



Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées

Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services

Février 2014

AUTEURS

Léo-Roch Poirier, agent de planification, de programmation et de recherche

Sarah Descôteaux, agente de planification, de programmation et de recherche

Jean-Frédéric Levesque, directeur scientifique

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Jean-Frédéric Levesque, Institut national de santé publique du Québec (jusqu'en mars 2013)

André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

Réjean Hébert, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (jusqu'en juillet 2012)

Léo-Roch Poirier, Institut national de santé publique du Québec

Sarah Descôteaux, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Francoeur, Institut national de santé publique du Québec

Maude Chapados, Institut national de santé publique du Québec

Christian Bocti, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MISE EN PAGES

Nancy Robert, agente administrative

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

Ce projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre du programme *Des preuves à volonté*.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-71152-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

REMERCIEMENTS

La production de cette synthèse accélérée a été rendue possible grâce à la contribution de nombreux collaborateurs. Nous tenons à remercier particulièrement les membres du comité de pilotage qui ont suivi assidument le déroulement de la démarche : Danielle Benoit et Hélène Soucy, de la direction générale adjointe des services aux aînés, Marie-Hélène Brie, de la direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Renée Moreau, de la direction du soutien à domicile et Jacques Rhéaume, de la direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous souhaitons aussi témoigner notre reconnaissance aux membres du comité consultatif, représentant plusieurs directions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de leur contribution à l'orientation générale des travaux et à l'interprétation des résultats.

Nous remercions aussi les experts internationaux interviewés dans le cadre du projet : Marcus Hollander de Hollander Analytical Services Ltd, Dennis Kodner du King's Fund, Walter Leutz de l'Université Brandeis, Margaret MacAdam de l'Université de Toronto, Elizabeth Ozanne de l'Université de Melbourne et Dominique Somme de l'Université de Rennes. Des experts québécois ont aussi alimenté notre réflexion, en particulier Lucie Bonin (Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Institut national de santé publique du Québec), Yves Couturier (Université de Sherbrooke) et Louis Demers (École nationale d'administration publique).

Les études de cas n'auraient pu être réalisées sans la collaboration et la participation de gestionnaires et de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux trop nombreux pour qu'ils soient tous nommés. Nous les remercions de leur contribution.

Nous tenons aussi à souligner la contribution des participants au forum délibératif qui ont permis de valider et raffiner nos résultats préliminaires (voir annexe 1) et de remercier Louis Demers pour le travail qu'il a accompli de main de maître à l'animation.

Nous souhaitons remercier André Tourigny et Maude Chapados qui ont participé à la révision de ce document et qui ont apporté leurs précieuses suggestions.

Un merci particulier à Danièle Francoeur pour son soutien dans le cadre de l'élaboration de ce projet.

Enfin, nous avons bénéficié tout au long du projet du soutien clérical et technique de Nancy Robert et, pour le forum délibératif, de Patrick Dufort, tous deux de l'Institut national de santé publique du Québec.

AVANT-PROPOS

La synthèse est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dans le cadre du programme *Des preuves à volonté*. Celui-ci est conçu pour fournir aux ministères de la Santé des provinces et des territoires les données issues de la recherche en santé dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées et élaborer des politiques. Le volet Synthèse accélérée des connaissances de ce programme vise à accélérer toutes les étapes de la production d'une synthèse des connaissances – demande, évaluation, recherche et application des connaissances – afin de fournir aux décideurs des données accessibles et pertinentes en temps opportun, dans un délai de six à neuf mois.

Dans le cadre du concours 2011-2012, nous avons soumis une proposition de recherche visant à répondre à la question suivante, proposée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) :

Comment optimiser la mise en œuvre des stratégies, les modes d'intervention et la prestation de services pour adapter l'organisation des services au plan local à la réalité du vieillissement de la population?

Les travaux de la synthèse ont été encadrés par deux comités qui ont été mis en place dès le début du projet de synthèse :

- 1. Comité consultatif** : composé de l'équipe de chercheurs, des représentants du commanditaire ministériel et des représentants d'autres directions ministérielles concernées par l'organisation des services sociaux et de santé en première ligne (20 personnes). Il avait deux fonctions principales : orienter l'équipe de recherche en fonction des préoccupations des décideurs et agir comme caisse de résonance face aux résultats de l'équipe de recherche.
- 2. Comité de pilotage** : composé de l'équipe de chercheurs et des représentants du commanditaire ministériel (9 personnes), il avait comme responsabilité d'assurer le suivi du projet, le réajustement de son évolution ainsi que l'intégration des préoccupations des partenaires dans les activités de synthèse. L'objectif était d'être en mesure d'ajuster le travail de synthèse aux besoins du commanditaire et d'assurer un transfert bidirectionnel continu des connaissances entre l'équipe de recherche et l'équipe ministérielle.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE | 3 |
| 2 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE | 5 |
| 2.1 Coordination de la synthèse..... | 5 |
| 2.1.1 Revue de littérature..... | 5 |
| 2.1.2 Entrevues auprès d'experts..... | 6 |
| 2.1.3 Études de cas | 6 |
| 2.1.4 Forum délibératif | 7 |
| 2.2 Cadre d'analyse | 7 |
| 3 RÉSULTATS | 9 |
| 3.1 Éléments relatifs au contexte | 9 |
| 3.1.1 Création des CSSS | 9 |
| 3.1.2 Agences régionales..... | 10 |
| 3.2 Éléments relatifs aux stratégies..... | 11 |
| 3.2.1 Implantation du modèle en fonction des particularités locales | 11 |
| 3.2.2 Développement de liens fonctionnels au niveau local..... | 12 |
| 3.2.3 Miser sur des pilotes locaux de changement | 14 |
| 3.2.4 Implication du monde médical | 15 |
| 3.2.5 Suivi de l'implantation..... | 16 |
| 3.3 Éléments relatifs au contenu | 17 |
| 3.3.1 Gestion de cas | 17 |
| 3.3.2 Plans de services individualisés (PSI) et plans d'intervention interdisciplinaire (PII)..... | 19 |
| CONCLUSION | 21 |
| RÉFÉRENCES..... | 23 |
| ANNEXE 1 COMPOSITION DES COMITÉS..... | 29 |
| ANNEXE 2 STRATÉGIE DE RECHERCHE RETENUE POUR L'INTERROGATION DES BASES DE DONNÉES DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE..... | 33 |
| ANNEXE 3 SITES DE VEILLE ÉLECTRONIQUE CONSULTÉS POUR LA SYNTHÈSE | 37 |

INTRODUCTION

La majorité des systèmes sanitaires sont confrontés à l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, ce qui génère une préoccupation grandissante relativement à l'effet d'une population vieillissante sur les services sociaux et de santé. Bien que les nouvelles générations de personnes âgées soient en meilleure santé que les générations antérieures (Chen et Miller, 2000), il n'en demeure pas moins que les aînés composeront de plus en plus la clientèle majoritaire des services de santé et que la prise en charge des maladies chroniques deviendra un enjeu de taille (ICIS, 2011).

Pour faire face à cette transition démographique et sanitaire, l'optimisation de la mise en œuvre des stratégies, des modes d'intervention et de la prestation de services pour adapter l'organisation des services au plan local à la réalité du vieillissement de la population devient un enjeu de taille. Le défi pour les décideurs est de réorienter des systèmes de prestation de services mis en place principalement pour répondre à des besoins de soins épisodiques et ponctuels vers des systèmes permettant d'assurer un suivi de conditions chroniques et de besoins multiples et complexes. Ainsi, dans plusieurs juridictions, les systèmes sanitaires font l'objet d'importantes réformes visant à implanter des systèmes intégrés de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et à réorganiser les services de première ligne tout en resserrant les liens avec ceux offerts par les établissements hospitaliers. Dans cette optique, ces derniers ne doivent plus être au cœur du système de santé; les soins doivent plutôt être fournis de façon continue dans le milieu de vie des personnes (Hébert et collab., 2010). L'intégration des services devient ainsi un enjeu d'efficacité important pour l'utilisation optimale des ressources.

Selon Leutz (1999), il y a trois niveaux d'intégration dans les soins de santé : 1) liaison; 2) coordination; et 3) intégration complète. Les réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA¹) correspondent à des systèmes ciblant la coordination ou l'intégration complète. Dans un RSIPA complètement intégré, une organisation centrale est responsable de tous les services, dans une seule structure ou en contractant quelques services avec d'autres organisations. L'évaluation de ces réseaux (Kodner et Kyriacou, 2000; Johri et collab., 2003) a montré qu'ils ont un impact sur le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre d'admissions en institution de longue durée, la consommation de médicaments et le coût des services.

