pratiques internationales potentiellement exemplaires recensées afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les caractéristiques propres aux équipes hautement performantes et explore

leur approche en matière de leadership, leur cadre de gouvernance, leur modèle de financement, leurs mécanismes de responsabilité ainsi que les facteurs qui entravent ou favorisent leur mise en œuvre ;

- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans des modèles d'équipes interprofessionnelles qui exigent la mise en œuvre des caractéristiques associées aux pratiques exemplaires hautement performantes recensées dans le cadre de la présente étude et des mécanismes de responsabilité à cet effet ;
- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans l'évaluation et la réalisation de recherches sur les modèles d'équipes interprofessionnelles actuellement en place dans le but de déterminer comment ils peuvent être optimisés et utilisés à la grandeur du Canada.

2. Introduction

Il est largement reconnu que des soins primaires hautement performants constituent l'assise d'un système de santé efficace et efficient. Les pays disposant d'un robuste secteur des soins primaires atteignent des résultats de santé supérieurs, et ce, à moindres coûts[1]. Au cours des vingt dernières années, les provinces et territoires du Canada ont mis en œuvre des initiatives de réforme visant à renforcer l'infrastructure des soins primaires et à instaurer des modèles de financement et de rémunération qui favorisent une amélioration du rendement[1]. Malgré ces avancées, la performance du secteur des soins primaires au pays est demeurée inférieure à celle de nombreux autres pays à revenu élevé pour ce qui est de l'accès à un médecin habituel ou à un lieu habituel d'obtention des soins, de l'accès aux soins en temps opportun, de la mise en place d'équipes interprofessionnelles et de la communication entre les milieux de soins[2,3].

En 2012, la Dre Monica Aggarwal et le Dr Brian Hutchison élaboraient un document de réflexion établi par consensus et fondé sur des données probantes intitulé *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*[1]. Ce document a bénéficié des lumières d'importants intervenants en soins de santé primaires (SSP) de tout le Canada. Son objectif était de définir par consensus une vision et une feuille de route visant à renforcer les SSP comme fondement d'un système de santé hautement performant pour le Canada. La stratégie était conçue pour servir de référence aux décideurs du domaine de la santé et aux dirigeants des systèmes de santé à l'échelle fédérale, provinciale, régionale, locale et organisationnelle. Le document *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada* a grandement contribué à déterminer ce qui caractérise les systèmes de soins primaires hautement performants. Selon une revue des preuves et expériences internationales et nationales, 13 composantes constituent les éléments indispensables des systèmes de soins primaires hautement performants[1] :

- Orientation politique clairement énoncée qui est ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences du public
- Mécanismes de gouvernance des soins primaires à l'échelle communautaire, régionale et provinciale/territoriale
- Recrutement des patients (inscription, attachement, accès)
- Équipes interprofessionnelles
- Mobilisation des patients
- Modalités de financement et de rémunération des prestataires harmonisées avec les objectifs des systèmes de santé

- Technologies informatiques en santé qui soutiennent efficacement les patients et les prestataires de soins
- Mesure continue du rendement
- Formation et soutien en matière d'amélioration continue de la qualité
- Développement du leadership
- Coordination, intégration et partenariats avec d'autres services sociaux ou de santé
- Évaluation systématique de l'innovation
- Capacité de recherche et productivité
- Aide à la prise de décision

La mise en place d'équipes interprofessionnelles est l'une des principales caractéristiques des systèmes de soins primaires hautement performants. Le CMFC définit comme suit le Centre de médecine de famille (CMF) : un cabinet de médecine de famille défini par ses patients comme « l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise de parler de leur santé personnelle et familiale, ainsi que de leurs problèmes de santé[4]. » Les piliers du CMF sont les fondements (administration et financement, infrastructure appropriée et soins interreliés), les fonctions (soins accessibles, capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale, soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille, continuité des soins, soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille) et le développement continu (mesure, amélioration continue de la qualité et recherche, et formation, éducation et développement professionnel continu)[4].

Au Canada, les modèles de prestation des soins en équipe adoptés par plusieurs provinces et territoires diffèrent considérablement les uns des autres en ce qui concerne leur structure, les mécanismes de rémunération des médecins, les types de prestataires de soins primaires embauchés, les mécanismes de gouvernance, le financement du personnel de soins primaires, l'inscription des patients, l'éventail des services, la nature de la population qui reçoit les services et l'adoption d'une approche populationnelle pour la planification et la prestation des soins[1]. Malgré d'importants investissements dans la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles, peu de preuves démontrent que les modèles d'équipe actuels donnent systématiquement de meilleurs résultats en ce qui concerne le quadruple objectif (améliorer la santé de la population, réduire les coûts des soins, améliorer l'expérience des patients et accroître la satisfaction des prestataires de soins). Certains éléments donnent à penser que les Centres de santé communautaire ontariens, un modèle principalement axé sur le service aux populations mal desservies, ont fait diminuer les taux de visites aux urgences et ont, aux chapitres de la prise en charge des maladies chroniques et de la promotion de la santé, mieux performé que les cabinets où l'on emploie un modèle de rémunération à l'acte ou par capitation[5–7]. Afin d'éclairer le dialogue en cours sur l'implantation systématique et généralisée d'équipes interprofessionnelles de soins primaires hautement performantes, la présente revue avait les objectifs suivants :

- Recenser des pratiques internationales potentiellement exemplaires associées aux équipes interprofessionnelles de soins primaires dans les pays qui ont implanté les soins en équipe avec succès
- Examiner les preuves de l'impact qu'on eu les pratiques exemplaires recensées
- Comprendre les facteurs qui ont entravé ou favorisé la mise en œuvre des pratiques exemplaires recensées
- Dégager les enseignements que le Canada peut tirer des expériences d'autres pays

3. Méthodologie

La présente étude s'appuie sur une rapide revue de la littérature grise et scientifique réalisée conformément aux lignes directrices Cochrane[8]. L'approche de recherche a été déterminée en soumettant plusieurs stratégies de recherche à des essais pilotes afin de déterminer la plus appropriée pour le recensement des articles sur les pratiques exemplaires. Une première recherche dans la littérature scientifique a généré plus de 17 000 articles par base de données (Medline, EMBASE) sur les soins intégrés ou les soins en équipe dans le contexte des soins primaires. Comme la présente étude devait être effectuée en quatre mois, cette revue de la littérature n'était pas réalisable. Le fait de restreindre la recherche aux lignes directrices et recommandations a donné plus de 805 articles par base de données. Toutefois, l'examen des résultats a démontré que ces documents ne fournissaient pas d'information sur l'impact des interventions. Après avoir essayé différentes stratégies de recherche, il a été déterminé qu'une approche ciblée convenait le mieux pour réaliser cette revue.

Aux fins de la revue, une pratique exemplaire est définie comme une pratique qui modifie concrètement la mise en œuvre et les résultats des soins de santé[9]. La définition de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires implique la participation coordonnée de multiples prestataires de soins primaires aux soins des patients[10]. Pour déterminer les pratiques potentiellement exemplaires, nous nous sommes basés sur la référence explicite à des pratiques exemplaires dans la littérature et sur des recommandations émanant d'experts. Les preuves d'impact n'ont pas été utilisées pour déterminer les pratiques exemplaires. Cette décision a été prise parce que les investissements consacrés à la recherche sur les SSP demeurent faibles à l'échelle mondiale[11]. Elle a aussi permis de créer une liste exhaustive des pratiques potentiellement exemplaires pouvant aider à dégager les caractéristiques qu'elles ont en commun et être soumise à un examen plus poussé dans le cadre de futures recherches.

Pour établir une liste des pratiques internationales **potentiellement** exemplaires en lien avec les équipes interprofessionnelles de soins primaires, une revue de la littérature grise a été effectuée sur Google pour recenser des rapports, protocoles, politiques et lignes directrices émanant d'organismes internationaux (Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques). La stratégie de recherche était basée sur des mots-clés et la combinaison de syntagmes comme « soins intégrés prodigués en équipe » et « équipes de soins de santé primaires » avec « recommandations sur les pratiques exemplaires pour des soins intégrés » et « pratique exemplaire » ou « hautement performant ». Les articles de la littérature grise étaient inclus s'ils étaient publiés en anglais, portaient sur des modèles de SSP

dispensés en équipe, avaient été publiés après 1990, et décrivaient la mise en œuvre réussie d'une intervention ou formulaient des recommandations en vue d'interventions futures. Une recommandation est définie comme suit : « tout énoncé en faveur ou en défaveur d'une intervention qui est basé sur des revues systématiques des données probantes, lesquelles comportent généralement une évaluation formelle des avantages et des inconvénients des options de traitement disponibles[12]. » Ont été exclus les articles portant sur des pratiques qui s'autoévaluaient comme étant hautement performantes, sur des programmes hypothétiques ou pilotes ou sur des programmes en cours de mise en œuvre. Les pratiques qui avaient été mises en œuvre, mais discontinuées par les gouvernements étaient retirées de la liste. Pour la littérature scientifique, des recherches ciblées incluant « pratiques exemplaires » ou équipes de soins primaires « hautement performantes » ont été faites dans Google Scholar. Les listes de références des études incluses ont été examinées. Au total, cet examen de 169 articles a permis de recenser 22 pratiques potentiellement exemplaires.

Pour s'assurer que la liste des pratiques était exhaustive, nous avons demandé à des experts dans le domaine d'examiner et de recommander d'autres pratiques potentiellement exemplaires. Ces experts ont été identifiés au cours de la revue de la littérature. Nous avons également recruté des chercheurs, des décideurs et des experts auprès de la communauté du North American Primary Care Research Group (NAPCRG). Sept initiatives additionnelles ont été ajoutées à la liste en fonction des critères d'inclusion. Afin de valider les conclusions, deux experts ont passé en revue la liste des initiatives.

Au total, cette revue a recensé 28 pratiques potentiellement exemplaires. Pour examiner les preuves de leur impact, les obstacles et facilitateurs, et les enseignements tirés, des recherches ont été faites dans Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, Ovid PsycINFO, EBSCO CINAHL, Cochrane Central et Global Index Medicus. Nous avons également passé en revue les listes de référence des études incluses. Au total, 1151 études/articles potentiels ont été examinés. Seules les études empiriques axées sur l'évaluation des pratiques exemplaires spécifiques ont été incluses dans la présente revue.

Résultats

Pratiques potentiellement exemplaires, preuves d'impact, obstacles et facilitateurs

La présente section décrit les 28 pratiques potentiellement exemplaires qui ont été recensées. La revue a révélé que la plupart des pratiques exemplaires étaient implantées aux États-Unis (21 pratiques), et les autres en Suède (n = 1), au Népal (n = 1), à Singapour (n = 1), à Hong Kong (n = 1) et en Australie (n = 3). Ces pratiques comprennent des centres de santé, des centres médicaux universitaires, des cabinets privés et des systèmes ou programmes de soins intégrés. La revue a généré peu d'information sur l'impact des pratiques potentiellement exemplaires et sur les facteurs qui entravent ou favorisent leur mise en œuvre. La documentation disponible pour chaque pratique potentiellement exemplaire est synthétisée dans cette revue.

4. États-Unis

4.1 Oak Street Health

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Le réseau de centres de soins primaires Oak Street Health a été fondé en 2012. Il dispense des services à plus de 100 000 personnes âgées dans plus de 100 centres répartis dans 15 États. Ces centres offrent un éventail complet de services de soins primaires. Oak Street Health se spécialise dans les services aux patients bénéficiaires de Medicare et de Medicaid[13]. Les patients couverts par d'autres régimes d'assurance sont toutefois acceptés.

Les centres de soins primaires possèdent les caractéristiques suivantes13 :

- Équipes interprofessionnelles : L'équipe se compose de médecins de soins primaires, de personnel infirmier, d'auxiliaires médicaux, de gestionnaires des relations avec les patients, de spécialistes en santé comportementale et de podiatres. Des pharmacies sont aussi intégrées aux centres[13].
- Soins complets et globaux : Une vaste gamme de services est offerte, qui vont de l'information sur les médicaments aux interventions sur les déterminants sociaux qui nuisent à la santé[14].
- Soins accessibles : Des services de santé intégrés mobiles sont offerts aux patients par une équipe qui, sur demande, se rend au domicile de patients aux risques élevés et aux besoins médicaux complexes pour des urgences cliniques et non cliniques[14].
- Soins virtuels : Durant la pandémie de COVID-19, les centres de soins primaires sont passés d'un modèle de services offerts entièrement à l'établissement à un modèle de services offerts à domicile. La télésanté permet de dispenser des soins virtuels lors de consultations téléphoniques et vidéo. Des vérifications de bien-être sont effectuées pour s'assurer que les patients sont dans un état stable et en sécurité à leur domicile. Les patients ont accès à un suivi virtuel. L'auxiliaire médical vérifie les signes vitaux de façon virtuelle, effectue des évaluations structurées, discute des médicaments, modifie la médication au besoin ou renouvelle les ordonnances. Le prestataire de soins (médecin, infirmière praticienne ou auxiliaire médical) termine la consultation à distance, avec l'appui d'un transcripteur. À la fin de la séance, un autre membre du personnel fixe la date de la prochaine consultation[15].

  Pour les patients qui présentent une infection soupçonnée ou confirmée à la COVID-19, les centres de soins primaires ont mis en œuvre un modèle qui reproduit un séjour à l'hôpital

avec une surveillance à distance, des tournées quotidiennes et des soins de soutien encadrés par des lignes directrices fondées sur les données probantes. Pour déterminer les interventions requises, un registre a été créé pour les cas soupçonnés ou confirmés, avec des niveaux de gravité standardisés. Une ligne téléphonique sur la COVID-19 assuré par des cliniciens a été instauré pour répondre aux préoccupations des patients concernant le virus. Un service envoie régulièrement aux patients des messages vocaux et des textos bilingues (anglais-espagnol) pour leur rappeler les consignes de sécurité ou leur communiquer des liens vers des ressources d'information sur la santé. Si le patient n'a pas répondu après trois appels, ses coordonnées sont transmises à l'équipe chargée d'établir des relations plus poussées, souvent en personne, avec les personnes difficiles à joindre. Le personnel chargé des appels de sensibilisation se sert d'outils structurés pour comprendre les besoins en matière de santé physique, mentale et affective des patients et dépister les déterminants sociaux qui nuisent à la santé[15].