Cibler l'autre niveau d'intégration, la coordination, implique le développement et l'implantation de mécanismes et d'outils pour gérer les besoins complexes et changeants des usagers de façon coordonnée. Ainsi, chaque organisation garde sa propre structure, mais consent à participer dans un système « parapluie » et à adapter ses opérations et ressources aux processus et conditions convenus. À cet égard, le RSIPA n'est pas seulement un système intégré niché dans le réseau de services de santé et de services sociaux, mais en est plutôt constitutif. Le modèle issu du projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un exemple de ce

¹ L'emploi de l'acronyme « RSIPA » tout au long du document fait référence aux réseaux de services intégrés aux personnes âgées et non à la solution informatique.

type de réseau intégré au niveau de la coordination (Hébert et collab., 2003). Son évaluation a permis de démontrer son efficacité à diminuer et prévenir la perte d'autonomie, améliorer la satisfaction et l'autonomisation des usagers, diminuer l'utilisation de l'urgence et de l'hospitalisation et ce, à coût égal, signant ainsi une plus grande efficacité (Hébert et collab., 2010). On a aussi démontré sa pertinence dans un contexte de couverture universelle et publique des services de santé comme c'est le cas au Québec (Hébert et collab., 2008).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a retenu ce modèle afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante et son Plan stratégique 2010-2015, dans la section portant sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, prévoit sa généralisation à l'ensemble du Québec (MSSS, 2010a). Des indicateurs de mise en œuvre ont été développés pour chacune des neuf composantes du modèle RSIPA :

- mécanismes locaux de coordination;
- guichet unique d'accès;
- gestionnaire de cas;
- plan de service individualisé;
- outil unique d'évaluation et de gestion;
- dossier clinique informatisé;
- présence d'une personne responsable;
- présence de services gériatriques spécialisés;
- accès à un médecin de famille.

À partir de ces indicateurs colligés dans une base de données (l'outil de suivi de l'implantation du RSIPA (OSIRSIPA – MSSS, 2010b)), on a pu estimer à 38 % le degré d'implantation des RSIPA en 2008 et ce pourcentage s'élevait à 50 % en 2011. Or, les impacts de ce modèle ne sont patents que lorsque le degré de mise en œuvre dépasse les 70 % (Hébert et collab., 2010).

Cette stratégie d'intégration de services est, de plus, mise en œuvre alors que d'autres transformations majeures ont été récemment opérées dans le réseau de la santé et des services sociaux (Levesque et collab., 2010) : fusion des établissements de santé avec la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), création des groupes de médecins de famille (GMF) et des cliniques-réseau pour structurer la première ligne, application du *Chronic Care Model* (CCM – Wagner, 1998) pour plusieurs maladies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou le cancer, structuration de l'accueil des personnes âgées à l'hôpital. On comprend alors facilement que l'implantation d'innovations organisationnelles dans un tel contexte de transformation présente des difficultés (Breton et collab., 2011; Levesque et collab., 2009).

1 OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE

L'objectif de la synthèse accélérée des connaissances est donc d'examiner les stratégies d'optimisation de la mise en œuvre des modes d'intervention et de prestation de services reconnus efficaces pour adapter l'organisation des services à la réalité du vieillissement de la population.

Compte tenu du fait qu'à la fois la synthèse et les activités de partage de connaissances qui s'y rattachent devaient être complétées dans un court laps de temps, nous avons restreint l'objet de la synthèse à la question de recherche suivante :

*Quels sont les **facteurs associés** à l'intégration des services offerts aux **personnes âgées en perte d'autonomie**?*

2 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

La complexité de l'objet de la revue ainsi que l'importance du contexte et des conditions de mise en œuvre qui lui sont associés justifiaient le recours à une approche réaliste. Comparativement aux revues systématiques de type *Cochrane*, une revue réaliste ne cherche pas à porter un jugement sur l'efficacité d'un programme ou d'une intervention et sur l'ampleur des effets produits, mais plutôt à identifier les conditions permettant d'expliquer comment des programmes complexes produisent ou non des résultats compte tenu des caractéristiques des contextes ou des milieux spécifiques.

En misant sur l'analyse de l'intervention des acteurs dans la mise en œuvre de diverses formes d'intégration des services, en particulier les RSIPA, l'approche réaliste jette de la lumière sur leurs choix et leurs raisonnements susceptibles d'expliquer la réussite ou l'échec de ces stratégies d'optimisation des services de santé à la réalité du vieillissement. Cette analyse de l'intervention des acteurs est faite tant aux niveaux individuel (ex. : style de leadership), interpersonnel (ex. : soutien administratif), institutionnel (ex. : culture organisationnelle) qu'au niveau plus général de l'infrastructure (ex. : soutien politique et financier).

2.1 COORDINATION DE LA SYNTHÈSE

2.1.1 Revue de littérature

Avec l'aide d'un documentaliste spécialisé dans la recherche sur les services de santé, nous avons élaboré un algorithme permettant de repérer les articles scientifiques les plus pertinents dans trois bases de données : *Embase*, *Medline* et *Ageline*². Deux algorithmes préliminaires ont été testés et le choix des mots-clés a été précisé afin d'assurer un équilibre satisfaisant entre sensibilité et spécificité. L'algorithme final est présenté en annexe 2.

Pour être considéré dans le cadre de l'étude, les articles devaient avoir été publiés au cours des dix dernières années, être écrits en anglais ou en français et porter sur l'implantation des services intégrés et non sur des mesures de résultats. De plus, tous les résumés d'articles publiés dans les revues *International Journal of Integrated Care* et *Journal of Integrated Care*, entre janvier 2002 à juillet 2012, ont été examinés. Puisque des informations pertinentes sur l'intégration des services peuvent se retrouver ailleurs que dans des revues avec comité de lecture par les pairs, nous avons consulté les sources axées sur l'intégration des services sur le site du *King's Fund*. En tout, notre recherche a permis d'identifier 860 références uniques sélectionnées sur la base de leurs titres et leurs résumés. Un total de 129 articles a été retenu par deux chercheurs (LRP et SD) en fonction de l'application des critères d'inclusion et de manière indépendante, pour une lecture plus approfondie (voir tableau 1).

² Les articles identifiés dans cette dernière base avaient été repérés dans les deux premières.

Tableau 1 Sources des références

| Sources | Medline et Embase* | International Journal of Integrated Care | Journal of Integrated Care | The King's Fund | Total |
|-----------------------|--------------------|--|----------------------------|-----------------|-------|
| Articles recensés | 233 | 276 | 338 | 13 | 860 |
| Articles sélectionnés | 37 | 53 | 33 | 6 | 129 |
| Accord interjuge (%) | 97,4 | 95,3 | 97,3 | 92,3 | 96,6 |
| Articles retenus | 4 | 13 | 5 | 3 | 25 |

* Excluant les duplicatas qui ont été retrouvés dans la recherche à la main dans les journaux : l'*International Journal of Integrated Care* et le *Journal of Integrated Care*.

Les études qui n'ont pas été sélectionnées portaient sur la description des réseaux de services intégrés, sur des mesures de résultat suite à l'implantation des réseaux de services intégrés, ne décrivaient pas la phase d'implantation des réseaux de services intégrés ou ne présentaient pas les facteurs facilitateurs ou contraignants. À la lecture de ces articles, nous avons pu identifier 23 autres documents pertinents selon une stratégie « boule de neige ». En outre, tout au long du processus de recherche, nous avons suivi un certain nombre de sites de veille électronique susceptible de nous fournir de nouvelles références (voir la liste des sites en annexe 3). C'est donc au total 48 documents qui ont été retenus pour cette démarche de collecte de données de la synthèse accélérée de connaissances.

2.1.2 Entrevues auprès d'experts

En parallèle aux autres méthodes de collecte de données, des experts reconnus au niveau international ont été contactés pour orienter nos travaux et approfondir l'information recueillie. Six experts ont participé. Dans le cadre d'un entretien téléphonique semi-dirigé d'une heure, ils ont partagé leur expérience. Ces entretiens ont eu lieu entre le 15 août 2012 et le 30 septembre 2012. La sélection des experts se basait sur différents critères : lieu (région) de pratique/de recherche, connaissance des enjeux relatifs à la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et, idéalement, contribution à l'évaluation de certains projets de mise en œuvre des réseaux de services intégrés. Leurs propos ont déjà fait l'objet d'une publication (Poirier et collab., 2013). Le présent rapport tient compte de leurs points de vue.

2.1.3 Études de cas

La revue systématique et les entretiens auprès des experts ont été enrichis par des études de cas portant sur la mise en œuvre des RSIPA dans le contexte québécois. Compte tenu de la rapidité avec laquelle cette synthèse accélérée des connaissances devait se compléter et afin d'assurer une certaine représentativité, trois Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont été retenues ainsi que deux territoires de CSSS faisant partis de ces ASSS. Les cas ont été sélectionnés par le comité de pilotage en fonction du degré de variation de différents critères : taille de la population desservie par le CSSS, caractéristiques géographiques (territoires urbains, semi-urbains, ruraux), proportion des

personnes âgées de 75 ans et plus, degré d'implantation des RSIPA, proportion de la population inscrite en GMF, liens avec les services spécialisés, etc.

Des entrevues individuelles ont été réalisées avec les responsables du dossier RSIPA dans les trois Agences, et des entrevues de groupes réunissant des cadres, des intervenants et des partenaires des CSSS retenus ont été faites dans chacun des territoires. Ces entrevues ont eu lieu entre le 15 août 2012 et le 30 septembre 2012.

2.1.4 Forum délibératif

Enfin, un rapport préliminaire de la synthèse accélérée des connaissances a été rédigé suite aux premières analyses des études de cas, de la revue de la littérature et des entretiens avec les experts. Ce rapport a été soumis à la discussion dans le cadre d'un forum délibératif tenu le 1^{er} novembre 2012. Ce forum a permis de faire un examen critique des enjeux soulevés dans la synthèse accélérée des connaissances, et ainsi d'enrichir et de mettre en contexte les résultats de la recherche. L'objectif premier de ce forum était de valider et d'explicitier les enjeux abordés dans le rapport préliminaire et d'identifier les avenues de recherche à approfondir. Ce forum a favorisé un échange de perspectives entre les participants (gestionnaires, médecins, professionnels, chercheurs et représentants d'utilisateurs et de proches aidants). Les participants étaient aussi invités à transmettre à l'équipe de recherche tout complément d'information qu'ils jugeaient pertinent.

La sélection des participants a reposé sur différents critères de diversité : localisation géographique (rural, semi-rural, urbain), type de professionnel, niveau de gestion (local, régional, national), rôle dans la mise en œuvre des RSIPA, niveau d'expertise, milieu professionnel (organisme communautaire, affiliation universitaire ou hospitalière, CSSS, retraité); nous avons aussi invité des représentants d'utilisateurs et de proches aidants.

Notons que le rapport préliminaire remis aux participants du forum présentait les enjeux sous la forme de treize questions de recherche regroupées en trois blocs. Le présent rapport regroupe un certain nombre de ces questions toujours selon les mêmes trois blocs correspondant au cadre d'analyse de Walt et Gilson (1994)³. Certaines questions ont finalement été laissées de côté à la suite des discussions du forum, puisqu'elles semblaient plus périphériques à l'objet de la synthèse.

Pour assurer la plus grande fluidité de lecture possible, nous avons regroupé, dans les pages qui suivent, les diverses observations autour des différents thèmes abordés en précisant leur origine. Ainsi, lorsqu'elles sont tirées de la littérature scientifique, la ou les références sont identifiées. Si elles proviennent des études de cas, des entrevues avec les experts ou du forum délibératif, il en est également fait état.

2.2 CADRE D'ANALYSE

Afin de nous assurer de capter l'ensemble des facteurs influençant la mise en œuvre d'une politique de santé, nous avons retenu le cadre d'analyse des politiques de santé permettant de rendre compte d'une réalité complexe. Selon Walt et Gilson (1994), les quatre grandes

³ Pour consulter le cadre d'analyse, voir la section suivante.

sphères à considérer dans l'analyse de la mise en place d'une réforme sont le contenu de la réforme, les stratégies d'implantation, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin, les acteurs affectés ou influents par rapport à cette nouvelle politique. Ce cadre nous permet donc d'aller au-delà du contenu même de la réforme et d'essayer de comprendre pourquoi certaines stratégies d'implantation ne donnent pas les résultats escomptés. Plus explicitement, le **contenu** fait référence à l'ensemble des composantes techniques de la politique. Les **stratégies** d'implantation représentent l'action des acteurs par rapport aux éléments de contexte et de contenu. Le **contexte**, quant à lui, englobe les aspects qui peuvent influencer la mise en œuvre de la réforme : sociaux, économiques, technologiques, culturels, politiques et organisationnels. Finalement, l'analyse des acteurs permet de rendre compte de l'impact de la réforme sur les individus, les groupes ou les organisations concernés et, réciproquement, du rôle qu'ils jouent dans sa mise en œuvre. Dans le cadre de la présente démarche nous considérons leur rôle comme partie intégrante des trois sphères, comme indiqué dans la figure 1 ci-dessous.

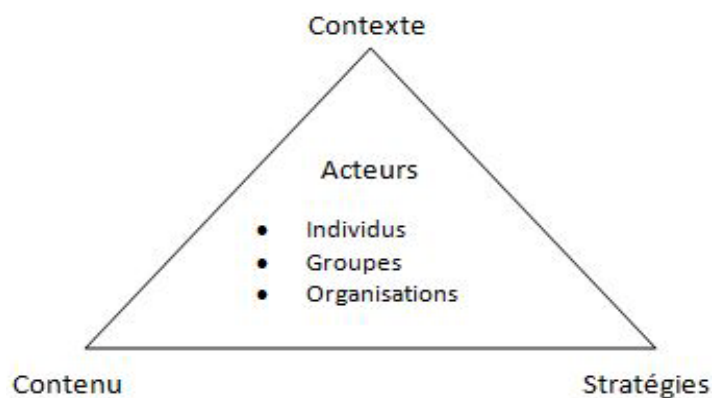


Figure 1 Cadre d'analyse des politiques de santé

Source : Walt et Gilson (1994).

3 RÉSULTATS

3.1 ÉLÉMENTS RELATIFS AU CONTEXTE

Dans cette section, nous verrons que la mise en place des différentes structures de gouvernance (CSSS et ASSS) a un impact sur la capacité des systèmes sanitaires à répondre aux exigences relatives aux différentes composantes du RSIPA.

3.1.1 Création des CSSS

Dans l'analyse de la mise en œuvre des RSIPA, plusieurs éléments contextuels ont influencé la capacité d'implantation au niveau local et régional. Le plus important d'entre eux concerne la réforme structurelle du système de santé et services sociaux introduite par la Loi 25 en juin 2004 (création des CSSS à partir de fusions organisationnelles d'établissement de vocations différentes, mise en place d'un réseau local de services, introduction de l'approche populationnelle dans la planification des services...) qui s'est déroulée sensiblement au même moment où devaient se déployer les RSIPA, ceux-ci ayant été mis de l'avant dans les *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie de 2001* et dans le plan d'action ministériel 2005-2010 *Un défi de solidarité*.

Selon les participants au forum délibératif, une réforme de cette ampleur et les efforts d'intégration administrative qu'elle supposait ont fait en sorte que, pour un certain temps du moins, l'attention des gestionnaires était essentiellement dirigée vers les défis internes. Les mécanismes de concertation avec les partenaires externes, composante importante du RSIPA, en ont été diversement affectés. Il semble aussi qu'il y ait eu une certaine impression que l'intégration visée rendait moins nécessaire le maintien de liens de concertation, pourtant considérés par les experts comme la pierre d'assise du RSIPA.

La création des CSSS a aussi entraîné un important roulement de personnel, en particulier au niveau de l'encadrement administratif et clinique. Les fusions d'établissements qu'elle impliquait devaient en principe faciliter le travail de collaboration puisqu'il y avait moins d'organisations impliquées. Mais, dans les faits, ce fut le contraire puisque des postes clés ont été soit temporairement vacants, soit occupés par de nouvelles personnes qui devaient se familiariser avec leurs nouveaux rôles et leurs principaux partenaires. Brooks et collab. (2011) rappelle aussi qu'en période d'instabilité structurelle prolongée, il est difficile de mettre en place les conditions requises pour qu'une organisation développe les caractéristiques d'une « organisation apprenante ».