- Gestion de la santé de la population : Le transcripteur consigne et gère les données des patients à l'aide de tableaux de bord qui permettent de surveiller la santé de la population et de faire du dépistage préventif[15].
- Leadership : Le réseau est doté de leaders novateurs qui interviennent rapidement pour répondre aux besoins de leurs membres[16].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique. Oak Street Health fait toutefois état d'une baisse de 50 pour cent des hospitalisations par rapport aux moyennes nationales. L'American Association of Retired Persons (AARP) a choisi Oak Street Health comme prestataire de soins primaires pour les adultes admissibles à Medicare[17].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 888 385-9823

4.2 Cityblock

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Fondé en 2017, le programme Cityblock a pour mission d'offrir des services de santé personnalisés aux communautés marginalisées en réduisant les disparités et en établissant des liens de confiance entre les prestataires de soins de santé, les organismes de services sociaux et les groupes marginalisés[18]. Il s'agit d'un prestataire de services qui établit des partenariats avec des organismes communautaires et des régimes d'assurance-maladie afin d'offrir des services de soins primaires, de santé comportementale et des services sociaux aux membres ayant des besoins complexes. Les services de Cityblock sont offerts au Connecticut, dans l'État de New York, au Massachusetts, à Washington (D.C.) et en Caroline du Nord[18], principalement aux bénéficiaires du programme Medicaid et aux populations à faible revenu bénéficiaires du programme Medicare. Plus de la moitié des membres de Cityblock ont plus de 60 ans, plus de la moitié (59 pour cent) sont des femmes et environ 25 pour cent indiquent être de race ou d'appartenance ethnique noire[18]. L'organisme reçoit chaque année des bailleurs de fonds un paiement par capitation pour chaque membre et est financièrement responsable des dépenses médicales qui dépassent le montant du paiement par capitation[19].

Le modèle possède les caractéristiques suivantes :

- Équipes interprofessionnelles : L'équipe virtuelle est composée d'un partenaire communautaire en santé (p. ex., travailleur en santé communautaire [FASC]), d'une infirmière en gestion de cas, d'une infirmière praticienne ou un médecin de soins primaires, d'un thérapeute en santé comportementale et d'un psychiatre[19].
- Coordination, intégration et partenariats : Les Neighborhood Health Hubs sont des cliniques conçues pour être des lieux physiques de rencontre bien visibles, où les prestataires de soins, les membres et les organismes locaux peuvent échanger et aborder les nombreux facteurs qui ont une incidence sur la santé locale[20].
- Soins accessibles : Le programme mobile de soins intégrés emploie des équipes de techniciens d'urgence médicale qui se rendent au domicile des membres. Cette équipe agit comme une extension à domicile du clinicien en télésanté[19]. Des ambulanciers sont également déployés chez les patients ayant des besoins médicaux aigus; ils interagissent avec les médecins d'urgence par vidéo pendant la pandémie. Le programme mobile de soins intégrés utilise des modalités variées (consultations interprofessionnelles, consultations vidéo et téléphoniques, messages SMS, soins à domicile, etc.) afin d'offrir des services holistiques de prise en charge des cas complexes aux communautés marginalisées[19]. En général, les membres ont une rencontre en vidéo une fois par semaine avec un thérapeute pour du soutien en santé comportementale[19]. En outre, les patients sont jumelés à un membre de la communauté qui est disponible pour eux en tout temps (sur appel ou par message texte)[18].
- Soins complets et globaux : Axé en priorité sur la communauté, ce modèle a étendu son champ d'activité au-delà des services de santé de base. Il a par exemple créé un programme de livraison de nourriture par des bénévoles ainsi que des programmes d'hébergement et de livraison pour les personnes à risque élevé de contracter ou de transmettre la COVID-19[21]. Cityblock a mis en œuvre un programme de suivi de grossesse dispensé par des partenaires en santé communautaire, des doulas, des spécialistes en santé comportementale, un obstétricien-gynécologue, un pédiatre, une sage-femme et des intervenantes de soutien à l'allaitement.
- Mobilisation des patients : L'équipe rencontre les patients pour faire le point sur leur situation et leurs objectifs avant d'élaborer un plan. Le partenaire en santé communautaire prend contact régulièrement avec les membres pour constater les progrès accomplis et signaler les problèmes au reste de l'équipe médicale, au besoin[19].
- Technologies informatiques en santé : Une application logicielle appelée Commons**,** qui s'intègre avec les divers DSE, est utilisée pour personnaliser les efforts de sensibilisation et guider les cliniciens dans leurs décisions[22].
- Gestion de la santé de la population : Cityblock a fait preuve de proactivité et d'innovation en élaborant un modèle basé sur des règles qui permet d'identifier les patients atteints de la COVID-19 les plus à risque d'hospitalisation ou d'admission à l'urgence[23].
- Leadership : L'organisme est doté de leaders innovateurs qui interviennent rapidement pour répondre aux besoins de ses membres[20].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique. Cependant, le prestataire de services indique que ses membres ont constaté année après année une baisse des hospitalisations, une amélioration des résultats de qualité et une réduction des coûts, parallèlement à une augmentation de plus du double de leurs membres et de leurs revenus[24]. Les données sur la première cohorte de membres de Cityblock montraient une baisse de 15 pour cent des visites aux urgences et une réduction de 20 pour cent des hospitalisations[22].

Il a été signalé que le taux d'absentéisme est passé de 50 pour cent (quand les patients recevaient uniquement un lien pour une consultation par vidéo) à 5 pour cent lorsqu'un technicien d'urgence médicale se rendait à leur domicile pour les aider à commencer et à réaliser la consultation vidéo[19]. Les dépenses par membre par mois liées à la prestation des soins virtuels étaient inférieures aux dépenses liées aux soins en personne[22].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 833 904-CARE

4.3 Clinica Family Health Services

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

Le centre Clinica Family Health, qui dessert la région située immédiatement au nord de la région métropolitaine de Denver, est un centre de santé sans but lucratif agréé par les autorités fédérales. Sa mission consiste à offrir des soins médicaux et dentaires ainsi que des services de santé comportementale et de pharmacie abordables aux personnes de tous âges[26]. Le centre de santé dispense des soins aux patients à faible revenu et mal desservis, ce qui inclut des patients assurés, sous-assurés et non assurés[26]. En 2018, 94 pour cent des patients vivaient tout juste au-dessus du seuil de pauvreté. Clinica dispense des soins à plus de 58 000 patients par année. L'organisme est agréé par l'Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)[26]. Il est également reconnu par le National Committee for Quality Assurance (NCQA) en tant que foyer médical centré sur le patient de niveau III, ce qui signifie qu'il respecte les rigoureuses normes du NCQA en matière de qualité des soins et d'engagement à l'égard de l'amélioration[27].

Ce centre de santé possède les caractéristiques suivantes[25] :

- Équipes interprofessionnelles :
  - L'équipe se compose de médecins de soins primaires, de personnel infirmier, de professionnels de la santé comportementale, de diététistes, de pharmaciens, d'hygiénistes dentaires, de conseillers en santé, de coordonnateurs d'orientation et d'auxiliaires médicaux.

- L'équipe est divisée en groupes composés de trois mini-équipes (médecin et auxiliaire médical) appuyées par un thérapeute comportemental, une infirmière autorisée, un coordonnateur de cas et un spécialiste des dossiers médicaux.
- Les mini-équipes partagent le même espace physique.
- Les auxiliaires médicaux peuvent, en vertu d'ordres permanents, assumer un rôle élargi, qui comprend le soutien aux patients diabétiques, la vaccination (p. ex., suivi pour les tests, tests ponctuels, etc.) et l'administration du questionnaire PHQ-9 pour dépister la dépression en procédant l'anamnèse du patient.
- Les infirmières autorisées peuvent, en vertu d'ordres permanents, assumer un rôle élargi, qui comprend le diagnostic et le traitement des patients nécessitant des soins actifs.
- Les thérapeutes comportementaux jouent un rôle clé au sein de l'équipe. Ces thérapeutes sont à la disposition des patients pour une consultation de 15 minutes à la suite d'une consultation en soins primaires et à la demande de l'auxiliaire médical.
- Les coordonnateurs de cas jouent un rôle clé au sein de l'équipe. Ils jouent un rôle d'accompagnateur et de navigateur auprès des patients, leur donnent de l'information et établissent avec eux des objectifs et un plan d'action.
- Un caucus de la mini-équipe au début du quart de travail permet de déterminer quels patients devront voir le thérapeute comportemental ou le coordonnateur de cas.

• Soins accessibles :

- Des processus ont été établis pour s'assurer que les patients voient leur clinicien au plus tard cinq jours après une demande de consultation ; toutefois, ils voient en général leur clinicien un ou deux jours après leur demande.
- Des centres d'appel sont utilisés pour gérer et diriger les appels des patients.
- L'horaire des cliniciens prévoit des rendez-vous de 8 h à 10 h, mais le reste de la journée est laissée libre pour les rendez-vous le jour même.
- Le délai d'attente jusqu'au troisième rendez-vous disponible ne peut dépasser 14 jours.
- Les patients ont accès à des services de télésanté et à des rendez-vous le jour même.
- On attend des cliniciens qu'ils offrent aux patients des rendez-vous le jour même.

• Recrutement des patients : Des processus ont été établis pour que les patients voient leurs cliniciens.

• Mesure du rendement :

- La collecte et le suivi des données sont effectués pour mesurer le rendement de l'organisation, des sites, des mini-équipes et des cliniciens au fil du temps.
- Les mesures du rendement comprennent des paramètres d'évaluation organisationnels et cliniques.
- Des tableaux de bord sont utilisés pour faire le suivi des objectifs, du rendement et des aspects que chaque mini-équipe doit améliorer.
- Les indicateurs se rapportant à la continuité relationnelle (pourcentage des consultations avec la mini-équipe et le clinicien traitants) et à l'accès sont mesurés en continu.

• Amélioration continue de la qualité :

- Des caucus d'équipe sont tenus aux deux semaines pour discuter des aspects à améliorer.
- La schématisation du déroulement du travail permet d'apporter continuellement des améliorations au processus.

- Des plans d'amélioration sont élaborés lorsque les mesures du rendement sont en deçà des cibles établies (p. ex., continuité relationnelle avec un clinicien inférieure à 70 pour cent).

- Modèle de financement : C'est l'équipe qui est rémunérée au rendement, et non chacun des médecins.

- Mobilisation des patients[26] :

  - Dans chaque clinique, des fiches « Expérience patient » sont disponibles dans les zones à grande circulation. Elles permettent d'obtenir la rétroaction des patients au point de service. La majorité des préoccupations exprimées sont traitées dans les 72 heures ou moins.

  - La satisfaction des patients est mesurée à l'aide de sondages trimestriels réalisés au moyen de iPads au moment de l'enregistrement des patients.

  - La rétroaction formulée sur de multiples plateformes de médias sociaux est en permanence recueillie à l'aide d'un logiciel de suivi. Les critiques et commentaires sont envoyés aux dirigeants des sites concernés, qui assurent directement le suivi auprès des patients. Clinica a mis en place un système de textos pour solliciter proactivement la rétroaction des patients immédiatement après les consultations.

  - Le comité sur l'avis des patients permet à ces derniers et à leurs familles de faire entendre leurs points de vue à tous les niveaux des processus de prise de décisions et de planification.

  - Le conseil d'administration comprend des usagers (51 pour cent), qui transmettent directement leurs commentaires à la direction générale et guident les activités et le développement de l'organisation.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 303 650-446

4.4 Multnomah County Health Department Primary Care Clinics

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

Le réseau Multnomah County Health Department Primary Care Clinics est un centre de santé situé à Portland. Administré par le comté, le centre est composé de huit cliniques de soins primaires qui offrent des services aux patients non assurés et aux bénéficiaires de Medicaid[28].

Le centre de santé possède les caractéristiques suivantes :

- Équipes interprofessionnelles :

  - L'équipe regroupe deux prestataires de soins primaires (médecin, infirmière praticienne ou adjoint au médecin), une IA, un gestionnaire de la liste de patients inscrits, un aide-commis et deux auxiliaires médicaux certifiés[29].

  - En santé comportementale, le personnel comporte des infirmières praticiennes en psychiatrie et des travailleurs sociaux cliniques agréés.

  - Des travailleurs en santé communautaire font partie de l'équipe. Leur rôle consiste à améliorer l'accès à divers services de soins actifs et primaires, y compris des services de santé mentale, en prenant contact avec les clients du centre qui ont des besoins et en

les orientant vers les services[28]. Ces travailleurs informent également les prestataires de soins primaires relativement aux besoins de santé dans la communauté et aux croyances culturelles qui ont une incidence sur les soins afin que les plans de soins soient culturellement appropriés.

- Les infirmières autorisées sont habilitées à dispenser des soins aigus (triage, interventions, consultations le jour même et coordination des soins) et à gérer les soins aux malades chroniques (autogestion des patients, éducation et accompagnement au changement de comportement, nutrition, exercice, observance thérapeutique et autres aspects considérés comme prioritaires par le patient)[29].

- Le gestionnaire de la liste de patients inscrits (auxiliaire médical ou infirmière auxiliaire) s'occupe de la gestion des besoins des patients de la clinique. Il examine les dossiers des patients pour déceler des lacunes dans les soins (tâches en retard en ce qui a trait aux soins chroniques ou préventifs) et fait de la sensibilisation (diabète, hypertension, dépression et asthme pédiatrique) en appelant les patients ou en leur envoyant des lettres concernant le suivi et les tests[29].

- Il y a sur chaque site une équipe de durabilité composée de l'équipe de gestion du site et d'un représentant de chaque équipe de soins. Les équipes communiquent leurs préoccupations et problèmes de déroulement du travail à la direction de la clinique, qui les porte à l'attention de l'équipe de durabilité. Celle-ci se réunit tous les cinq mois pendant une heure pour analyser les problèmes et les résoudre en modifiant les processus opérationnels[29].

- Les équipes de soins se réunissent pendant 20 minutes avant le début de leur quart de travail et pendant une heure deux fois par mois. Lors de ces réunions, elles passent en revue l'horaire des deux semaines à venir (discutent des vacances, des priorités établies par l'équipe de durabilité du site et des processus opérationnels en place)[29].

- Les prestataires de soins assurent un transfert « chaleureux » pour les patients ayant besoin de services en santé comportementale. L'infirmière autorisée met en œuvre le modèle IMPACT de soins de la dépression, modèle selon lequel le prestataire de soins oriente les patients vers les soins appropriés et l'infirmière autorisée assure un suivi régulier[29].

- L'équipe connaît les rôles et responsabilités de chacun de ses membres[29].

• Recrutement/inscription des patients[29] :

- Les patients sont inscrits auprès d'un clinicien.

- La complexité de la population de patients détermine la taille de la liste d'inscription.

- Pour assurer la continuité des soins, le prestataire doit travailler 50 pour cent du temps à la clinique et y voir des patients au moins quatre jours par semaine.

- Tous les prestataires de soins ont un ou une partenaire de pratique afin que toutes les consultations soient couvertes cinq jours par semaine.

• Soins accessibles[29] :

- Le quart des plages de rendez-vous demeurent libres pour les patients qui appellent pour des soins le jour même. Des rendez-vous peuvent être programmés pour le reste des plages jusqu'à deux semaines à l'avance. Si le patient ne peut obtenir de rendez-vous le jour même, son appel est transféré à l'équipe afin qu'elle trouve une solution.

- Les appels des patients sont acheminés à l'infirmière du triage et à un prestataire sur appel pour les soins après les heures de bureau.

- On s'attend à ce que les cliniciens voient 18 patients par journée de 8 heures et à ce

que les professionnels en santé comportementale voient 10 patients par jour.