En outre, les fusions d'établissement ont eu, dans certains cas, un effet d'éloignement par rapport au réseau communautaire et, en particulier, ont diminué les partenariats avec les entreprises d'économie sociale. « Pour les organismes communautaires, les ententes de services et la transformation de leurs rapports avec les établissements publics touchent le maintien de leur identité et de leur autonomie » (Bourque et Lachapelle, 2009). Dans certains cas, on a observé aussi une redéfinition du rôle des organisateurs communautaires qui a fragilisé les mécanismes de concertation établis (étude de cas).

Lors du forum délibératif, certains participants ont mentionné que malgré cet effort d'intégration des différentes lignes de services, le degré d'intégration fonctionnelle atteint sept ou huit ans plus tard est encore variable d'un CSSS à l'autre et que les centres hospitaliers continuent de travailler indépendamment des autres organisations sur plusieurs territoires. Là où cette intégration verticale était à toutes fins utiles réalisée au moment de la réforme, les effets ressentis sur le plan de la concertation ont été moindres (étude de cas).

La création des CSSS est donc probablement le facteur le plus important ayant eu une influence sur la mise en place des RSIPA, ce qui ne signifie pas que d'autres orientations et projets provinciaux, régionaux ou locaux n'aient pas eu d'impact à cet égard.

3.1.2 Agences régionales

La Loi 25 dont il était question dans la section précédente a entraîné aussi une redéfinition du rôle des ASSS. Elle leur confiait la « mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés » (art. 24). En plus de préciser les mandats et d'allouer les ressources financières aux CSSS, elles devaient s'assurer du développement des projets cliniques et conclure des ententes de gestion avec l'ensemble des organisations sous sa gouverne, ce qui pouvait affecter le climat de collaboration au sein des régions (Denis et collab., 2009).

Dans le cadre des études de cas, nous avons pu constater un soutien très variable des agences régionales auprès des CSSS dans la mise en œuvre des RSIPA. Une même observation avait été faite lors de la création des réseaux de services intégrés en santé mentale (Fleury, 2005; Fournier et collab., 2011). Par exemple, la Montérégie a mis en place des réseaux clinico-administratifs (RCA) par groupe clientèle. Ces réseaux reçoivent leurs mandats du comité des directeurs généraux des CSSS. Des courtiers de connaissance sont rattachés à ces RCA pour documenter les solutions possibles aux problèmes d'organisation de services rencontrés sur le terrain. Ainsi, le RCA personnes âgées a mis en place un groupe de travail sur le RSIPA. Ailleurs, l'absence momentanée d'un porteur de dossier et le choix des priorités régionales ont freiné le développement attendu. Dans une autre région, on a fait un effort d'harmonisation des outils, des termes et des définitions (plans d'intervention interdisciplinaire, plans de services individualisés) entre programmes clientèles (perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, jeunes) dans un souci de développer une vision globale commune.

Les entrevues individuelles avec les représentants des ASSS ont permis de constater que les agences restent prudentes de ne pas intervenir dans la gestion interne des établissements, ce qui correspond à ce que suggère la littérature (Darzi et Howitt, 2012; Leutz, 2005). L'intégration des services repose sur des relations partenariales au niveau local. Les niveaux supérieurs de gouverne sont donc responsables de créer un environnement favorable à l'établissement de telles relations. Les études de cas ont fourni des exemples de cette nature. Dans une région en particulier, on a d'abord invité les directeurs généraux à identifier des chargés de projets locaux stables qui représenteraient l'établissement pour toutes les réunions régionales portant sur le RSIPA. Dans cette optique, les participants au forum délibératif ont souligné que le rôle des agences est de travailler

avec les établissements à préciser la nature des changements attendus tout en laissant au niveau local le soin de préciser les moyens nécessaires pour y parvenir.

3.2 ÉLÉMENTS RELATIFS AUX STRATÉGIES

Nous avons regroupé, dans cette section, des points de discussion en lien avec les stratégies d'implantation en ce qui concerne les réseaux de services intégrés aux personnes âgées. On y aborde successivement les questions d'implantation du modèle en respect aux particularités locales, du développement des liens fonctionnels au niveau local, de l'importance de miser sur des pilotes locaux de changement, de la nécessité d'impliquer le monde médical et le suivi de l'implantation.

3.2.1 Implantation du modèle en fonction des particularités locales

Comme les besoins et les caractéristiques des systèmes de soins et services peuvent différer grandement d'un milieu à l'autre, on ne peut s'attendre à ce qu'un modèle soit partout applicable à l'identique (Ahgren et Axelsson, 2011; Armitage et collab., 2009). Par conséquent, le RSIPA doit être conçu moins comme « un modèle à reproduire à l'identique que [comme] une méthodologie dont un des fondements est précisément son adaptabilité locale par une activité continue et à tous les niveaux de gouvernance et de concertation » (Couturier et collab., 2009). Comme nous le soulignaient les experts, il faut être très clair sur les principes fondamentaux et les valeurs sous-jacentes au modèle pour éviter qu'il soit altéré en fonction des préférences individuelles ou des questions surgissant au moment de son opérationnalisation. Il est donc essentiel que les décideurs au niveau central s'assurent que le modèle permette aux gestionnaires et aux professionnels d'en adapter les grandes lignes aux caractéristiques du réseau local tout en restant fidèle à ses composantes centrales (Kirchner et collab., 2010). Une politique générale doit faciliter plutôt que dicter la structure et le déploiement de l'action locale (Leutz, 2005).

Il ne faut pas lier la planification des services à des structures organisationnelles spécifiques qui peuvent apparaître momentanément comme une panacée à la fragmentation des services (Rumbold et Shaw, 2010). Les systèmes de soins et services sont de toute façon trop complexes pour que des solutions universelles soient applicables (Armitage et collab., 2009)

En général, les programmes développés avec l'implication du personnel clinique suscitent davantage l'enthousiasme et sont moins susceptibles d'être affectés par les défis opérationnels et cliniques au fil du temps. Il faut toutefois s'assurer qu'ils respectent les pratiques reconnues efficaces (Kathol et collab., 2010). Selon Ahgren et Axelsson (2011), l'approche normative est à proscrire dans un contexte dominé par des groupes professionnels influents comme, par exemple, les associations professionnelles de médecins. Il faut faire en sorte que les impératifs de normalisation dans l'offre de services ne compromettent pas l'expression de tout esprit entrepreneurial comme c'est souvent le cas dans les systèmes publics de santé et services sociaux (experts).

Dans cet esprit, les participants au forum ont mentionné qu'ils souhaitaient donc que le ministère établisse un certain nombre de balises et de paramètres, de résultats attendus et des attentes signifiées tout en laissant aux décideurs locaux le choix des moyens. Pour éviter que « tout le monde réinvente la roue », et outre les mécanismes d'accompagnement et de soutien qu'exige le changement des pratiques cliniques et de gestion, des mécanismes devraient être mis en place, par exemple, des communautés de pratique⁴, pour favoriser le partage d'idées et de réussites. Kirchner et collab. (2010) proposent même de formaliser ces communautés de pratique en y incluant des séances de formation, de consultation, de suivi et de rétroaction dans une perspective d'apprentissage continu.

La gestion de l'intégration est d'ailleurs davantage un processus de délibération et de négociation entre acteurs locaux qu'une question d'idéologie et de prescription (Williams et Sullivan, 2009). Le succès dans sa mise en œuvre repose pour une large part sur le partenariat et le leadership local plutôt que sur des solutions structurelles et des directives (Kodner, 2006).

Parmi les acteurs locaux qui doivent être considérés figurent également des usagers et surtout des proches aidants. Selon McLeod (2012), il s'agit d'un groupe encore trop souvent négligé dans la planification des programmes et le développement de liens partenariaux. Ils jouent pourtant un rôle essentiel dans la dispensation des services auprès des aînés et leur participation dans le développement de politiques devrait être plus significative.

3.2.2 Développement de liens fonctionnels au niveau local

3.2.2.1 Développer une vision globale

La compréhension et l'adhésion par les acteurs du réseau local de services au modèle d'intégration proposée, et le développement conséquent de pratiques de collaboration, demeure l'enjeu central de la mise en œuvre du RSIPA. Selon Somme et collab. (2008) :

La mise en œuvre (...) d'un partenariat stratégique (...) est une condition opératoire d'implantation. Cette condition, nécessaire mais non suffisante pour la réussite de l'implantation du modèle, se comprend par les fonctions du partenariat stratégique, à savoir :

- définir une politique globale de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau du territoire;
- définir les modalités de partenariats entre les structures et les acteurs et préciser le processus d'évolution de ces modalités;
- donner une légitimité territoriale à l'action des gestionnaires de cas;
- suivre le développement des actions des gestionnaires de cas et identifier les points bloquants et les besoins de services. (...)

Le partenariat à ce niveau vise à :

- définir les modalités et les moyens de fonctionnement du système de soins et de services intégrés;

⁴ Les communautés de pratique sont des équipes de professionnels issues de différents milieux qui partagent collectivement leurs expériences et les défis d'adapter leur pratique à leur contexte spécifique (Kirchner et collab., 2010).

- mettre en œuvre le guichet unique d'accès à la gestion de cas, les critères précis d'admission et éventuellement de clôture de la gestion de cas;
- identifier les personnes pouvant être gestionnaires de cas;
- définir les procédures de partage d'information;
- donner une légitimité locale d'intervention aux gestionnaires de cas.

La définition d'une politique globale de prise en charge implique donc de développer une vision partagée dans une perspective de vieillissement en santé interprogrammes, interdirections, intercoordination, interpartenaires du réseau local de services. Un document unique de planification stratégique pour le continuum de services aux aînés (allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la prévention, le curatif et la réadaptation) faciliterait la coopération des partenaires et participerait à un vieillissement en santé, quels que soient les conditions de vie et le niveau d'autonomie (Lucie Bonin, communication personnelle). À cet égard, le modèle conceptuel développé par Cardinal et collab. (2008) permet d'orienter cette planification stratégique. Ce modèle greffe, autour du concept central de vieillissement en santé, neuf axes d'intervention qui visent le maintien ou l'amélioration de la santé de la personne dans une approche systémique et écologique allant de la promotion de la santé et la prévention de la maladie aux soins et services de soutien.

Plus concrètement, il s'agit de contrer la « pensée en silo », ce qui constitue un défi de taille puisque des cultures organisationnelles et des pratiques professionnelles ont été intériorisées au fil des ans, souvent soutenues par des visions, des cadres de référence, des perspectives et des modèles différents (Williams et Sullivan, 2009). En particulier, les acteurs des secteurs sociaux et sanitaires peuvent avoir une compréhension différente des services à dispenser (Carpenter et collab., 2003), ce qui constitue une barrière majeure à l'intégration (Billings, 2005) et au travail en équipe (Hall, 2005). Comme le soulignaient les experts, les acteurs du domaine sanitaire essaient de décomposer les choses complexes en éléments plus simples pour ensuite s'y attaquer de façon séquentielle, alors que ceux du secteur social refusent d'emblée toute simplification et tentent de traiter les choses dans leur globalité (Poirier et collab., 2013).

Il faut donc présenter une vue d'ensemble, une logique de continuum – donner un sens à l'innovation. L'ensemble des partenaires concernés doit avoir une perception partagée des problèmes à résoudre et reconnaître les gains offerts par la collaboration (Fleury, 2005). Leur implication dans le processus de planification peut leur permettre de comprendre la source des problèmes, de connaître les pistes d'action possibles et, conséquemment, de souscrire aux solutions proposées (Korpela et collab., 2012).

Au niveau stratégique, un leadership interorganisationnel est essentiel, sous la forme d'un comité d'orientation réunissant la haute direction des organisations concernées (Frolich et collab., 2010; Wiktorowicz et collab., 2010; Hollander et Prince, 2007).

Au niveau tactique, le rôle des cadres intermédiaires est déterminant, que ce soit par la synthèse et la diffusion de l'information, par la médiation entre les niveaux stratégiques et opérationnels ou encore par la promotion des changements souhaités (Birken et collab., 2012). En s'assurant de combler les bris dans la circulation de l'information, ils peuvent mieux gérer les demandes associées à l'implantation, mettre en place des mesures

incitatives, transcender les barrières professionnelles et identifier les priorités dans la mise en œuvre du changement. Leur position leur permet d'influencer les niveaux hiérarchiques supérieurs tout autant que les acteurs sur le terrain. Ils peuvent disséminer l'information pertinente tout autant de façon verticale (des échelons supérieurs aux échelons inférieurs et vice versa) qu'horizontale (pour l'ensemble des cadres supérieurs ou intermédiaires concernés et pour l'ensemble des acteurs sur le terrain). Ils assument un rôle de traducteur de stratégies en actions concrètes. Une des régions à l'étude avait, dans cette optique, créé un cyberbulletin qui ne visait pas uniquement la diffusion d'informations, mais aussi la sensibilisation aux changements de pratiques.

3.2.2.2 Communiquer : la clé de la réussite

L'importance d'assurer une bonne communication pour l'ensemble des effectifs, compte tenu de la diversité des professions et des habiletés en présence, est une condition nécessaire à la mise en place des meilleures pratiques (Challis et collab., 1995). Les participants au forum considéraient que, pour inciter les professionnels à adhérer au rôle souhaité, ces derniers doivent se sentir épaulés, avoir quelqu'un à qui se rapporter et avec lequel discuter des défis rencontrés dans la pratique afin de trouver des solutions. Cependant, un plan de communication destiné à l'ensemble des acteurs concernés doit être mis en place, depuis les collègues du même service ou des autres programmes dans l'établissement jusqu'aux partenaires externes (établissements de santé et de services sociaux, organismes communautaires incluant les entreprises d'économie sociale).

La communication au sein des équipes est également essentielle. L'étude de Billings (2005) a démontré que de fréquentes discussions formelles et informelles associées à des contacts réguliers étaient vitales à l'intégration des services. À cet égard, plusieurs auteurs considèrent que le regroupement physique des effectifs (colocation) est central au développement et à l'approfondissement d'apprentissage et de réseautage interprofessionnels (Moore et collab., 2012; Ling et collab., 2012; Syson et Bond, 2010; Hollander et Prince, 2007). Selon Darzi et Howitt (2012), même s'il est faux d'assumer que la colocation correspond à l'intégration des services – il y a beaucoup à faire pour que convergent cultures, processus et mesures incitatives – il s'agit là néanmoins d'un important stimulus. Syson et Bond (2010), en particulier, ont établi que des contacts quotidiens favorisaient le travail en équipe, la compréhension du rôle, des attentes et des contraintes auxquelles faisaient face les différents corps professionnels et la création d'un sentiment de responsabilité collective à résoudre les problèmes plutôt que la poursuite d'intérêts strictement professionnels. Cette collégialité permet donc la création de réseaux informels qui facilitent la circulation de savoirs tacites au sein du système.

3.2.3 Miser sur des pilotes locaux de changement

Les études de cas ont permis de constater la présence très variable d'un leadership local ou de porteurs de projets dans la mise en place des RSIPA. Là où un tel leadership avait été exercé à plus long terme, le degré d'implantation était plus élevé. Ainsi, dans le cadre du projet MAIA en France (Maison Autonomie Intégration Alzheimer), la première étape du processus d'implantation portait sur la désignation d'un pilote local chargé d'analyser l'offre de services, de servir d'agent de liaison entre les organisations concernées et de voir à

mettre en place les diverses composantes du RSIPA (Somme et de Stampa, 2011). Outre ces fonctions spécifiques, il doit aussi jouer le rôle de « gestionnaire de sens » et de traducteurs qui concilient divers intérêts et les normes professionnels des autres acteurs du RSIPA (Williams et Sullivan, 2009). Afin d'approfondir les compétences de leadership des pilotes locaux, les experts nous apprennent qu'une formation en ce sens était offerte par le King's Fund en Angleterre⁵.

En plus des compétences que doivent posséder les pilotes locaux, ils doivent jouir d'une certaine crédibilité au plan clinique et faire preuve d'un engagement à la fois constant et flexible tout au long du processus (de Stampa et collab., 2010). Il est aussi reconnu que la présence médicale, que ce soit un médecin de famille ou un gériatre, facilite la collaboration avec les autres membres du corps médical (Rand Europe, 2012; de Stampa et collab., 2010). Par conséquent, un leadership reposant sur un binôme médical/administratif semble un gage de succès (experts). Règle générale, un leadership clinique semble jouer un rôle plus critique qu'un leadership strictement managérial (Ling et collab., 2012).

Les travaux plus récents en théorie des organisations désignent ce rôle d'agent de changement par le terme d'entrepreneurs institutionnels (Macfarlane, 2013; Scott, 2008). Au moment de la création des programmes, ils contribuent à créer et à maintenir une narration des changements soutenus par des valeurs communes, un apprentissage partagé et un engagement pour l'amélioration. Au fil du temps, ces entrepreneurs soutiennent une narration rétrospective présentant les changements apportés comme étant profonds et améliorant la qualité des soins et services (Macfarlane, 2013).