  - Les plages de rendez-vous des prestataires de soins sont de 20 minutes. La première plage de la journée est réservée à la planification du travail en équipe et les deux dernières demeurent ouvertes pour permettre de terminer le travail de la journée. Les plages laissées libres par les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous sont utilisées pour offrir des rendez-vous additionnels aux patients.

- Mesure du rendement :
  - La collecte et le suivi des données sont effectués pour mesurer le rendement[29].
  - Les mesures du rendement comprennent des paramètres d'évaluation organisationnels (p. ex., continuité des soins, accès, productivité des prestataires et taux d'absentéisme) et les cliniques (mesures liées au diabète, à l'hypertension, à la dépression et aux soins préventifs)[29].
  - Sur un babillard public où les membres des équipes peuvent voir les objectifs atteints ou non atteints, un système de gestion visuelle affiche en temps réel les indicateurs des principales initiatives d'amélioration fixées à chaque équipe[25].
- Amélioration continue de la qualité : La direction médicale et la direction des opérations rencontrent chaque mois les dirigeants des huit cliniques afin de discuter de solutions pour améliorer les aspects qui doivent l'être[25].
- Technologies informatiques en santé : Un registre en ligne, hébergé dans un entrepôt de données, est chargé chaque mois à partir des DME[29].
- Leadership[29] :
  - On considère que cette pratique est dotée d'une solide structure de leadership et d'excellents leaders (direction médicale et direction des opérations).
  - La direction examine le tableau de bord et rencontre les dirigeants des sites chaque mois pour examiner les possibilités d'amélioration et en discuter.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 503 823-4000
Courriel : cityinfo@portlandoregon.gov

4.5 Clinic Ole

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

La Clinic Ole est une clinique sans but lucratif où des soins de santé communautaires sont dispensés en équipe par des prestataires de soins primaires et des dentistes qui collaborent pour offrir une variété de services : soins médicaux et dentaires, vaccination, santé des femmes, tests de diabète, soins pédiatriques et soins gynécologiques préventifs. La clinique offre des services à des individus à faible revenu issus de divers milieux et cultures[30]. Elle offre également des soins primaires communautaires en partenariat avec des organismes communautaires. Le réseau OLE Health dessert le quart de la population de jeunes (et d'enfants) et le sixième de la population adulte du comté de Napa, soit plus de 37 000 patients. Quatre de ses sites sont considérés de niveau 3 (le plus haut niveau) par le National Committee for Quality Assurance (NCQA)[31].

Ce centre de santé est doté des caractéristques suivantes[25] :

- Équipes interprofessionnelles :
  - Les auxiliaires médicaux sont habilités à assumer un rôle élargi dans le soutien aux patients atteints de maladies chroniques, notamment en effectuant des dépistages et des tests ponctuels.
  - Les cliniciens et les auxiliaires médicaux forment des mini-équipes.
  - Des services de santé comportementale sont dispensés en collaboration lors des consultations en soins primaires.
- Soins accessibles : Les heures d'ouverture sont prolongées en semaine et en fin de semaine[25].
- Amélioration continue de la qualité : Les cadres supérieurs offrent de la formation sur l'utilisation des données aux fins de l'amélioration continue de la qualité[25].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 707 254-1770

4.6 Park Nicollet Health Services

Source : Cette pratique a été trouvée dans le *Pharmacy Today Journal*[32].

Résumé principal :

Le réseau Park Nicollet Health Services (PNHS) est un système de soins de santé intégré basé à St. Louis Park, au Minnesota. Il propose un modèle de prestation en équipe de soins personnalisés de grande qualité aux patients couverts ou non par le régime d'assurance-maladie public (Medicare)[32]. Les services de santé sont organisés en cinq volets : soins aux patients hospitalisés, soins primaires, chirurgie, spécialités médicales et administration/soutien[33]. Cinquante-cinq cliniques dispensent des services de soins primaires aux patients.

Les principales caractéristiques sont les suivantes :

- Équipes interprofessionnelles : Les prestataires de soins primaires sont des médecins de famille, des internistes, des adjoints au médecin et du personnel infirmier praticien[34].

- Services complets et globaux : Les patients ont accès à divers services, dont des soins actifs, dentaires, optométriques, pédiatriques et orthopédiques ainsi que des soins de santé mentale[34].
- Soins accessibles : Les patients ont accès aux soins 24 h par jour, 7 jours par semaine grâce aux rendez-vous le jour même, aux cliniques en ligne et aux 21 unités de soins urgents[34].
- Technologies informatiques en santé : Un système de DME unique est utilisé pour les services ambulatoires et hospitaliers, ce qui rend l'information clinique accessible sur tous les sites de soins et permet le partage d'information avec les prestataires indépendants qui orientent des patients vers le réseau PNHS[35].
- Mesure du rendement : Le réseau PNHS utilise une matrice de rendement pour harmoniser ses objectifs à long terme avec les objectifs annuels de chaque secteur de services et de chaque unité. La matrice établit des liens entre qualité, financement et responsabilité. Chaque secteur de services est géré par un duo formé d'un clinicien et d'un administrateur qui établissent conjointement les priorités et discutent de l'utilisation des ressources pour atteindre les objectifs fixés. Cette gestion jumelée signifie que la qualité et l'efficience sont reliées à chaque étape du processus décisionnel[33].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 952 993-5023 ; foundation@parknicollet.com.

4.7 Group Health, Olympia Medical Center

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

Le cabinet médical de groupe Olympia Medical Center, basée à Olympia, dans l'État de Washington[36], fait partie d'un système intégré. En 2006, le réseau Group Health a lancé une initiative de réforme des soins primaires qui a fait diminuer le nombre de consultations par médecin travaillant à temps plein, lequel est passé de 2200 en moyenne à 1800[36]. L'objectif était d'allonger le temps alloué à chaque consultation.

Les principales caractéristiques de cette pratique sont les suivantes[25] :

- Équipes interprofessionnelles : L'équipe est composée de médecins, de personnel infirmier, d'adjoints au médecin et de pharmaciens. Les auxiliaires médicaux et le personnel infirmier assument des rôles élargis.
- Soins accessibles : La patients ont accès à des rendez-vous le jour même.
- Soins virtuels : Les patients reçoivent des consultations par courriel et par téléphone en complément aux consultations en personne.
- Recrutement/inscription des patients : Les patients voient le médecin de famille qui leur a été assigné.

Impact

Dans un essai contrôlé randomisé, une intervention dans laquelle du personnel infirmier assurait une prise en charge de la dépression et des maladies chroniques de manière centrée sur le patient et fondée sur les lignes directrices a significativement amélioré le traitement des maladies et de la dépression[37].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 360 923-7000

4.8 Sebastopol Community Health Center

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

Le Sebastopol Community Health Center est un centre de santé privé, sans but lucratif et agréé par les autorités fédérales qui dispense des services de santé de qualité à l'ensemble de la communauté, sans égard à la capacité de payer[38]. Le centre a été mis sur pied en réaction à l'utilisation élevée du service d'urgence d'un hôpital local pour des soins non urgents[39]. Il est géré par un conseil d'administration formé d'usagers et de membres de la communauté.

Les principales caractéristiques de cette pratique sont les suivantes :

- Soins complets et globaux : Le centre offre des examens médicaux, des traitements, des soins prénataux, des services de vaccination et de soins pédiatriques, des ordonnances et du soutien aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie[38].
- Équipe interprofessionnelle[25] :
  - L'équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels de la santé qui travaillent en petites cellules appelées mini-équipes (médecin, infirmière praticienne ou adjoint au médecin), d'un auxiliaire médical et d'un représentant de l'équipe de soins.
  - L'auxiliaire médical gère l'expérience en cabinet et renforce les messages des médecins. Le représentant de l'équipe de soins communique des renseignements non médicaux aux patients (appels de suivi concernant les consultations externes ou les tests de laboratoire à effectuer). Les auxiliaires médicaux sont également responsables de la surveillance de la qualité au sein de leur équipe, par exemple en trouvant des façons d'améliorer les soins et de coordonner les soins des patients aux besoins médicaux complexes.

- Tous les membres de l'équipe jouissent d'un haut degré d'autonomie et de responsabilité, en particulier le personnel infirmier autorisé, ce qui permet aux équipes de s'adapter aux besoins de chaque patient.
- Les intervenants-pivots aident les patients en leur offrant du soutien à l'autogestion.
- Les membres de l'équipe participent à des caucus.

• Soins accessibles : Les rendez-vous ouverts favorisent l'accès aux soins en temps opportun pour les patients.

• Mesure du rendement et amélioration continue de la qualité : Le centre utilise des tableaux de bord pour faire le suivi de 74 mesures.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 707 869-5977

4.9 Clinica de la Raza, site du Transit Village, Family Medicine Department

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé principal

La Clinica de la Raza est un centre de santé communautaire sans but lucratif de Californie. Son conseil d'administration communautaire est composé à 60 pour cent d'usagers ou de patients[40]. Le centre englobe 26 cliniques réparties dans les comtés de Solano, Contra Costa et Alameda. Une gamme complète de services est offerte aux patients par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de la santé. Le centre sert tous les patients, qu'ils soient assurés ou non. En 2018, la Clinica a servi plus de 90 000 patients.

Principales caractéristiques[25] :

• Équipes interprofessionnelles :

- L'équipe comprend des auxiliaires médicaux et des gestionnaires de la liste de patients inscrits qui exercent des rôles élargis.
- Un gestionnaire de la liste de patients inscrits est chargé de veiller à ce que les efforts de sensibilisation ciblent les bons patients. Le gestionnaire fixe proactivement les rendez-vous pour les patients inscrits dans les registres, utilise le dépistage au point de service pour alerter les médecins quand les résultats se situent hors des limites de la normale, effectue le bilan comparatif des médicaments, évalue l'observance thérapeutique des patients, aide ces derniers à comprendre les changements aux indications relatives à la prise de médicaments, fournit de l'information pédagogique et réalise des activités d'assurance de la qualité.
- En étroite collaboration avec les gestionnaires de la liste de patients inscrits, les auxiliaires médicaux assurent proactivement le suivi auprès des patients. Ils communiquent avec les patients au sujet des analyses de laboratoire, font les rappels sur les médicaments, effectuent les examens des pieds, fixent les rendez-vous, renforcent les comportements qui favorisent l'autogestion, effectuent le bilan comparatif des médicaments, évaluent la connaissance des patients concernant leurs médicaments et rappellent aux patients leurs prochains rendez-vous.

- Soins complets et globaux : L'équipe offre une gamme complète de services, y compris des consultations de groupe sur diverses questions (maux de pieds, maladie hépatique chronique, stress et santé mentale) ainsi que des rencontres axées sur des activités sociales (danse, bingo ou tirages).
- Gestion de la santé de la population : Des feuilles de soins et des registres de patients électroniques (patients diabétiques, patients prenant des anticoagulants) ainsi qu'un logiciel servant à identifier les patients qui doivent être vaccinés ou subir une mammographie sont utilisés pour gérer les patients inscrits.
- Amélioration continue de la qualité et mesure du rendement : La collecte et le suivi des données sont effectués pour mesurer le rendement à des fins d'amélioration continue de la qualité.
- Coordination, intégration et partenariats : Le centre de santé a établi des liens de collaboration étroits avec des organismes communautaires, dont des centres pour personnes âgées, des collèges et le programme d'aide préscolaire. Le centre soutient diverses initiatives de logement, d'évaluations psychosociales, de recherche, de recommandation de services et d'intervention en situation de crise.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique. L'organisation indique que 92 pour cent des patients se déclarent satisfaits[40].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Site Web : https://laclinica.org/contact-us

4.10 West Los Angeles Veterans Affairs Primary Care Clinic

Source : Cette pratique a été trouvée dans une publication de la California Healthcare Foundation[25].

Résumé du programme

La West Los Angeles Veterans Affairs Primary Care est une clinique qui fait partie d'un système intégré à Los Angeles, en Californie. La population de patients comprend des anciens combattants.

Les principales caractéristiques de cette pratique sont les suivantes :[25]

- Équipes interprofessionnelles : L'équipe comprend des médecins de soins primaires, du personnel infirmier, du personnel administratif, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des professionnels de la santé comportementale. Les mini-équipes se composent de médecins, d'IA, d'infirmières auxiliaires autorisées et du personnel administratif.
- Recrutement des patients : Les patients sont affectés à des médecins de famille qui leur dispensent des soins continus.
- Mesure du rendement : La clinique recueille des données pour mesurer le rendement, dont des mesures sur la continuité des soins.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 310 478-3711

4.11 Vermont Blueprint for Health

Source : Cette pratique a été trouvée par le Primary Care Collaborative[41].

Résumé du programme

Le programme Vermont Blueprint for Health a été implanté à la grandeur de l'État en 2010. Il consiste en des cabinets de soins primaires reconnus en tant que centres médicaux axés sur les patients répondant aux normes nationales de qualité et de coordination des soins établies par le NCQA[41]. En date de janvier 2021, 4134 cabinets de soins primaires, y compris des cabinets privés affiliés à un hôpital, des cabinets privés indépendants et des centres de santé agréés par les autorités fédérales, participaient au programme[42,43]. Celui-ci reçoit des paiements de sociétés d'assurance (Medicaid, Medicare, BlueCross, MVP et Cigna)[42,43].

Les principales caractéristiques du modèle sont les suivantes :

- Modalités de financement et de rémunération : Le financement est basé sur le modèle PMPM (paiement par membre par mois), selon lequel les versements sont effectués par les tiers payeurs aux prestataires de soins primaires ou sous forme de paiements pour les salaires et les dépenses des équipes de santé communautaire (ESC)[43]. En 2016, des paiements fondés sur le rendement ont été instaurés pour améliorer l'utilisation et la qualité des ressources de soins de santé.
- Recrutement des patients : Le patient est affilié au cabinet où il a reçu la majorité de ses soins primaires au cours des 24 mois précédant le processus d'affiliation[43].
- Amélioration continue de la qualité : Chaque cabinet travaille avec un facilitateur de pratique qui anime des activités d'amélioration continue de la qualité et propose de nouvelles façons d'améliorer le bien-être[44].
- Coordination, intégration et partenariats : Les pratiques sont appuyées par des ESC, qui sont des équipes multidisciplinaires composées de personnel infirmier, de coordonnateurs des soins, de travailleurs sociaux et d'accompagnateurs en santé[43]. Ces équipes participent à l'identification des causes profondes des problèmes de santé, notamment par le dépistage des besoins en matière de santé mentale, des troubles

liés à l'usage de substances et des déterminants sociaux de la santé. Elles recommandent également aux patients des interventions efficaces pour la prise en charge des maladies chroniques. Les ESC fournissent les services suivants : gestion et sensibilisation de la population/des patients inscrits, coordination individuelle des soins, counseling de courte durée et orientation vers des soins de santé mentale plus intensifs, soutien au traitement de l'usage problématique de substances et éducation en mieux-être spécifique à une maladie. Les services peuvent être intégrés au sein d'un cabinet ou centralisés et partagés entre plusieurs cabinets.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique. Cependant, le rapport annuel de Blueprint for Health indique que l'initiative a eu les résultats suivants[41] :

- Réduction de 8,8 congés de patients hospitalisés par 1000 membres
- Réduction de 49,6 jours-patients par 1000 membres
- Réduction des demandes d'examen d'imagerie standard, d'imagerie avancée et d'échographie

En 2013, le total des dépenses avait diminué de 101 $ par participant au programme Blueprint pour Medicaid (comparativement aux cabinets de soins primaires qui n'adhèrent pas au modèle PCMH) et de 565 $ par participant au programme Blueprint pour les tiers payeurs commerciaux[41].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Mara Donahue : 1 802 798-2471

4.12 Patient Aligned Care Teams (PACT) du Department of Veterans Affairs

Source : Cette pratique a été trouvée par l'Office of Patient Care Services for Veterans Affairs[45].