Certains auteurs portent toutefois un regard plus critique sur le rôle de ces entrepreneurs institutionnels (Hendy et Barlow, 2012; Rivas et collab., 2010). Leur argument est à l'effet que les champions cliniques ne conduiront pas nécessairement le changement stratégique là où l'auraient souhaité les décideurs. Ils suggèrent aussi que les efforts de changement doivent être portés par une masse critique d'acteurs pour être fructueux et pérennes.

3.2.4 Implication du monde médical

Les différentes sources de la collecte de données ont démontré que les médecins de famille sont des acteurs importants d'un RSIPA mais qu'il est difficile d'en faire des partenaires à part entière. Comme Ling et collab. (2012) font remarquer, leur engagement est nécessaire à la crédibilité du projet d'intégration; leur absence peut constituer une barrière insurmontable. Glendinning (2003) constate que l'intégration des services peut être perçue par les médecins de famille (mais aussi par les médecins spécialistes) comme une menace à leur statut et à leur autonomie professionnelle; ils trouvent donc souvent difficile de s'engager dans des processus décisionnels plus collégiaux et égalitaires, d'autant plus que la formation de base des médecins ne permet pas toujours de développer les habiletés requises à un travail de collaboration. En effet, Hall (2005) fait remarquer que les médecins sont formés pour prendre en charge et assumer un rôle de leadership dans plusieurs milieux. Une prise de décision partagée dans un contexte interdisciplinaire représente donc un défi, non seulement pour eux, mais aussi pour les autres membres de l'équipe.

⁵ <http://www.kingsfund.org.uk/leadership/leadership-development-individuals>.

Toutefois, les réseaux qui ont réussi à s'allier les médecins de famille ont pu le faire en leur proposant des solutions à leurs problèmes, en leur simplifiant la vie, en offrant une réponse utile aux besoins des clientèles plus complexes, et non en leur soumettant de nouvelles demandes (Leutz, 2005; Greenhalgh et collab., 2004; Bonin, communication personnelle). Comme nous le verrons dans la partie du rapport traitant du gestionnaire de cas, une des solutions est d'associer dans la mesure du possible un seul gestionnaire de cas au même médecin (de Stampa et collab., 2010). Les experts ont insisté sur le fait que, pour être reconnu comme partenaire, le gestionnaire de cas doit avoir une crédibilité auprès des médecins – le fait que ces derniers connaissent son nom est un « prédicteur » de satisfaction (Poirier et collab., 2013). Ils ont aussi cité l'exemple de la Colombie-Britannique où des mesures incitatives de nature financière ont été introduites pour favoriser la collaboration des médecins : par exemple, certains codes d'actes pour leur participation à la gestion de cas ont été proposés. Il est ainsi possible de contourner ce que Vedel et collab. (2011) et Fooks (2004) considèrent comme une barrière à l'implantation des RSIPA, soit la rémunération à l'acte. Enfin, autant les experts que les participants au forum délibératif jugent essentiel que les médecins soient interpellés très tôt dans le processus d'implantation, en tenant compte de leurs contraintes.

3.2.5 Suivi de l'implantation

3.2.5.1 Informatisation du système

Dans le cadre du forum délibératif, les participants étaient unanimes à déplorer le retard pris dans l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec et l'effet néfaste que ce retard a eu sur l'implantation des RSIPA. Pourtant, l'importance de l'informatisation n'est plus à démontrer (Leutz, 1999). À ce sujet, les experts suggèrent que des systèmes d'information, même sous une forme rudimentaire, soient en place dès le début de l'implantation des réseaux de services intégrés, c'est-à-dire dès que les mécanismes de concertation entre directions et des partenaires aient été établis. Malgré tout, les études de cas ont permis de souligner un autre problème concernant le développement indépendant de solutions informatiques propres à certains programmes ou certains milieux qui ne facilite pas toujours l'échange entre les partenaires. Là où des solutions informatiques indépendantes ont été proposées, les problèmes d'intercommunicabilité entre les systèmes étaient fréquents.

3.2.5.2 Indicateurs de suivi

Les participants au forum délibératif ont aussi remis en cause la sélection et la validité des indicateurs de suivi. Ils considèrent que les systèmes d'information limitent le choix d'indicateurs alors que ceux-ci devraient être choisis en fonction des résultats de santé chez la clientèle, sur son autonomie fonctionnelle et son expérience de soins – bref le passage d'une approche déterminée par l'offre de services (*service-driven*) à une approche centrée sur les besoins du patient (*patient-centered*) (Couturier et collab., 2011). Il faut savoir que le système d'information disponible au moment du forum délibératif était I-CLSC. Les données qui s'y trouvent sont de nature clinico-administrative et font fi des besoins de la clientèle.

Il faut aussi considérer qu'au moment du forum délibératif, le RSIPA en était à l'étape d'implantation. Le suivi d'indicateurs de structure et de processus était de mise. Pour ce faire, deux moyens ont été mis en place : le premier est l'Outil de suivi d'implantation des composantes du réseau de services intégrés personnes âgées (OSIRSIPA) et le second étant le Tableau de suivi de l'implantation du livrable 1 de la solution informatique RSIPA. Dans les deux cas, il est question de suivi d'implantation et non celui de résultats cliniques.

Les études de cas nous ont aussi permis d'apprendre que certains mécanismes de reddition de comptes, comme le tableau de bord du déploiement de la solution informatique RSIPA, ont eu des effets démobilisateurs. Ce tableau de bord n'a toutefois été utilisé que temporairement pour suivre l'implantation de la livraison 1 de la solution informatique RSIPA. Ce livrable visait la première étape d'informatisation. La version actuelle (2014) de la solution informatique RSIPA se rapproche davantage d'une approche centrée sur le patient. À partir des données recueillies dans cette version, des indicateurs de nature plus clinique et axés sur le client pourront être identifiés.

De manière plus générale, Kirchner et collab. (2010) rappellent qu'après l'adoption d'un programme reposant sur des données probantes, il est important de faire un monitoring de sa fidélité aux composantes démontrées efficaces, non seulement dans une perspective de reddition de compte, mais aussi dans une optique d'amélioration continue. On s'assure ainsi que les changements apportés au programme au fil du temps sont faits de façon volontaire (pour s'adapter aux caractéristiques du contexte local, par exemple) et qu'ils ne découlent pas de dérives non intentionnelles par rapport au devis original. À ce sujet, Rivas et collab. (2010) font état d'une démarche originale dans laquelle deux milieux d'intervention sont jumelés, chaque milieu effectuant une revue structurée des services mis en place dans l'autre milieu, et réciproquement. À la fin de chaque visite (d'une durée d'une journée), le milieu « réviseur » livre ses impressions à leurs hôtes et les deux groupes conviennent de changements à apporter. Un bénéfice secondaire de cet exercice est qu'il permet aux équipes d'avoir du temps protégé pour échanger des idées, développer un sentiment d'appartenance et de bénéficier d'un point de vue extérieur offrant de nouvelles perspectives.

3.3 ÉLÉMENTS RELATIFS AU CONTENU

Cette section porte sur les deux composantes du modèle RSIPA dont la mise en œuvre, à ce jour, semble plus problématique et sur lesquels il est possible d'agir à court terme, soit la fonction de gestion de cas et le développement de plans de services individualisés et de plans d'intervention interdisciplinaires.

3.3.1 Gestion de cas

Autant les études de cas que le forum délibératif ont mis en relief le caractère multiforme qu'a pris la fonction de gestion cas lors de l'implantation des RSIPA, parfois confondue avec la fonction de liaison : « ... force est de constater qu'au Québec, les gens, pleins de bonne foi, ont développé quantité de modèles de gestion de cas » (forum délibératif). Il semble que les orientations ministérielles en cette matière manquaient de précisions. Les études de cas ont fait ressortir que les besoins de formation dans l'établissement de cette nouvelle fonction

n'étaient pas adéquats sinon absents. Pourtant, selon une autre participante au forum délibératif, la gestion de cas « ... est l'incarnation clinique de l'intégration », même si l'ensemble des mécanismes du RSIPA contribuent à l'intégration des services. D'ailleurs, Ross et collab. (2011) ont dressé la liste des facteurs associés à des résultats positifs suite à l'intégration des services. Au cœur de ceux-ci figurent le besoin de clarification du rôle des gestionnaires de cas et l'assurance qu'ils ont les compétences cliniques et managériales requises.