Résumé du programme

Les Patient-Aligned Care Teams (PACT) ont été créées par le Department of Veterans Affairs (ministère des Anciens combattants) des États-Unis en 2010. Il s'agit d'équipes de professionnels et de spécialistes des soins primaires (p. ex. personnel infirmier, travailleurs sociaux, médecins) qui collaborent à la prestation de soins complets aux anciens combattants[46,47]. Cette initiative a pour but d'améliorer l'accès, la continuité, la coordination et l'intégralité en dispensant des soins axés sur le patient[48]. Le programme a été élaboré en se basant sur le modèle de soins centrés sur les patients afin d'offrir des soins en équipe hautement performants. Tous les soins sont basés sur des lignes directrices fondées sur les pratiques exemplaires et les données probantes[45].

Les principales caractéristiques de cette pratique sont les suivantes :

Équipe interprofessionnelle : L'équipe se compose d'un prestataire de soins primaires, d'une infirmière responsable des soins, d'un associé clinique et d'un commis administratif. Cette équipe fait appel et facilite l'accès à d'autres prestataires de soins, dont des travailleurs sociaux, des diététistes, des pharmaciens, des professionnels de la santé mentale, des spécialistes et des professionnels de la santé non affiliés au Department of Veterans Affairs[49]. Les membres de l'équipe assument des rôles clairement définis. Tous les prestataires se rencontrent pour discuter de leurs patients communs et faciliter la coordination des soins.

- Mobilisation des patients : L'équipe encourage les anciens combattants à atteindre leurs objectifs en matière de santé et de bien-être au moyen de plans de soins personnalisés[49]. Les aidants naturels (membres de la famille et amis) font partie de l'équipe de soins et sont impliqués dans la prise des décisions relatives aux soins. Il incombe ensuite à l'équipe de soins multidisciplinaire d'aider les anciens combattants relativement à tous les aspects de leurs plans de soins, en insistant sur la prévention et la promotion de la santé. Les patients ont également accès à des séminaires éducatifs et à de l'information vérifiée sur les soins de santé sur *MyHealtheVet*.
- Accès en temps opportun : Les patients peuvent communiquer avec les membres des PACT par téléphone (l'accès aux soins par téléphone 24h par jour, 7 jours par semaine est un service de soins standard de la Veterans Health Administration) ou par messagerie sécurisée sur le portail MyHealtheVet[45].
- Technologies informatiques en santé : Les PACT utilisent des technologies informatiques en santé, dont un système de dossiers-patients informatisés, le Nationwide Health Information Network et les dossiers de santé électroniques.

Impact

- En 2012, une étude a été réalisée pour mesurer l'incidence du PACT en évaluant les expériences des professionnels de la santé en ce qui concerne la mise en œuvre du modèle de soins centrés sur les patients et le travail en mini-équipe. L'étude a constaté que les répondants estimaient que le modèle PACT avait amélioré les relations avec les patients et accru leur satisfaction ; cependant, les mini-équipes avaient réduit le temps consacré aux patients, accru l'épuisement professionnel des membres et fait diminuer l'efficacité en raison de la présence de membres peu performants au sein de l'équipe. On estimait que le personnel était insuffisant pour assurer le fonctionnement efficace du nouveau modèle[50].
- En 2017, un ERC s'est penché sur l'effet que l'élargissement de l'offre de soins des PACT au moyen d'un programme de gestion intensive (ImPACT) a eu sur les coûts, sur l'utilisation des soins de santé et sur l'expérience des patients ayant beaucoup de besoins. Les auteurs ont conclu que les soins intensifs ambulatoires pour les patients ayant beaucoup de besoins n'avaient pas fait diminuer l'utilisation ou les coûts des soins actifs par rapport aux soins normalement dispensés par les PACT[51].
- Dans une étude à méthodologie mixte menée en 2021, les chercheurs ont constaté que les cliniques situées dans de vastes zones rurales ou dans de petites zones rurales isolées avaient de la difficulté à accéder aux consultations téléphoniques, aux consultations de groupe ou à la messagerie sécurisée, ainsi qu'à joindre les cliniques urbaines pour les appels de suivi après le congé[52].
- Dans le contexte de la COVID-19, nous avons constaté que l'utilisation continue des communications téléphoniques et en ligne par les travailleurs sociaux permettait de répondre en temps opportun aux besoins des anciens combattants[46].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 800 273-8255 (appuyez sur le 1)

4.13 Hospice of the Bluegrass

Source : Cette pratique a été trouvée dans un article de journal sur HEALTHCARE First[53].

Résumé du programme

Pour répondre aux besoins médicaux, physiques, sociaux, affectifs et spirituels de la population d'une zone de service qui couvre 23 comtés, l'Hospice of the Bluegrass, un centre de soins palliatifs sans but lucratif, dispense des soins primaires en équipe à des malades en phase terminale ayant six mois (ou moins) à vivre ainsi qu'aux membres de leur famille[54]. Le centre regroupe 15 organismes[55]. Il est dirigé par un conseil d'administration[56] et compte 400 employés, dont du personnel infirmier, des infirmières auxiliaires autorisées, des travailleurs sociaux, des aumôniers, des conseillers en deuil, des médecins et du personnel administratif[57]. Les équipes cliniques se composent de médecins de soins primaires et de spécialistes des soins palliatifs, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, de conseillers, d'auxiliaires familiaux et de personnel infirmier. Elles offrent leurs services à domicile, dans les hôpitaux, dans les établissements de soins de longue durée ou dans un centre de soins palliatifs indépendant, et les coûts sont couverts par les principaux programmes d'assurance américains[54]. L'Hospice of the Bluegrass centre offre également aux membres de la famille une formation d'aidants naturels et leur assure un soutien affectif et spirituel[54]. Le centre a créé un comité de pharmacologie et de thérapeutique en guise de stratégie de gestion pour contrôler l'utilisation des médicaments coûteux[58].

Impact

- Un sondage informel (c.-à-d. non académique) mené auprès des aidants naturels a révélé de hauts taux de satisfaction à l'égard de divers aspects : préférences de traitement, prise en compte des croyances/valeurs (si le patient le souhaite), dépistage de la douleur, évaluation de la douleur, dépistage de la dyspnée, traitement de la dyspnée et qualité des soins dispensés aux patients traités avec un opioïde à qui l'on a prescrit un programme intestinal[59].
- Une enquête transversale qui mesurait les croyances, les attitudes et les valeurs des membres du personnel a révélé que le personnel contrôlait jalousement l'accès aux patients (c.-à-d. qu'il ne voulait pas que d'autres prestataires dispensent des soins à leurs patients) et qu'il manquait de temps pour participer à des projets de recherche[57].
- L'Hospice of the Bluegrass déclare des économies de 1 à 2 millions $ par année pour deux hôpitaux de Lexington[56].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 859 276-5344

4.14 El Rio Community Health Center

Source : Cette pratique a été trouvée par le HITEQ Center (un centre national de formation et d'assistance technique lié par contrat au Bureau of Primary Health Care)[60].

Résumé du programme

L'El Rio Community Health Center est un important prestataire de soins primaires et dentaires, et de services de santé comportementale[61]. Ce modèle de soins intégrés est mis en œuvre dans 13 centres de santé et répond aux besoins de plus de 10 pour cent de la population de Tucson, en Arizona[61]. Ce centre n'accepte par les bénéficiaires de Medicare, mais reçoit du financement de nombreux autres assureurs, des co-paiements, des subventions gouvernementales et des dons privés[62]. La clinique se concentre sur la prestation de soins épisodiques en équipe collaborative (p. ex. dentistes, médecins de soins primaires, infirmières et infirmières praticiennes)[62]. L'application « El Rio MyChart » est à la disposition des patients pour fixer et gérer leurs rendez-vous, voir des renseignements sur leur santé, communiquer avec les prestataires de soins, accéder aux résultats des tests et demander des renouvellements d'ordonnances[62]. Pour aider la communauté en offrant davantage de possibilités de s'impliquer dans la prévention en santé, l'El Rio Community Health Center s'est associé au Tucson Medical Center pour créer HealthOn Tucson, un organisme sans but lucratif intégré axé sur la santé et le bien-être[62].

Impact

Une évaluation formelle est en cours, mais n'est pas disponible[62].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 520 670-3857

4.15 Programme de résidence en médecine de famille Crozer-Keystone, Center for Family Health

Source : Cette pratique a été trouvée par l'Association of American Medical Colleges[63].

Résumé du programme

Le programme de résidence en médecine de famille Crozer-Keystone de Pennsylvanie compte deux sites de médecine de famille, dont le Center for Family Health, et a le statut de centre médical axé sur les patients depuis 2009. La clinique en milieu hospitalier se compose de 30 résidents en formation qui travaillent sur les deux sites cliniques. La clinique emploie principalement des enseignants à vocation clinique, 12 médecins traitants et 10 ETP cliniques. Chaque clinique dispose d'une équipe composée de médecins traitants, de résidents, de deux auxiliaires médicaux, d'une IA, d'un pharmacien, d'un travailleur social et d'étudiants en psychologie. La population de patients est de 7000 personnes, qui génèrent environ 20 000 consultations par année. Environ le tiers des patients sont couverts par Medicare, un autre tiers sont couverts par Medicaid ou non assurés, et le dernier tiers sont couverts par une assurance privée[63].

Les principales caractéristiques du centre sont les suivantes[63] :

- Équipe interprofessionnelle :
  - L'équipe de base (mini-équipe) compte des médecins, des résidents en médecine, un gestionnaire des soins du site, un auxiliaire médical et un étudiant en médecine. L'équipe travaille en collaboration avec des travailleurs sociaux et une équipe de comportementalistes.

- L'équipe de base travaille de façon concertée et participe à des réunions au cours desquelles elle examine le cas de chaque patient prévu à l'horaire. Elle discute également des problèmes à aborder lors de la consultation et des tâches liées à la santé préventive qui restent à accomplir. Ces réunions régulières de type caucus sont également l'occasion de discuter du déroulement du travail à la clinique et du rôle à assigner aux étudiants en médecine pour la journée.

- L'infirmière responsable de la gestion des soins appuie tous les membres de l'équipe et est responsable des rendez-vous de suivi après la sortie de l'hôpital, de l'éducation au diabète et de la coordination des soins pour les patients ayant des besoins de santé complexes et qui sont de grands utilisateurs des services d'urgence et des hôpitaux. L'infirmière contacte les patients qui ont obtenu leur congé dans les 48 heures qui suivent leur sortie de l'hôpital et leur fixe un rendez-vous double. Elle examine les dossiers hospitaliers des patients, prépare le bilan comparatif des médicaments et se joint à la mini-équipe pour rencontrer le patient. Elle offre du counseling intensif et du soutien à l'autogestion pour les patients complexes.

- Le pharmacien et les étudiants en pharmacie effectuent des bilan comparatifs de médicaments et voient les patients sous traitement à la warfarine.

- Le rôle des auxiliaires médicaux a été élargi afin que les médecins aient plus de temps à consacrer à la prise de décisions cliniques. Les auxiliaires médicaux aident de diverses façons : examen des dossiers des patients et planification pré-consultation (dates auxquelles le patient aura besoin de rendez-vous pour des interventions), prise des prochains rendez-vous, obtention d'une brève anamnèse lors de l'admission du patient, examen des médicaments, questions au patient au sujet des ordonnances à renouveler et dépistage de la dépression. Les auxiliaires médicaux vérifient le contenu des boîtes de réception des DME, aident les prestataires de soins avec les formulaires et mettent à jour les feuilles de soins proactifs des patients.

- La direction des sciences comportementales examine l'horaire quotidien de la clinique pour identifier les patients ayant des besoins de santé comportementale et s'assurer qu'ils ont accès aux services appropriés.

• Gestion de la santé de la population : Un gestionnaire des soins du site supervise la prise en charge du diabète au sein de la population.

• Mesure du rendement : Chaque année, le centre procède à uneanalyse des FFPM (forces, faiblesses, possibilités, menaces), lors de laquelle tous les auxiliaires médicaux, résidents, enseignants et membres du personnel remplissent des questionnaires anonymes. Les membres de l'équipe de direction examinent ensuite les

résultats de cette analyse et élaborent des plans pour améliorer le rendement.

- Amélioration continue de la qualité : Pour améliorer continuellement la qualité des soins dispensés, un directeur responsable de la gestion de la qualité et de la population à la grandeur du réseau est chargé d'établir un objectif annuel avec cibles de résultats. Chaque clinique désigne un champion de la qualité qui examine les cibles qui n'ont pas été atteintes et élabore un plan pour remédier à la situation. Outre les mesures cliniques, le programme de résidence recueille des données sur la satisfaction des patients, leur roulement et les temps d'attente pour aider à améliorer les soins.
- Technologies informatiques en santé : Les DME sont utilisés pour générer un diagramme qui contient de l'information sur la santé de la population, la gestion des consultations (p. ex., suivi des services en retard), des modèle de consultation et de l'information sur les tâches de maintien de la santé et de prise en charge de maladies pour un patient. Le diagramme contient également de l'information sur les soins préventifs et le dépistage de diverses maladies : diabète/hypertension/lipides, insuffisance cardiaque, ostéoporose, maladie pulmonaire obstructive chronique et dépression. La clinique peut ainsi recueillir des données sur les mesures se rapportant aux maladies chroniques et des données se rapportant à chaque clinique et à chaque prestataire de soins. Il est possible de faire le suivi des renseignements sur les soins préventifs, le dépistage du cancer, les soins du diabète, les bilans lipidiques, l'utilisation des services d'urgence et les hospitalisations. Les résultats du tableau de bord sont fréquemment communiqués à l'équipe.
- Leadership : La transformation du Center for Family Health a été attribuée à un leadership engagé.

Preuve d'impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Crozer Health Family Medicine Residency
1260, East Woodland Avenue, Suite 200
Springfield (PA) 19064
Téléphone : 610 690-4471
Courriel : fmresidency@crozer.org

4.16 Faculté de médecine de l'Université du Massachusetts – Baystate Internal Medicine Residency High Street Health Center– Adult Medicine

Source : Cette pratique a été trouvée par l'Association of American Medical Colleges[63].