Dans le modèle proposé par Couturier et collab. (2011), différentes responsabilités sont associées à la gestion de cas :

- réaliser avec l'utilisateur une évaluation clinique exhaustive de ses besoins sanitaires et sociaux afin de déterminer s'il a besoin d'un accompagnement de type gestion de cas. Cette évaluation sera mise à jour périodiquement;
- assurer le rôle de référent-coordonateur pour l'utilisateur, peu importe où il se trouve dans le système d'intervention;
- planifier les services nécessaires découlant de l'évaluation des besoins;
- faire les démarches administratives requises pour l'obtention des services;
- assurer un suivi longitudinal, proactif et systématique de la réalisation des services planifiés.

La fonction de gestion de cas implique que les cliniciens accèdent à de nouvelles responsabilités au-delà de leur rôle antérieur et en abandonnent d'autres. Il ne s'agit pas d'exiger qu'une infirmière joue le rôle d'un travailleur social ou vice versa. Mais Syson et Bond (2010) ont observé qu'il y avait, dans des systèmes de services intégrés efficaces, une certaine volonté des groupes professionnels à acquérir des habiletés leur permettant de jouer en partie le rôle d'autres groupes professionnels si nécessaire.

Lors des entrevues avec les experts, le rôle de gestionnaire de cas a été décrit comme en étant un de décloisonnement (*boundary-spanners*) et que la reddition de compte dans ce cas devrait transcender les barrières organisationnelles. La création d'un tel rôle de nature plus générique entraîne parfois l'érosion de l'identité professionnelle (Tucker, 2010). Il est donc essentiel qu'une formation spécifique leur soit offerte, particulièrement pour les soutenir dans ce changement de rôle (Ling et collab., 2012). Pourtant, « plusieurs d'entre eux n'ont pas eu de formation pour faire face à ce changement; tout naturellement ils en ont inféré qu'il ne s'agissait là que d'une simple transformation du libellé de leur fonction historique » (Couturier et collab., 2011).

Enfin, la pertinence de limiter le nombre de cas assignés à un même gestionnaire est démontrée. Selon Somme et collab. (2008), le nombre optimal est de 40 cas actifs par gestionnaire de cas. Un participant au forum délibératif précisait d'ailleurs qu'un bon gestionnaire de cas ne doit pas faire trop d'interventions directes, sinon il ne dispose plus du temps requis par les activités de coordination. Un autre participant à ce forum proposait d'ailleurs que les ententes de gestion tiennent mieux compte de l'investissement temporel qu'impliquent les activités de coordination

3.3.2 Plans de services individualisés (PSI) et plans d'intervention interdisciplinaire (PII)

À titre indicatif, les PII se rapportent aux interventions d'une équipe disciplinaire d'un même établissement (notamment dans les unités de courte durée en gériatrie, les hôpitaux de jour, mais aussi en soutien à domicile), alors que les PSI permettent un arrimage et une coordination des services pour un usager entre les divers partenaires intra et intersectoriels publics, privés et communautaires. Selon certains participants au forum délibératif, les PSI et les PII demeureront des exercices administratifs de rédaction tant que l'ensemble des intervenants ne percevront pas l'utilité clinique de ces outils. Pour qu'ils deviennent des outils d'aide à la décision clinique basée sur des données probantes, ils doivent nécessairement être informatisés. Ils permettront alors, pour chacun des programmes-services, d'agir sur plusieurs plans : prévention, autonomisation, participation sociale, adaptation du domicile, aide à domicile pour les activités de la vie quotidienne et domestique, compensation des incapacités... (Lucie Bonin, communication personnelle). Comme mentionné précédemment, l'informatisation des outils cliniques est encore peu avancée au Québec. Pourtant, cette informatisation favoriserait un changement de paradigme : les PSI et PII :

- deviendraient un moyen de communication interactif interprofessionnel et interpartenaire;
- faciliteraient le travail administratif et la gestion du temps;
- pourraient générer des plans de travail, des alertes cliniques et d'autres fonctions automatisées essentielles au travail de coordination;
- ne pourraient être modifiés que par une personne autorisée par le système informatique;
- pourraient être programmés de manière à envoyer des alertes lors de changement aux plans pour que les partenaires concernés en soient avisés en temps réel (Lucie Bonin, communication personnelle).

De façon plus générale, plusieurs auteurs (Curry et Ham, 2010; Goodwin et collab., 2011; Rosen et collab., 2011) considèrent que l'absence de dossiers électroniques partagés accessibles et utilisables par tous les acteurs impliqués dans la dispensation des services est une contrainte majeure pour assurer une réponse adéquate et intégrée aux besoins complexes des personnes en perte d'autonomie.

Somme et collab. (2007) rapportent que les gestionnaires de cas rencontrés dans le cadre de leur étude réalisée au Québec insistaient pour qu'eux-mêmes ainsi que l'ensemble des autres dispensateurs de services du réseau aient accès à de la formation afin d'apprendre à tirer profit des PII et des PSI, et que leur informatisation ainsi que la possibilité d'y accéder à distance étaient une nécessité.

Ce sujet a aussi été abordé dans les études de cas. Il semble que des problèmes technologiques, en particulier pour l'accès à Internet sur certaines portions de territoire, posent des limites à l'utilisation d'outils informatisés. Une autre question, d'ordre plus clinique, porte sur l'impact de l'utilisation d'un ordinateur dans l'interaction patient – soignant. Selon certains intervenants, la qualité de cette interaction peut en être affectée. Pour d'autres, par contre, les bénéfices et les gains en efficacité compensent largement ce risque.

CONCLUSION

Au terme du document rédigé par Poirier et collab. (2013) présentant les principales observations partagées par les experts, cinq messages clés ont été identifiés. Ceux-ci semblent encore plus pertinents une fois pris en compte les leçons tirées de la littérature, les observations faites dans le cadre des études de cas et les propos échangés lors du forum délibératif. Nous les reprenons ici en y intégrant les précisions et les compléments d'information fournis par ces autres sources documentaires.

1. L'implantation doit reposer sur un équilibre entre l'application stricte de certains aspects du modèle pour assurer qu'il produise les effets escomptés, et une certaine flexibilité dans l'application d'autres composantes, de façon à ce que le modèle tienne compte des caractéristiques du contexte local. La présence d'un champion local est un atout pour le maintien de cet équilibre et l'implantation réussie d'un RSIPA.
2. Règle générale, le temps requis pour implanter chacune des composantes d'un RSIPA est sous-estimé et l'on oublie souvent que toute innovation coûte avant de rapporter. La séquence de l'implantation des composantes est aussi un élément crucial. Par exemple, la gestion de cas ne devrait être introduite qu'après que des mécanismes de concertation aient été bien développés.
3. Les médecins sont des acteurs importants d'un RSIPA et des mesures doivent être prises pour les impliquer dès le départ. La révision du mode de rémunération pourrait faire partie des solutions à envisager. Par exemple, des codes d'actes médicaux spécifiques à la discussion avec les gestionnaires de cas devraient être proposés.
4. La présence d'un véritable dossier clinique informatisé à accès partagé, auquel est rattaché un système d'information soutenant la rétroaction auprès des équipes et rendant accessibles des données agrégées pour les gestionnaires et les décideurs, est essentielle pour assurer une meilleure coordination des services intra et intersectorielles, favorisant ainsi une continuité des soins interdisciplinaires.
5. Un suivi assidu et une évaluation de l'implantation, en temps opportun, sont nécessaires, ainsi qu'un accompagnement et un programme de formation des acteurs, en particulier les gestionnaires de cas. Ces aspects trop souvent sous-estimés.

L'étude exhaustive réalisée par le *King's Fund* (Ross et collab. 2011) a aussi permis d'identifier les facteurs associés à la réussite de l'intégration des services :

- l'imputabilité de l'intervenant ou de l'équipe par rapport à la personne prise en charge par la gestion de cas;
- une définition claire du rôle de gestionnaire de cas et le soutien nécessaire pour qu'il développe les compétences cliniques et managériales requises;
- le repérage adéquat des nouveaux cas afin que les soins et services soient prodigués aux personnes qui en ont besoin;
- une charge de cas ne compromettant pas la qualité et la globalité des soins;
- un guichet d'accès unique et des plans de soins partagés;
- une continuité des soins permettant d'éviter le recours inapproprié aux services hospitaliers;

- le développement d'habiletés d'autogestion des soins auprès des usagers;
- une approche interprofessionnelle regroupant les secteurs sanitaires et sociaux;
- des systèmes d'information qui favorisent le partage et l'utilisation des données dans une perspective d'amélioration continue.