Résumé de la pratique :

Situé à Springfield, au Massachusetts, le Baystate Internal Medicine Residency High Street Health Centre for Adult Medicine est une unité de la Faculté de médecine de l'Université du Massachusetts[63]. C'est une clinique sans but lucratif destinée à la population des quartiers défavorisés qui compte 10 000 patients, principalement couverts par Medicare ou Medicaid. Le personnel de la clinique est constitué de 10 équipes composées d'un médecin traitant et de cinq ou six résidents ; ainsi, les mêmes personnes travaillent ensemble à dispenser les soins aux mêmes patients.

Les principales caractéristiques du modèle sont les suivantes[63] :

- Équipes interprofessionnelles :
  - Chaque équipe comprend également une IA, un auxiliaire médical (qui demeure le même 80 pour cent du temps) et un préposé à l'accueil (représentant du service aux patients

[RSP])[63]. De plus, les équipes sont divisées en cinq équipes sœurs pour apporter une aide complémentaire. Les équipes et les équipes sœurs travaillent dans les mêmes locaux.

- Un objectif clairement défini est fixé pour chaque membre d'équipe.
- Les auxiliaires médicaux alertent les infirmières autorisées lorsque les patients doivent être vaccinés, vérifient le statut tabagique, remplissent le questionnaire sur la santé du patient pour dépister la dépression et évaluer dles risques de chutes, gèrent les registres des maladies chroniques, contactent les patients diabétiques qui doivent prendre rendez-vous pour des services, et font le suivi des consultations et des résultats des tests de diagnostic. Les auxiliaires médicaux installent les patients dans les différentes salles.
- Les infirmières autorisées visitent les patients diabétiques, asthmatiques et hypertendus, distribuent régulièrement le Coumadin et les substances contrôlées, organisent les laboratoires, etc. L'objectif des infirmières autorisées est d'effectuer 40 visites aux patients par mois.
- Les RSP veillent sur les patients, fixent les rendez-vous, répondent au téléphone, offrent les plages horaires laissées libres par des absences ou des annulations aux patients qui veulent un rendez-vous, fixent les rendez-vous pour les tests de laboratoire et les études de diagnostic, fournissent aux patients du matériel éducatif et leur fixent des rendez-vous de suivi.
- Chaque membre de l'équipe est présent une journée par semaine pour favoriser l'établissement de liens.

- Soins accessibles : La clinique s'assure que les patients qui demandent un rendez-vous sont vus dans un délai de deux semaines et dans les 24 heures lorsqu'il s'agit d'un rendez-vous urgent.
- Continuité des soins : Lorsqu'il fixe un rendez-vous, le RSP offre au patient une consultation avec son médecin de soins primaires. Si le médecin n'est pas disponible ou si le patient veut un rendez-vous plus rapproché, le RSP lui offre un rendez-vous avec le clinicien en pratique avancée de l'équipe. Si l'équipe n'est pas disponible, il lui offre une consultation avec un autre prestataire de soins de l'équipe ou (en dernier recours) avec l'équipe sœur. Le centre veille également à ce que la continuité au sein des équipes soit assurée 80 pour cent du temps.

Preuve d'impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 413 794-0000

4.17 Résidence en médecine de famille de l'Université de la Caroline du Nord, UNC Family Medicine Center

Source : Cette pratique a été trouvée par l'Association of American Medical Colleges[63].

Résumé de la pratique

Dans ses multiples cliniques, l'UNC Family Medicine Center, opéré par le programme de résidence en médecine de famille de l'Université de la Caroline du Nord, sert 17 000 patients. Les soins sont dispensés par quatre équipes, chacune composée de six enseignants, six résidents, six auxiliaires médicaux certifiés et un commis[63].

Les principales caractéristiques de cette pratique sont les suivantes[63] :

- Équipes interprofessionnelles :
  - Ces équipes sont organisées en mini-équipes qui bénéficient du soutien de divers prestataires de services.
  - Les équipes sont composées de médecins et de conseillers dans divers domaines : santé comportementale, finances médicales, dépendance à la nicotine, nutrition, services sociaux, techniques de laboratoire, acupuncture, entraînement physique et physiothérapie.
  - Une infirmière autorisée et trois infirmières auxiliaires agissent à titre d'infirmières de triage ; elles peuvent renouveler les ordonnances et répondre aux messages reçus dans la journée.
  - L'auxiliaire médical certifié est le chef d'équipe et il est responsable du déroulement du travail quotidien de la clinique et de la formation des nouveaux membres de l'équipe.
- Recrutement/inscription des patients : Les patients sont inscrits dans la liste d'un médecin.
- Continuité des soins : Les auxiliaires médicaux certifiés et les commis essaient de donner aux patients des rendez-vous avec le prestataire de soins auquel ils sont affiliés.
- Soins accessibles :
  - La clinique fonctionne selon un horaire 16/16, ce qui signifie que 16 prestataires de soins doivent être présents tout au long de la journée pour s'assurer que les patients aient accès aux soins en temps opportun. Les résidents font 12 blocs de quatre semaines (deux blocs sont de cinq semaines).
  - Pour s'assurer que la clinique dispose du personnel requis en tout temps, un modèle de prévision de la demande de rendez-vous est utilisé. L'objectif de la clinique est de donner un rendez-vous dans les jours qui suivent la demande.
  - L'objectif de la clinique, soit que les visites de suivi aient lieu dans les 10 jours, est presque toujours atteint.
- Mesure du rendement : Des données sont recueillies sur les indicateurs cliniques et opérationnels, y compris la satisfaction des patients et du personnel. L'ensemble de l'équipe, dont la personne qui recueille les données, se réunit chaque mois pour examiner les données et déterminer les améliorations à apporter. Le nombre de patients que chaque prestataire de soins voit est également contrôlé à chaque trimestre pour s'assurer que les patients peuvent avoir accès à des rendez-vous en temps opportun.

Preuves d'impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique. Cependant, le programme de résidence a été classé deuxième au pays par l'*US News & World Report* en 2020.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Jessica Smith, MGP, directrice des programmes départementaux de résidence
Téléphone : 1 984 974-0210

4.18 Air Force Medical Home Advantage

Source : Cette pratique a été trouvée par le Primary Care Collaborative[64].

Résumé du programme

L'Air Force Medical Home Advantage a pour objectif de prodiguer des soins aux militaires, aux anciens combattants et à leurs familles. L'Armée de l'air a mis en œuvre l'Initiative Santé familiale dans le but d'améliorer les soins primaires pour les patients[65]. L'Air Force Medical Home est fondé sur le modèle existant de soins centrés sur les patients. Une équipe de prestataires s'occupe d'une population de bénéficiaires militaires (membres des forces armées en exercice, retraités et membres de leurs familles)[66]. Les gestionnaires de soins primaires aident les patients à accéder à des spécialistes[67]. En 2011, ce modèle de soins centrés sur les patients a été mis en œuvre sur plusieurs bases militaires aux États-Unis. La gamme de services comprend des services de prévention et des interventions personnalisées. Des plans de soins sont créés pour encourager l'adoption de saines habitudes de vie[64]. Ces cliniques dispensent des soins à plus de 1,1 million d'anciens combattants[67].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Une étude a examiné les enseignements tirés de la transition entre le modèle de soins traditionnel et le modèle de soins centrés sur les patients[66] adopté par l'Air Force Medical Home Advantage. Des données provenant de diverses organisations ont été recueillies lors d'un atelier tenu à Alexandria, en Virginie, en juin 2010. Les participants ont indiqué que le manque de formation spécialisée des membres de l'équipe représentait un obstacle au travail dans ce modèle. Le manque d'appui de la part des médecins était également un obstacle. Les médecins étaient réfractaires au modèle en raison du manque d'harmonisation des incitatifs financiers, du sentiment d'être sous-payés et de la nécessité de réaliser des actes médicaux chronophages. Les programmes se sont efforcés de modifier la culture des cabinets en réaménageant l'espace de travail pour faciliter la collaboration. Enfin, on a noté que les pratiques qui effectuaient la transition entre un système sur support papier et un système numérique éprouvaient des difficultés en raison de la lenteur du processus de mise en œuvre du DME.

Coordonnées

7700, Arlington Boulevard
Falls Church (VA) 22042

4.19 BRIGHTEN (Bridging Resources of an Interdisciplinary Geriatric Health Team via Electronic Networking)

Source : Cette pratique a été trouvée par le Mather Institute.[68]

Résumé du programme

Le programme BRIGHTEN (Bridging Resources of an Interdisciplinary Geriatric Health Team via Electronic Networking) a opté pour un modèle de soins virtuels qui repose sur les meilleures pratiques en santé mentale gériatrique[68]. Le programme se compose de prestataires de soins primaires qui collaborent pour prodiguer des soins de santé mentale gériatrique au moyen d'outils de communication virtuels (courriel, téléphone et télécopieur)[68]. Pour s'attaquer aux symptômes de la dépression chez les personnes âgées, l'équipe de soins virtuels comprend des experts en psychologie, en travail social, en psychiatrie, en physiothérapie, en ergothérapie, en diététique, en aumônerie et en pharmacie[69]. Chaque membre de l'équipe répond aux demandes en faisant des recommandations de soins selon sa spécialité[70]. Quand les recommandations sont faites, le prestataire de soins primaires dispense les soins en se référant à un plan de soins personnalisé[70]. Cette façon de procéder réduit le délai associé aux rencontres face à face, améliore l'efficacité des communications entre les prestataires de soins et permet de mieux déléguer les tâches de soins au prestataire le mieux en mesure de répondre aux préoccupations de la personne[71]. Même si l'équipe travaille de façon virtuelle, ses membres se rencontrent chaque trimestre pour discuter du fonctionnement de l'équipe[71]. Cette dernière a également instauré une « culture du gâteau », qui veut que les membres célèbrent les événements importants en mangeant du gâteau lorsqu'ils se rencontrent en personne[72].

Impact

- Le programme BRIGHTEN a été évalué à l'aide du cadre RE-AIM (qui est utilisé pour concevoir des programmes d'avancement du bien-être, en évaluer les résultats et améliorer les chances des projets de fonctionner dans la réalité). Selon l'évaluation, la méthode interdisciplinaire a profondément encouragé les prestataires de soins à prendre en charge des cas de dépression plus sévère et à favoriser le bien-être émotionnel général dans les cliniques[69].
- Le fonctionnement en équipe du programme BRIGHTEN a été évalué à l'aide de l'outil Team Fitness Test and Team Development Measure (qui mesure 31 éléments de fonctionnement des équipes : cohésion, communication, clarté des rôles, objectifs et clarté des moyens). L'étude a permis de constater que dans les six mois suivant leur formation, les membres de l'équipe ne savaient pas ce qui constituait une « réunion » (p. ex., courriel nécessitant une réponse ou non). Cependant, l'étude a aussi découvert que la communication virtuelle permettait aux membres d'avoir voix égale au chapitre[71].
- Une étude de faisabilité sur BRIGHTEN a évalué la capacité de l'équipe à traiter la dépression et à offrir une vaste gamme de services (p. ex., ergothérapie). L'étude a montré qu'après six mois, l'état des participants s'était considérablement amélioré ($p < 0{,}001$), selon les mesures à l'échelle de dépression gériatrique et les paramètres d'évaluation médicaux[70].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 847 492-7500

4.20 Mike O'Callaghan Federal Medical Center

Source : Cette pratique a été trouvée dans un document de discussion fourni par l'Institute of Medicine, à Washington (DC)[72].

Résumé du programme

Le Mike O'Callaghan Federal Medical Center est géré par le 99th Medical Group[73]. Son objectif est d'offrir des services de prévention, d'urgence et de soins actifs à 22 000 membres actifs et retraités des forces armées ainsi qu'aux personnes à leur charge[72]. Le centre fait le lien entre les services de soins primaires et de soins secondaires. Les services sont assurés par du personnel infirmier, des médecins, des chirurgiens, des pharmaciens cliniques, des coordonnateurs de congé, des adjoints au médecin et des travailleurs sociaux[72]. Ce programme s'efforce de suivre la méthode TeamSTEPPS afin de dispenser en équipe des soins collaboratifs et coordonnés dans le but d'améliorer l'état de santé et la sécurité des patients[72]. La méthode TeamSTEPPS implique des tournées quotidiennes de l'équipe multidisciplinaire auxquelles participent des cliniciens issus de multiples professions. Les équipes mettent à jour le DME pour examiner les renseignements sur les patients et ajouter des notes, des ensembles d'ordonnances et des feuilles de soins. L'équipe se réunit chaque semaine pour discuter de potentielles améliorations à apporter aux communications et au DME[72]. Plus de 1400 employés travaillent au Mike O'Callaghan Medical Center (Hospital)[73].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 702 653-2000

4.21 Visites centrées sur les patients et les famille du Cincinnati Children's Hospital

Source : Cette pratique a été trouvée dans un document de discussion fourni par l'Institute of Medicine, à Washington (DC)[72].

Résumé du programme

Ce programme hospitalier est une initiative de soins en équipe dans le cadre de laquelle des prestataires de soins primaires, des médecins hospitalistes, du personnel infirmier, du personnel administratif et d'autres professionnels dispensent des soins intégrés aux enfants et à leurs familles[72]. Les membres de l'équipe s'efforcent d'établir des liens de confiance avec les patients et leurs familles à l'aide de communications efficaces visant à élaborer des objectifs communs et à mettre en évidence les rôles et les responsabilités de chacun. Les équipes effectuent des visites aux patients et à leurs familles pour constater les progrès réalisés à l'égard des objectifs communs et pour établir de nouveaux objectifs et plans de soins.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

1 513 636-4200 (appels locaux) ou
1 800 344-2462 (sans frais)

5. Suède

5.1 Modèle suédois de soins en équipe

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme. Il a également été reconnu en tant que pratique exemplaire par le Commonwealth Fund[74].

Résumé du programme

Le système de soins de santé suédois est hautement intégré[74]. Il compte 1200 pratiques de soins primaires; soixante pour cent d'entre elles sont sous administration régionale et les autres sont privées. Les autorités régionales contrôlent l'établissement de nouveaux cabinets privés et réglementent les heures d'ouverture des cliniques ainsi que les conditions financières liées à l'agrément et à la rémunération[74]. L'équipe de soins primaires est composée d'omnipraticiens, de personnel infirmier, de sages-femmes, de physiothérapeutes et de psychologues. Des infirmières de district à l'emploi des municipalités coordonnent les soins pour les patients ayant des maladies chroniques ou des besoins complexes[74]. Elles participent aux visites à domicile. Les médecins publics et privés, le personnel infirmier et le personnel de santé sont en majorité des employés salariés[74]. Les prestataires de soins primaires sont tenus de dispenser des soins après les heures normales de bureau. Il arrive souvent que de trois à cinq cabinets de soins primaires s'installent à proximité les unes des autres afin de pouvoir offrir des soins après les heures normales de service[74].

Les centres de soins primaires (CSP) emploient entre quatre et dix omnipraticiens, du personnel infirmier, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux, des psychologues, des aides-infirmières et des administrateurs[75]. Les CSP utilisent un modèle combiné de rémunération parcapitation fixe pour le personnel agréé (60 pour cent à 95 pour cent du total des paiements), de rémunération à l'acte (5 pour cent à 38 pour cent des paiements) et de bonus liés à la performance (0 pour cent à 3 pour cent des paiements) pour l'atteinte des cibles de qualité en matière de satisfaction des patients, de coordination des soins, de conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes et d'autres indicateurs. Dans les centres, les médecins de soins primaires reçoivent un salaire déterminé à l'échelon régional ou sont des prestataires privés[74]. Même si les citoyens peuvent choisir de s'inscrire auprès du prestataire privé ou public de leur choix, la plupart s'inscrivent auprès d'un cabinet plutôt qu'auprès d'un prestataire[74]. Les médecins des cabinets de soins primaires peuvent également voir des patients au privé en dehors de leur cabinet[74].

Les cabinets de soins primaires ont adopté de nombreux « systèmes informatiques de grande qualité », même si les types de système varient d'un milieu de soins et d'une région à l'autre[74]. Selon une étude qualitative basée sur 48 entrevues approfondies avec des gestionnaires et des membres du personnel de centres de soins primaires, les gestionnaires doivent intégrer des politiques visant à mieux ancrer chez les professionnels des soins primaires la compréhension et l'importance d'appuyer l'innovation en matière de soins primaires en équipe[75].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Information non disponible

6. Népal

6.1 Travailleurs de la santé de première ligne / Programme du secteur de la santé au Népal

Source : Cette pratique a été trouvée sur la plateforme interactive de CHW Central[76].

Résumé du programme

En 2004, le Népal mettait en œuvre une approche de soins communautaires en équipe[76]. Le financement du programme est assuré par un mélange de fonds gouvernementaux et de fonds provenant de donateurs (c.-à-d. que l'Agence américaine pour le développement international paie le coût de la formation et que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) fournit le matériel destiné à la formation et à l'éducation des patients)[76]. L'objectif de l'approche des soins en équipe est de promouvoir les comportements sains par divers moyens : éducation à la santé (p. ex., à propos des campagnes de vaccination), distribution de fournitures et de médicaments (p. ex., un comprimé pris immédiatement après l'accouchement pour réduire les risques d'hémorragie postpartum), détection et traitement des maladies infantiles courantes, réanimation des nouveau-nés en cas d'asphyxie à la naissance et fourniture de médicaments et de soins aux enfants ayant des symptômes de pneumonie[76].

Chaque centre de santé dispose d'au moins un professionnel de la santé (p. ex., médecin de soins primaires, infirmière), d'un agent de santé villageois (ASV), d'un agent de santé maternelle et infantile (ASMI) et habituellement de neuf (mais parfois plus) agentes de santé communautaire villageoises (ASCV) qui travaillent à temps partiel (p. ex. huit heures par semaine) pour servir une population de 5000 à 10 000 individus. Les ASV et les ASMI supervisent les ASCV qui travaillent dans leur secteur[76]. Les ASMI dispensent des soins aux patients et à leurs enfants au moyen de cliniques mobiles. Les services comprennent le traitement des maladies infantiles et le soutien aux campagnes d'éducation à la santé, de vaccination et d'apport en vitamine A[76]. Les ASMI facilitent également l'orientation des patients et sont responsables de la supervision des ASCV[76]. Les ASMI et les ASV sont officiellement employés et rémunérés par le gouvernement pour leurs services. Par contre, de nombreuses ASVC sont des bénévoles qui travaillent à temps partiel et ont droit à des incitatifs non financiers, comme des indemnités d'habillement et des services gratuits de l'Ex-Servicemen Contributory Health Scheme, lequel offre une couverture médicale et une reconnaissance communautaire[76]. Au départ, les ASCV recevaient une allocation mensuelle, mais cette allocation a été discontinuée en raison du manque de financement.

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Information non disponible

7. Singapour

7.1 Programme public-privé de soins partagés de gestion des maladies chroniques (« Programme de soins partagés »)

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Le Programme de soins partagés permet aux patients souffrant de 20 maladies chroniques d'accéder à des soins dispensés en équipe dans un hôpital public. Les Cliniques de consultation externe spécialisées sont un réseau de polycliniques qui comptent plus de 1250 omnipraticiens et spécialistes[77]. Les équipes sont composées de prestataires de soins primaires, de dentistes, de personnel infirmier et de médecins spécialistes. Ce programme est parrainé par le ministère de la Santé[77].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Information non disponible

8. Hong Kong

8.1 Cliniques externes générales

Source : Ces cliniques ont été reconnues comme pratique exemplaire par l'administration hospitalière de Hong Kong[78].

Résumé du programme

À Hong Kong, l'administration hospitalière dispense des services de SSP communautaires aux individus de plus de 65 ans, aux personnes à faible revenu et aux malades chroniques par l'intermédiaire de cliniques externes générales (CEG). Ces cliniques sont réparties entre divers districts de l'île de Hong Kong, de la péninsule de Kowloon et des Nouveaux Territoires. Les patients peuvent accéder à une consultation dans les 24 heures en réservant par le biais du système de rendez-vous téléphonique des CEG ou d'une application mobile qui offre un guichet unique pour l'accès aux services. Certaines CEG dispensent des soins en soirée, le dimanche et les jours fériés[78].

Le programme multidisciplinaire (infirmiers/médecins) d'évaluation et de gestion des facteurs de risque (ou programme RAMP [Risk factor Assessment and Management Program]) a été instauré dans les CEG. Ce programme était spécialement conçu pour améliorer la qualité des soins pour les patients diabétiques traités dans les CEG[79,80] et pour les personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension[79]. Les patients diabétiques en mesure d'accomplir seuls les activités de la vie quotidienne et de recevoir leurs soins réguliers dans une CEG sont admissibles au programme RAMP[79]. Basé sur un modèle de soins aux malades chroniques, ce programme permet de dispenser des soins multidisciplinaires en équipe et coordonnés par une infirmière gestionnaire qui établit le calendrier du suivi des patients[80]. Le programme RAMP utilise un protocole standardisé pour évaluer les patients à risque de développer des complications liées à la maladie[79–81]. De l'information et des interventions appropriées sont dispensées aux patients conformément au protocole qui suit : 1) les patients à faible risque ont droit au suivi habituellement offert par les CEG ; 2) les patients à risque moyen reçoivent les soins d'une infirmière en pratique avancée ; 3) les patients à risque élevé ou très élevé reçoivent les soins d'une infirmière en pratique avancée et d'un médecin spécialisé en médecine familiale. L'évaluation RAMP est répétée aux deux ans[80].

En 2017, six cliniques de soins infirmiers et paramédicaux (CSIP) ont été implantées au sein des CEG. Financé par le gouvernement, ce programme vise à accroître les capacités de prise en charge externe des maladies chroniques[82]. Il consiste en des équipes multidisciplinaires composées

d'infirmières et de professionnels paramédicaux[82] et est axé sur la prévention des chutes, les soins de continence, le bien-être mental, le traitement des plaies, la prise en charge des maladies respiratoires (cliniques de soins respiratoires), la gestion des médicaments et l'observance thérapeutique[82]. Les services comprennent l'aide à l'observance, les soins fondés sur les données probantes et l'éducation[82,83]. Les patients sont orientés vers les CSIP par leur médecin de soins primaires ou s'y présentent spontanément[84]. Le programme repose sur des cliniques dirigées par du personnel infirmier comme on en trouve au Royaume-Uni, en Australie, au Canada et aux États-Unis.

Impact

Une étude quantitative est en cours pour évaluer la qualité des soins et la viabilité d'un programme RAMP multidisciplinaire pour les patients atteints de diabète de type 2 pris en charge[80]. Une autre évaluation fait présentement l'objet d'un examen par le Département de médecine de famille et de soins primaires de l'Université de Hong Kong[82]. L'évaluation requerra l'analyse des données autodéclarées par six cliniques concernant leur impact sur les résultats cliniques.

Une étude comparant les expériences des usagers des CEG et des usagers des cabinets privés d'omnipraticiens a révélé que les patients déclarent avoir eu une meilleure expérience des soins primaires dans les cabinets privés, ce qui était attribué à de meilleures relations interprofessionnelles et à une plus grande accessibilité[85].

Une étude portant sur les cliniques de soins infirmiers et paramédicaux offrant des soins de continence a évalué les effets à long terme (24 mois) des soins de continence dispensés par des services de soins primaires dirigés par du personnel infirmier. L'étude a noté que les patients de ces cliniques avaient vu la gravité des symptômes des voies urinaires basses diminuer sensiblement et la qualité de vie liée à la santé s'améliorer par rapport aux patients ayant reçu les soins habituel (c.-à-d. traités dans d'autres types de cliniques). Ces améliorations se sont maintenues pendant au moins deux ans[84,86]. Une étude de l'efficacité sur cinq ans d'un programme RAMP sur le diabète sucré (RAMP-DM) s'est penchée sur des patients de soins primaires atteints de diabète de type 2[87]. Elle a constaté que le programme RAMP-DM a fait diminuer le risque de maladies cardiovasculaires de 56,6 pour cent, les complications microvasculaires de 11,9 pour cent, la mortalité de 66,1 pour cent, les interventions de spécialistes de 35,0 pour cent, les visites aux urgences de 41,2 pour cent et les hospitalisations de 58,5 pour cent[87]. Les patients présentant un plus faible risque de maladies cardiovasculaires étaient ceux qui bénéficiaient le plus du programme RAMP-DM[87]. De semblables évaluations de la qualité des soins et de l'efficacité du programme RAMP ont révélé que le programme a entraîné une réduction de la tension artérielle et du risque de maladies cardiovasculaires chez les patients hypertendus et diabétiques[79,87–91]. Le programme RAMP-DM a également été associé à une plus faible incidence de toutes les complications microvasculaires (à l'exception de la neuropathie)[92]. On estime que ce programme est d'un bon rapport coût-efficacité[93].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Information non disponible

9. Australie

9.1 CSC (Centre de santé communautaire)

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Le Department of Health (ministère de la Santé) finance les centres de santé communautaires (CSC). Ces centres emploient une équipe interprofessionnelle de prestataires qui offrent une gamme complète de services de soins primaires, y compris des services de santé communautaires, de pharmacie et des services paramédicaux[94].

Impact

Des revues systématiques ont généré les conclusions suivantes :

- Le CSC peuvent aussi contribuer à améliorer l'équité des soins. Selon une étude menée au Community Health Service de la banlieue de Kensington, à Melbourne, qui dispense des services à une importante population migrante, le CSC accordait la priorité au bilan de vitamine D chez les migrants, les personnes d'âge moyen, les femmes et les personnes diabétiques et arthrosiques, groupes les plus à risque de carence en vitamine D[95].
- Comparativement aux omnipraticiens travaillant en cabinet privé, ceux qui travaillent dans les CSC sont plus susceptibles de chercher à obtenir des renseignements sur le niveau d'activité physique et les habitudes alimentaires de leurs patients, d'effectuer des test Pap et de prodiguer des conseils sur le tabagisme, la consommation d'alcool et l'alimentation, ce qui peut aider à prévenir les maladies[96]. De même, une étude portant sur 12 centres de santé communautaires autochtones dans le Territoire du Nord de l'Australie a constaté une amélioration des résultats des soins aux patients diabétiques en ce qui a trait au contrôle de l'HbA1c, de la pression artérielle et du cholestérol total, de même qu'à la promotion de la santé[97,98].

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

betterhealthchannel@dhhs.vic.gov.au

9.2 Western Sydney Integrated Care Program (WSICP)

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Le programme WSICP (Western Sydney Integrated Care Program) vise à améliorer les soins de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques (c.-à-d. diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] et insuffisance cardiaque). Ce programme met ces personnes

en contact avec des programmes existants susceptibles de répondre à leurs besoins de santé physique, mentale et sociale[99]. Sous le modèle des soins à domicile dispensés en équipe, la facilitation des soins est assurée par des infirmières autorisées embauchées par le Western Sydney Local Health District (WSLHD). Dès leur inscription dans la liste d'un omnipraticien participant au programme, d'un facilitateur de soins ou d'une équipe hospitalière spécialisée, les patients sont mis en contact avec ces infirmières[99]. Les coordonnateurs des soins effectuent ensuite des évaluations exhaustives des besoins des patients en matière de soins de santé et de services sociaux, puis coordonnent les soins entre les milieux de soins aigus et primaires. Ils améliorent aussi les plans de soins en fonction de leurs évaluations et supervisent les soins des patients durant leur hospitalisation pour en assurer la continuité[99]. Dans ce modèle de soins, les omnipraticiens ont également accès à des services communautaires et à une ligne téléphonique d'assistance[100]. Ce modèle de soins encourage également les patients à prendre part à des interventions d'autosoins recommandées par le coordonnateur des soins au moyen d'outils personnalisés selon les priorités définies par le patient[99].

Les principales caractéristiques du programme sont les suivantes :

- Coordination : La clinique hospitalière RASS (Rapid Access and Stabilization Services) donne accès en temps opportun à des services d'évaluation en cas de grave détérioration de l'état de santé d'un malade chronique. D'après les résultats de l'évaluation, le patient sera hospitalisé ou non[99]. De même, les omnipraticiens peuvent accélérer les soins en orientant leurs patients vers les cliniciens spécialistes les mieux à même de prendre en charge leur maladie chronique et en consultant ces spécialistes sur la plateforme de partage des données du programme WSICP.
- Recrutement des patients : Les cliniciens, les omnipraticiens et le personnel hospitalier discutent de la pertinence d'admettre les patients au programme WSICP, en tenant compte de l'avis de ces derniers. Les patients peuvent donc être admis de trois façons : 1) après identification par leur omnipraticien ou l'hôpital ; 2) selon des critères cliniques (maladie cardiaque, MPOC, diabète sucré) ; 3) par l'intermédiaire de leur omnipraticien/cabinet de médecine générale participant[100]. Les patients inscrits ont ensuite accès aux facilitateurs de soins, aux soins primaires et aux cliniciens de la clinique RASS, qui peuvent accélérer le processus d'hospitalisation, au besoin[99].
- Mesure du rendement : Le « programme recueillait systématiquement des données sur ses activités »[99]. Toutefois, le détail de ces données et la façon dont elles étaient utilisées n'étaient pas déclarés.
- Technologies informatiques en santé :[99] Les cliniciens inscrits au programme WSICP ont accès à des DSE partagés et à d'autres technologies de partage des données pour faciliter la formation de clinicien à clinicien et les conférences de cas. Tous les membres de l'équipe de soins utilisent un DSE commun pour surveiller le patient et voir son plan de soins (un référentiel de soins partagés). Les dossiers de santé électroniques sont partagés entre les différents prestataires et milieux de soins (p. ex., hôpitaux et prestataires communautaires) pour pérenniser la communication.
- Leadership[99] : La gouvernance du programme WSICP est partagée entre, d'une part, les dirigeants et les cliniciens seniors du Western Sydney Local Health District et du Western Sydney Primary Health Network et, d'autre part, un comité directeur de gestion. Les deux organismes financent le programme et travaillent ensemble à concevoir les services, définir les priorités, effectuer la surveillance du rendement et dispenser des soins intégrés.

Impact

Le ministère de la Santé de Nouvelle-Galles du Sud recueille des renseignements qualitatifs sur le programme WSICP, dont les affirmations médicales, la participation des patients et des prestataires,

les admissions à l'hôpital et les rapports patients-prestataires[101].

Une étude visait à dresser un portrait de la mise en œuvre du programme WSICP en décrivant sa conception, les processus suivis et les difficultés d'intégration[102]. L'étude a révélé que, pour les patients qui étaient inscrits au programme ou qui avaient eu accès à un spécialiste grâce à la clinique RASS, le nombre d'hospitalisations avait diminué de 34 pour cent, les hospitalisations potentiellement évitables avaient diminué de 37 pour cent, les visites aux services d'urgence avaient diminué de 32 pour cent et la durée du séjour lors d'hospitalisations non planifiées avait diminué de 25 pour cent.

Une évaluation qualitative préliminaire a révélé que ce modèle de soins avait amélioré l'expérience des patients (p. ex., diminution du temps d'attente dans les hôpitaux, impression que les soins se sont améliorés et efficacité accrue des autosoins et de la navigation du système de santé) et fait diminuer les coûts des soins en raison de la prévention des admissions à l'hôpital et de la diminution des temps d'attente[101]. Cette étude est toujours en cours[101,103].

Obstacles et facilitateurs

Même si les premiers résultats sont vagues et préliminaires, l'étude qualitative, qui incluait 125 entrevues avec des patients, des soignants, des prestataires de soins de santé et des dirigeants du programme WSICP, a noté que « des obstacles existent toujours au niveau des systèmes de TI, de la communication, de la promotion et de la sensibilisation, et de la faible mobilisation des omnipraticiens **»**[101].

Coordonnées

Information non disponible

9.3 Pleine étendue de la pratique : un modèle d'équipe

Source : Un expert dans le domaine a recommandé ce programme.

Résumé du programme

Ce modèle, fondé sur la pleine étendue de la pratique des membres de l'équipe, implique la participation de médecins de famille, d'infirmières de soins primaires, de professionnels paramédicaux, de facilitateurs de l'accès au système de santé, de coordonnateurs des soins, d'assistants en réadaptation générale, d'adjoints au médecin, de personnel infirmier praticien, de pharmaciens et d'ambulanciers[104]. L'objectif de ce modèle est d'améliorer la qualité des soins en assurant aux patients un accès accru à un vaste éventail de prestataires de soins primaires qui exercent à la pleine étendue de leur pratique[104]. Par exemple, les médecins sont responsables des examens physiques, de l'analyse des données, de la prise de décisions et de l'élaboration des plans de soins, alors que le personnel infirmier est responsable de la collecte des données, de la saisie de la plupart des renseignements sur le patient dans le DSE, de la mise en œuvre des plans de soins et de l'éducation des patients[104].

Impact

Aucune preuve d'impact n'a été trouvée pour cette pratique.

Obstacles et facilitateurs

Aucune information n'a été trouvée sur les obstacles et facilitateurs pour cette pratique.

Coordonnées

Information non disponible

10. **Enseignements tirés**

Cette revue de la littérature a recensé 28 pratiques potentiellement exemplaires mises en œuvre et reconnues comme « hautement performantes » ou « pratiques exemplaires » dans la littérature ou par des experts. Pour déterminer les caractéristiques les plus communes aux pratiques potentiellement exemplaires, nous avons eu recours au référentiel d'Aggarwal et Hutchison sur les attributs des systèmes de soins primaires hautement performants et aux travaux de Bodenheimer sur les éléments de base des équipes hautement performantes (consulter le matériel supplémentaire)[1,105]. Les caractéristiques évaluées étaient les suivantes : leadership engagé, gouvernance organisationnelle, modèle de financement, attachement des patients, technologies informatiques en santé, gestion de la santé de la population, coordination des soins, composition des équipes, champ de pratique élargi, services de soins complets et globaux, mesure du rendement, amélioration continue de la qualité, mobilisation des patients, accès rapide aux soins et continuité des soins.

La revue a constaté qu'une caractéristique commune aux pratiques potentiellement exemplaires était leur volonté de dispenser des soins à une variété de populations cibles (18 pratiques), dont des populations à faibles revenus et non assurées (neuf), des adultes de 65 ans et plus (cinq), des anciens combattants ou des militaires (quatre), des enfants (deux) et des personnes ayant des problèmes de santé chroniques (cinq). En outre, plus de la moitié des équipes interprofessionnelles (15 pratiques) offraient un éventail de services complets qui pouvaient comprendre des soins préventifs (neuf), la prise en charge des maladies chroniques (cinq), des services et programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé (quatre) ainsi que d'autres services, dont des soins dentaires, optométriques et orthopédiques ainsi que des soins de santé comportementale. De plus, de nombreuses équipes interprofessionnelles (18 pratiques) étaient composées d'un médecin, d'une infirmière ainsi que d'au moins deux prestataires interprofessionnels. Dans l'ensemble des pratiques, 50 rôles différents étaient représentés. Les plus représentés étaient les médecins de soins primaires (24 pratiques), le personnel infirmier (17), les spécialistes en intégration comportementale (sept) ou les travailleurs sociaux (huit) et les pharmaciens (neuf). Dans le tiers des pratiques (10), les infirmières autorisées, les auxiliaires médicaux et/ou les gestionnaires de la liste des patients inscrits étaient autorisés à élargir leur champ de pratique et étaient appuyés dans cette démarche.

L'accès en temps opportun était également une caractéristique importante de 15 pratiques exemplaires. Divers mécanismes y étaient mis en place pour favoriser un tel accès, notamment des rendez-vous le jour même, le troisième rendez-vous disponible, une couverture après les heures régulières, l'accès 24/7 aux prestataires de soins, des visites à domicile, des services de télésanté (consultations par téléphone ou par vidéo), le suivi à distance, des lignes d'assistance téléphonique ou des lignes de triage téléphonique dotées d'infirmières, une messagerie sécurisée, une messagerie électronique, des politiques sur le nombre de patients à voir au cours d'une période donnée ou par jour ou l'utilisation d'outils de prévision pour évaluer la demande. Dans le quart des pratiques (sept), les patients étaient affiliés à un prestataire de soins pour faciliter la continuité des soins, et des plans de soins étaient élaborés pour inciter les patients à participer à leurs soins.

Plus du tiers des pratiques (10) utilisaient les dossiers médicaux ou de santé électroniques (DME, DSE). Les technologies informatiques en santé étaient utilisées à diverses fins, y compris pour la coordination des soins, la mesure du rendement guidée par les données, la gestion de la liste de patients et de la population ainsi que la gestion des consultations. Environ le quart des pratiques

exemplaires mentionnaient des initiatives de gestion du rendement et d'amélioration continue de la qualité. Huit pratiques recueillaient des données de mesure du rendement à l'aide de divers mécanismes, comme des tableaux de bord et des cadres de mesure du rendement. Sept pratiques avaient entrepris une démarche d'amélioration continue de la qualité qui comportait la tenu de réunions d'équipe régulières, l'établissement de mesures et de cibles de rendement, l'emploi de facilitateurs de pratique et la schématisation du déroulement du travail.

Bon nombre des caractéristiques des pratiques exemplaires recensées s'inscrivent dans la vision de Centre de médecine de famille du CMFC. En comparant les modèles interprofessionnels mis en place partout au Canada, les pratiques exemplaires recensées dans le cadre de la présente revue s'apparentaient souvent au modèle de centre de santé communautaire. Axé sur les populations marginalisées et vulnérables, ce modèle offre une vaste gamme de services de santé complets et globaux à leur population grâce à une équipe diversifiée de professionnels de la santé. Cependant, il est essentiel de souligner un manque d'information sur l'approche en matière de leadership, le cadre de gouvernance, le modèle de financement et les mécanismes de responsabilité relatifs aux pratiques exemplaires. Il existait par ailleurs peu de documentation sur l'impact des pratiques exemplaires ainsi que sur les obstacles et facilitateurs à leur mise en œuvre. Ces conclusions ne sont pas surprenantes puisque le manque de recherche sur les soins primaires demeure un problème partout dans le monde[11].

Limites

La revue comporte des limites. Certains articles pertinents sur des pratiques potentiellement exemplaires peuvent avoir été omis malgré tous les efforts déployés. Comme il s'agissait d'une étude mondiale, la langue des documents était propre au contexte. Pour cette raison, l'information provenant des documents non disponibles en anglais ne pouvait pas être incluse, mais elle aurait pu permettre d'en apprendre davantage. En outre, les renseignements disponibles sur chacune des pratiques exemplaires étaient variables, et la revue pouvait uniquement présenter l'information à disposition. Certaines pratiques exemplaires peuvent présenter des caractéristiques communes qui n'ont pu être repérées dans le cadre de cette revue. Il faut donc considérer avec réserve les incidences de chaque pratique exemplaire. En outre, la qualité des études n'était pas évaluée ; il faut donc considérer avec réserve les incidences et les données probantes sur les impacts.

Recommandations

Au moment où il entreprend un plaidoyer pour propager sa vision du Centre de médecine de famille à la grandeur du Canada, il est recommandé que le CMFC :

- Mène d'autres recherches sur les pratiques internationales potentiellement exemplaires recensées afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les caractéristiques propres aux équipes hautement performantes et explore leur approche en matière de leadership, leur cadre de gouvernance, leur modèle de financement, leurs mécanismes de responsabilité ainsi que les facteurs qui entravent ou favorisent leur mise en œuvre ;
- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans des modèles d'équipes interprofessionnelles qui exigent la mise en œuvre des caractéristiques associées aux pratiques exemplaires hautement performantes recensées dans le cadre de la présente étude et des mécanismes de responsabilité à cet effet ;
- Plaide auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans l'évaluation et la réalisation de recherches sur les modèles d'équipes interprofessionnelles actuellement en place dans le but de déterminer comment ils peuvent être optimisés et utilisés à la grandeur du Canada.

11. **Références**

Nota : Liens actifs au moment de la publication.

1. Aggarwal M, Hutchison BG. *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada.* Ottawa (ON) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ; 2013.
2. Fonds du Commonwealth. Enquête de 2019 du Fonds du Commonwealth. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.cihi.ca/fr/enquete-de-2019-du-fonds-du-commonwealth.
3. Fonds du Commonwealth. Enquête de 2020 du Fonds du Commonwealth. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.cihi.ca/fr/enquete-de-2020-du-fonds-du-commonwealth.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale— Le Centre de médecine de famille 2019.* Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH2019Summary_FRE.pdf.
5. Russel GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *Ann Fam Med.* 2009;7(4):309-318.
6. Glazier RH, Zagorski, BM, Rayner J. *Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10. ICES Investigative Report.* Toronto (ON) : Institut de recherche en services de santé ; 2012.
7. Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L et coll. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Med*. 2009;3(3):e165-e173.
8. Garritty C, Stevens A, Gartlehner G, King V, Kamel C, Cochrane Rapid Reviews Methods Group. Cochrane Rapid Reviews Methods Group to play a leading role in guiding the production of informed high-quality, timely research evidence syntheses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;5(1):184.
9. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230.
10. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Cromp D, Austin BT, Etz R et coll. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):13.
11. Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader J-S, Chauvin P, Boutet A, Steinecker M et coll. Development of Primary Care Research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. *Ann Fam Med.* 2019;17(1):49-51.
12. Zafra-Tanaka JH, Goicochea-Lugo S, Villarreal-Zegarra D, Taype-Rondan A. Characteristics and quality of clinical practice guidelines for depression in adults: a scoping review. BMC Psychiatry. 2019;19(1):76.
13. Oakstreet Health. Our Mission. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.oakstreethealth.com/about-us/mission.
14. Famakinwa J. Oak Street Health's CMO Touts Home-Based Care Credentials, New AARP Partnership. Home Health Care News. Le 26 septembre 2021. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://homehealthcarenews.com/2021/09/oak-street-healths-cmo-touts-home-based-care-credentials-new-aarp-partnership/.
15. Myers G, Price G, Pykosz M. Commentary: A Report from the Covid Front Lines of Value-Based Primary Care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. Le 1er mai 2020.
16. Yahoo News. Oak Street Health Recognized for Company Culture and Leadership. *Yahoo News*. Le 5 novembre 2021. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://ca.finance.yahoo.com/news/oak-street-health-recognized-company-123000528.html.

17. Oak Street Health Selected by AARP as the Only Primary Care Provider to Carr the AARP Name. Date de consultation : le 8 juin 2022. https://www.financialbuzz.com/oak-street-health-selected-by-aarp-as-the-only-primary-care-provider-to-carry-the-aarp-name/
18. Cityblock. What We Do. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.cityblock.com/approach.
19. American Medical Association. *Cityblock Health – Complex Care Coordination.* AMA Return on Health ; 2021. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.ama-assn.org/system/files/case-study-cityblock-health-complex-care-coordination.pdf.
20. Romm I. Announcing Cityblock: Bringing a new approach to urban health, one block at a time. Discussion trottoir. Le 1er octobre 2017. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://medium.com/sidewalk-talk/announcing-cityblock-bringing-a-new-approach-to-urban-health-one-block-at-a-time-fc791e7f17b8.
21. Rosenbaum E. Cityblock Health. CNBC. Le 25 mai 2021. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.cnbc.com/2021/05/25/cityblock-health-disruptor-50.html.
22. Jennings K. Cityblock Health Gets $192 Million Funding Boost To Turbocharge Care For Low-Income Patients. Le 29 mars 2021. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.forbes.com/sites/katiejennings/2021/03/29/cityblock-health-gets-192-million-funding-boost-to-turbocharge-care-for-low-income-patients/?sh=5d582fa8436a.
23. Schnake-Mahl AS. Identifying patients with increased risk of severe COVID-19 complications: building an actionable rules-based model for care teams. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery.* 2020;1(3).
24. Landi H. Cityblock Health raises another megaround of cash, boosting valuation to $5.7B. *Fierce Healthcare*. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.fiercehealthcare.com/practices/cityblock-health-raises-another-mega-round-cash-banking-a-reported-400m.
25. Willard R, Bodenheimer T. *The Building Blocks of High-Performing Primary Care: Lessons from the Field.* Oakland (CA) : California Health Care Foundation ; 2012. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-BuildingBlocksPrimaryCare.pdf .
26. Clinica Family Health. About Clinica. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.clinica.org/about/.
27. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Clinica Family Health. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.ipfcc.org/bestpractices/clinica-family-health.html.
28. Multnoma County. Primary Care Clinics. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.multco.us/health/primary-care-clinics.
29. American Board of Internal Medicine Foundation. *Multnomah County Health Department – Primary care clinic site visit, May 12, 2011*. Philadelphia (PA) : American Board of Internal Medicine Foundation ; 2011. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://abimfoundation.org/wp-content/uploads/2016/01/Finding-Joy-In-Primary-Practice-Site-Visit-Multnomah-County.pdf.
30. Ole Health. What's Different About Us. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.olehealth.org/who-we-are/whats-different-about-us/ .
31. Ole Health. Our Impact. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.olehealth.org/support-ole-health/our-impact.
32. Gross A. Park Nicollet: Pioneers in accountable care. *Pharmacy Today.* 2013;19(8):48-49.
33. Edwards JN, Silow-Carroll S. Park Nicollet Methodist Hospital: Aligning goals to achieve efficiency. The Commonwealth Fund. Le 28 juillet 2011. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2011/jul/park-nicollet-methodist-hospital-aligning-goals-achieve-efficiency.
34. HealthPartners. HealthPartners. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.healthpartners.com/.

35. Edwards JN, Silow-Carroll S. Park Nicollet Methodist Hospital: Aligning goals to achieve efficiency. The Commonwealth Fund. Le 28 juillet 2011. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2011/jul/park-nicollet-methodist-hospital-aligning-goals-achieve-efficiency.
36. American Board of Internal Medicine Foundation. *Group Health, Olympia Medical Center site visit report October 2011*. Philadelphia (PA) : American Board of Internal Medicine Foundation ; 2011. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://abimfoundation.org/wp-content/uploads/2016/01/Finding-Joy-In-Primary-Practice-Site-Visit-Group-Health.pdf.
37. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B et coll. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2611-2620.
38. Free Clinic Directory. Sebastopol Community Health Center. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://freeclinicdirectory.org/detail/sebastopol_community_health_center1_sebastopol_ca.html .
39. Willard R. Sebastopol Community Health Center: Innovation from every corner. 2011. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.wchealth.org/location/sebastopol-community-health-dental-center/.
40. Clinica. Clinica Family Health – About Us. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.clinica.org/about/.
41. Primary Care Collaborative. Vermont Blueprint for Health. 2016. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.pcpcc.org/initiative/vermont-blueprint-health.
42. Blueprint for Health. Annual Report. 2020. https://blueprintforhealth.vermont.gov/sites/bfh/files/doc_library/BlueprintforHealthAnnualReportCY2020.pdf.
43. Tanzman B. *Annual Report on the Vermont Blueprint for Health, January 2021*. Waterbury (VT) : Vermont Agency of Human Services, Department of Vermont Health Access. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://blueprintforhealth.vermont.gov/sites/bfh/files/doc_library/BlueprintforHealthAnnualReportCY2020.pdf.
44. AHRQ. Case Studies of Leading Primary Care Practice Facilitation Programs. 2013. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Vermont_020413comp.pdf.
45. Veterans Affairs. Patient Care - PACT. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.patientcare.va.gov/primarycare/PACT.asp
46. Cornell PY, Celardo C, Chmelka G, Giles AJ, Halladay CW, Halaszynski J et coll. Social work and telehealth: How Patient Aligned Care Team (PACT) social workers in the Veterans Health Administration responded to COVID-19. *Soc Work Health Care.* 2021;60(2):131-145.
47. Solimeo SL, Steffen MJA, Gardner EE, Adjognon O, Shin MH, Moye J et coll. Using the PACT Resources Framework to Understand the Needs of Geriatric Primary Care Teams. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(9):2006-2014.
48. Yano EM, Darling JE, Hamilton AB, Canelo I, Chuang E, Meredith LS et coll. Cluster randomized trial of a multilevel evidence-based quality improvement approach to tailoring VA Patient Aligned Care Teams to the needs of women Veterans. *Implementation Science.* 2016;11:101.
49. Yano EM, Bair MJ, Carrasquillo O, Krein SL, Rubenstein LV. Patient Aligned Care Teams (PACT): VA's journey to implement patient-centered medical homes. *J Gen Intern Med.* 2014;29 Suppl 2(Suppl 2):S547-9.
50. Ladebue AC, Helfrich CD, Gerdes ZT, Fihn SD, Nelson KM, Sayre GS.The experience of Patient Aligned Care Team (PACT) members. *Health Care Manage Rev.* 2016;41(1):2-10.
51. Zulman DM, Pal Chee C, Ezeji-Okoye SC, Shaw JG, Holmes TH, Kahn JS et coll. Effect of an Intensive Outpatient Program to Augment Primary Care for High-Need Veterans Affairs Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):166-175.

52. Lampman MA, Steffensmeier KRS, Reisinger HS, Sarrazin MV, Steffen MJA, Solimeo SL et coll. Patient Aligned Care Team (PACT) Performance in Urban and Rural VHA Primary Care Clinics: A Mixed Methods Study. *J Rural Health*. 2021;37(2):426-436.
53. Bluegrass Care Navigators. Bluegrass Care Navigators recognized with two prestigious national awards. 2017. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.bgcarenav.org/national-awards.
54. Hospice Care. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.bgcarenav.org/our-care-services/hospice-care.
55. Hospice of the Bluegrass, Inc. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.dnb.com/business-directory/company-profiles.hospice_of_the_bluegrass_inc.e024ac2b05f8de5b172fdccc7789b711.html.
56. Passik SD, Ruggles C, Brown G, Snapp J, Swinford S, Gutgsell T et coll. Is there a model for demonstrating a beneficial financial impact of initiating a palliative care program by an existing hospice program? *Palliat Support Care.* 2004;2(4):419-423.
57. Kirsh KL, Walker R, Snider S, Weisenfluh S, Brown GM, Passik SD. Hospice staff members' views on conducting end-of-life research. *Palliat Support Care.* 2004;2(3):273-282.
58. Snapp J, Kelley D, Gutgsell TL. Creating a hospice pharmacy and therapeutics committee. *Am J Hosp Palliat Care.* 2002;19(2):129-134.
59. Hospice. Hospice Of The Bluegrass, Inc Dba Bluegrass Care N. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://hospice.io/care/hospice-of-the-bluegrass-inc-lexington-ky/.
60. HITEQ. Incredible Behavioral Health Integrator Badge. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://hiteqcenter.org/Services/Badges-Self-paced-Learning/Behavioral-Health-Integrator/successful-practices-in-accountable-care-el-rio-community-health-center.
61. (AACHC), T.A.A.f.C.H.C. El Rio Health. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.aachc.org/community-health-center-locations/member-el-rio-health-center/.
62. El Rio Health. *What It Means To Be Healthy: Our Impact On Our Community*. 2018. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.elrio.org/wp-content/uploads/2018/08/el-rio-mid-year-report-2018.pdf
63. Association of American Medical Colleges. *Profiles of Three High-Performing Primary Care Residency Clinics*. Washington (DC) : Association of American Medical Colleges ; 2018.
64. Primary Care Collaborative. U.S. Air Force Family Health Operations PCMH National.
65. Goodman TB. High-Performing Primary Care Teams: Creating the Air Force Medical Home Advantage. 2015, Air War Coll Maxwell Afb Al.
66. Green EP, Wendland J, Carver MC, Rinker CH, Mun SK. Lessons learned from implementing the patient-centered medical home. *Int J Telemed Appl*. 2012;2012:103685.
67. Airforce Medical Services. Air Force Medical Home. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.airforcemedicine.af.mil/Priorities/Air-Force-Medical-Home/
68. Benson J. The BRIGHTEN Program: An electronic networking intervention program for interdisciplinary geriatric health teams. 2012.
69. Emery EE, Lapidos S, Eisenstein AR, Ivan II, Golden RL. The BRIGHTEN program: implementation and evaluation of a program to bridge resources of an interdisciplinary geriatric health team via electronic networking. *Gerontologist.* 2012;52(6):857-865.
70. Cartier JM. A team-based approach to the care of depression in later life: where are we now? *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36(4):651-660.
71. Emery EE, Millheiser A, Garcia CM, Marquine MJ, Golden RL. Community long-term care teams: Assessing team fitness. *Clin Gerontol.* 2011;34(5):355-366.
72. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE et coll. *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Washington (DC) : Institute of Medicine ; 2012. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf.

73. 99th Medical Group - Mike O'Callaghan Federal Medical Center. Military Health System. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://health.mil/Military-Health-Topics/Access-Cost-Quality-and-Safety/Patient-Portal-for-MHS-Quality-Patient-Safety-and-Access-Information/See-How-Were-Doing/Air-Force/AF-MC-99TH-MED-GRP-NELLIS?DmisId=0079.
74. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International health care system profiles–Sweden. 2020. The Commonwealth Fund. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden.
75. Avby G, Kjellström S, Andersson Bäck M. Tending to innovate in Swedish primary health care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):42.
76. Zulliger R. Nepal's Frontline Health Workers. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://chwcentral.org/nepals-frontline-health-workers/.
77. Ministry of Health. Chronic Disease Management Programme (CDMP). Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.moh.gov.sg/policies-and-legislation/chronic-disease-management-programme-(cdmp).
78. Health Authority. General Out-patient Clinics. 2022. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10052&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042&Ver=HTML.
79. Yu EY, Wan EY, Chan KH, Wong CK, Kwok RL, Fong DY et coll. Evaluation of the quality of care of a multi-disciplinary Risk Factor Assessment and Management Programme for Hypertension (RAMP-HT). *BMC Fam Pract.* 2015;16:71.
80. Fung CS, Chin WY, Dai DS, Kwok RL, Tsui EL, Wan YF et coll. Evaluation of the quality of care of a multi-disciplinary risk factor assessment and management programme (RAMP) for diabetic patients. *BMC Fam Pract.* 2012;13:116.
81. Lau IT. A clinical practice guideline to guide a system approach to diabetes care in Hong Kong. *Diabetes Metab J.* 2017;41(2):81-88.
82. TrialBulletin. Evaluation of Quality of Care – Nurse Allied Health Clinic Programme, HA. 2017. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://trialbulletin.com/lib/entry/ct-02307929.
83. Choi EP, Chin WY, Wan EY, Lam CL. Evaluation of the internal and external responsiveness of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) tool for assessing acute and chronic wounds. *J Adv Nurs.* 2016;72(5):1134-1143.
84. Choi E, Chin WY, Wan EYF, Lam CLK. *A participatory action research to evaluate the outcomes of care of a Nurse-led Continence Care Service for Chinese Primary Care Patients with Lower Urinary Tract Symptoms: a two-year prospective longitudinal study*. Présenté à : Annual Meeting of the International Continence Society ; D 13 au 16 septembre 2016 ; Tokyo (Japon). Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.ics.org/Abstracts/Publish/326/000054.pdf.
85. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV et coll. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2010;10:397.
86. Chin WY, Choi EP, Wan EY, Chan AK, Chan KH, Lam CL. Evaluation of the outcomes of care of nurse-led continence care clinics for Chinese patients with lower urinary tract symptoms, a 2-year prospective longitudinal study. *J Adv Nurs.* 2017;73(5):1158-1171.
87. Wan EY, Fung CS, Jiao FF, Yu EY, Chin WY, Fong DY et coll. Five-Year Effectiveness of the Multidisciplinary Risk Assessment and Management Programme-Diabetes Mellitus (RAMP-DM) on Diabetes-Related Complications and Health Service Uses-A Population-Based and Propensity-Matched Cohort Study. *Diabetes Care.* 2018;41(1):49-59.

88. Fu SN, Dao MC, Luk W, Lam MC, Ho IS, Cheung SK et coll. A cluster-randomized study on the Risk Assessment and Management Program for home blood pressure monitoring in an older population with inadequate health literacy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(9):1565-1576.
89. Jiao F, Fung CS, Wan YF, McGhee SM, Wong CK, Dai D et coll. Long-term effects of the multidisciplinary risk assessment and management program for patients with diabetes mellitus (RAMP-DM): a population-based cohort study. *Cardiovasc Diabetol*. 2015;14:105.
90. Wan EY, CFung CS, Wong CK, Choi EP, Jiao FF, Chan AK et coll. Effectiveness of a multidisciplinary risk assessment and management programme-diabetes mellitus (RAMP-DM) on patient-reported outcomes. *Endocrine*. 2017;55(2):416-426.
91. Yang Y, Chu TK, Lian J, Lo CW, Lau PK, Nan H et coll. Risk factors of chronic kidney diseases in Chinese adults with type 2 diabetes. *Sci Rep*. 2018;8(1):14686.
92. Jiao F, Fung CS, Wan YF, McGhee SM, Wong CK, Dai D et coll. Effectiveness of the multidisciplinary Risk Assessment and Management Program for Patients with Diabetes Mellitus (RAMP-DM) for diabetic microvascular complications: A population-based cohort study. *Diabetes Metab*. 2016;42(6):424-432.
93. Jiao FF, Fung CS, Wan EY, Chan AK, McGhee SM, Kwok RL et coll. Five-Year Cost-effectiveness of the Multidisciplinary Risk Assessment and Management Programme-Diabetes Mellitus (RAMP-DM). *Diabetes Care*. 2018;41(2):250-257.
94. Community Health Centres. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/community-health-centres.
95. Ruwanpathirana T, Reid CM, Owen AJ, Fong DP, Gowda U, Renzaho AM. Assessment of vitamin D and its association with cardiovascular disease risk factors in an adult migrant population: an audit of patient records at a Community Health Centre in Kensington, Melbourne, Australia. *BMC Cardiovasc Disord*. 2014;14:157.
96. Montalto M et coll. Disease prevention and health promotion activity during consultations by private and community health centre general practitioners. *Aust J Prim Health*. 1996;2(1):41-47.
97. Si D, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G et coll. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:56.
98. Mikhailovich K, Morrison P, Arabena K. Evaluating Australian Indigenous community health promotion initiatives: a selective review. *Rural Remote Health*. 2007;7(2):746.
99. The Commonwealth Fund. Western Sydney Integrated Care Program (WSICP). 2020. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.commonwealthfund.org/publications/international-innovation/2020/oct/western-sydney-integrated-care-program-wsicp
100. Wah-Cheung N. Western Sydney Integrated Care Program. Date de consultation : le 4 avril 2022. https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/355670/Western_Sydney_Integrated_Care_Program.pdf.
101. Trankle SA, Abbott P, Usherwood T, Girgis C, Roberts M, Chang Y et coll. The Western Sydney Integrated Care Program (WSICP): Qualitative Evaluation. *Int J Integr Care*. 2017;17(3):A18.
102. Cheung NW, Crampton M, Nesire V, Hng T-M, Chow CK, Western Sydney Integrated Care Program Investigators. Corrigendum to: Model for integrated care for chronic disease in the Australian context: Western Sydney Integrated Care Program. *Aust Health Rev*. 2019;43(5):600.
103. Trankle SA, Usherwood T, Abbott P, Roberts M, Crampton M, Girgis CM et coll. Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):954.
104. Naccarella L, Greenstock LN, Brooks PM. A framework to support team-based models of primary care within the Australian health care system. *Med J Aust*. 2013;199(5 Suppl):S22-25.
105. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166-171.