Comme on le voit, plusieurs conditions de succès sont déjà réunies pour favoriser le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Les points à corriger sont identifiés et des solutions éprouvées sont disponibles. Nous espérons avoir contribué à les diffuser davantage.

RÉFÉRENCES

- Ahgren B, Axelsson R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 200-2010. *International Journal of Integrated Care*, 11 (special edition – March): 1-8.
- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(June), e82.
- Billings J. (2005). What do we mean by integrated care? A European Interpretation. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 13-20. doi : 10.1108/14769018200500035.
- Birken SA, Lee SYD, Weiner BJ. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7:28.
- Bourque D, Lachapelle R. (2009). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Montréal : Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Groupe de recherche et d'intervention régionales et Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, 58 pages.
- Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. (2011). Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthcare Policy*, 7(2): 122-135.
- Brooks H, Pilgrim D, Rogers A. (2011). Innovation in mental health services: what are the key components of success? *Implementation Science*, 6:120. doi : 10.1186/1748-5908-6-120.
- Cardinal, L., Langlois M.-C., Gagné D., Tourigny A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 pages.
- Carpenter J, Schneider J, Brandon T, Wooff D. (2003). Working in multidisciplinary community mental health teams: The Impact on social workers and health professionals of integrated mental health care. *British Journal of Social Work*, 33(PART 8), 1081-1104.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. (1995). *Care Management and Health Care of Older People*. PSSRU, University of Kent: Arena Publications.
- Chen J, Miller WJ. (2000). Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? *Rapports sur la santé*, 11(4), 9-26.
- Couturier Y, Belzile L, Gagnon D. (2011). Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Revue Management et Avenir*, 47 : 132-145.

- Couturier Y, Trouvé H, Gagnon D, Etheridge F, Carrier S, Somme D. (2009). Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62: 163-174.
- Curry N, Ham C. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. United Kingdom: The King's Fund, 64 pages.
- Darzi A, Howitt P. (2012) Integrated care cannot be designed in Whitehall. *International Journal of Integrated Care*, 12 (May): 1-3.
- De Stampa M, Vedel I, Mauriat C, Bagaragaza E, Routelos C, Bergman H, Lapointe L, Cassou B, Anki J, Henrard JC. (2010). Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of Integrated Care*, 10 (February): 1-10.
- Denis J-L, Lamothe L, Langley A, Breton M, Gervais J, Trottier L-H, Contandriopoulos D, Dubois C-A. (2009). The reciprocal dynamics of organizing and sense-making in the implementation of major public-sector reforms. *Canadian Public Administration / Administration Publique du Canada*, 52(2), 225-248.
- Fleury MJ. (2005). Quebec mental health services networks: models and implementation. *International Journal of Integrated Care*, 5(June), 1-12.
- Fooks C. (2004). *Implementing Primary Care Reform in Canada: Barriers and Facilitators*. Ontario: Canadian Policy Research Networks Inc., 11 pages.
- Fournier L, Poirier L-R, Aubé D, Chartrand É, Duhoux A, Roberge P et collab. (2011). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi*. Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 24 pages.
- Frolich A, Host D, Schnor H, Norgaard A, Ravn-jensen C, Borg E, Hendriksen C. (2010). Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *International Journal of Integrated Care*, 10(February), 1-11.
- Glendinning C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2): 139-151.
- Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon J, Ham C. (2011). *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together*. United Kingdom: The King's Fund, 20 pages.
- Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4): 581-629.
- Hall P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1(May), 188-96. doi : 10.1080/13561820500081745.

- Hébert R, Raïche M, Dubois M-F, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M and the PRISMA Group. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology; Psychological Sciences and Social Sciences*; 65B: 107-118.
- Hébert R, Dubois M-F, Dubuc N, Tousignant M, Raïche M, Veil A. (2008). Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec. *Journal of Integrated Care*, 16(6): 4-14.
- Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A et the PRISMA Group. (2003). PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*; 3 (March):1-8.
- Hendy J, Barlow J. (2012). The role of the organizational champion in achieving health system change. *Social Science & Medicine*, 74, 348-355.
- Hollander MJ, Prince MJ. (2007). Organizing healthcare delivery systems for persons with ongoing care needs and their families: A best practices framework. *Healthcare Quarterly*, 11(1) 2007: 42-52.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Les soins de santé au Canada. Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 177 pages.
- Johri M, Beland F, Bergman H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18:222-235.
- Kathol RG, Butler M, McAlpine DD, Kane RL. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic medicine*, 72(6), 511-8. doi : 10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0.
- Kirchner J, Edlund CN, Henderson K, Daily L, Parker LE, Fortney JC. (2010). Using a multi-level approach to implement a primary care mental health (PCMH) program. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 28(2), 161-74. doi : 10.1037/a0020250.
- Kodner DL. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14(5): 384-390.
- Kodner DL, Kyriacou CK. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1(November):1-24.
- Korpela J, Elfvengren K, Kaarna T, Tepponen M, Tuominen M. (2012). Collaboration process for integrated social and health care strategy implementation. *International Journal of Integrated Care*, 12(May), 1-10.
- Leutz W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: Rive laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5): 3-12.

- Leutz WN. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1):77-110.
- Levesque J-F, Pineault R, Provost S, Tousignant P, Couture A, Borgès Da Sylva R, Breton M. (2010). Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie. *BCM Family Practice*; 11:95.
- Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4) : 251-265.
- Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care*, 12(July), 1-12.
- Macfarlane F, Barton-Sweeny C, Woodard F, Greenhalgh T (2013). Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: Case study using neo-institutional theory. *Social Science & Medicine*, doi : 10.1016/j.socscimed.2013.01.005.
- McLeod J, McMurray J, Walker JD, Heckman G, Stolee P. (2011). Care transitions for older patients with musculoskeletal disorders: continuity from the providers' perspective. *International Journal of Integrated Care*, 11(April), 1-11.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2010a). Plan stratégique 2010-2015. Québec : Gouvernement du Québec, 55 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2010b). Guide à l'intention des utilisateurs de l'outil de suivi de l'implantation du RSIPA (OSIRSIPA). Québec : Gouvernement du Québec, 52 pages.
- Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K, Kadhim-Saleh A, McCann D. (2012). Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Le médecin de famille canadien*, 58: e436-41.
- Poirier LR, Descôteaux S, Levesque JF, Tourigny A. (2013). Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées – Le point de vue des experts. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 11 pages.
- Rand Europe, Ernst and Young. (2012). National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Cambridge: Rand Corporation, 106 pages.
- Rivas C, Abbott S, Taylor SJC, Clarke A, Roberts CM, Stone R, Griffiths C. (2010). Collaborative working within UK NHS secondary care and across sectors for COPD and the impact of peer review: qualitative findings from the UK National COPD Resources and Outcomes Project. *International Journal of Integrated Care*, 10 (September): 1-13.
- Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S (2011). *Integration in Action: Four International Case Studies*. London: Nuffield Trust, 56 pages.

- Ross S, Curry N, Goodwin N (2011). *Case management. What it is and how it can best be implemented?* London: The King's Fund, 32 pages.
- Rumbold B, Shaw S. (2010). Horizontal and vertical integration in the UK: Lessons from History. *Journal of Integrated Care*, 18(6), 45-52. doi : 10.5042/jic.2010.0652.
- Scott WR. (2008). *Institutions and Organizations – Ideas and Interests*. 3rd ed. Thousand Oaks, Ca: Sage, 265 pages.
- Somme D & de Stampa M. (2011). Ten years of integrated care for the older in France. *International Journal of Integrated Care*, 11 (Spec 10th Anniversary Ed), 1-7.
- Somme D, Trouvé H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, Hébert R, Cretin C, Saint-Jean O. (2008). Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(1) : 54-62.
- Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F, Saint-Jean O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7(December), 1-13.
- Syson G, Bond J. (2010). Integrating health and social care teams in Salford. *Journal of Integrated Care*, 18(2): 17-24.
- Tucker H. (2010). Integrating care in Norfolk – Progress of a national pilot. *Journal of Integrated Care*, 18(1): 31-37.
- Vedel I, Monette M, Beland F, Monette J, Bergman H. (2011). Ten years of integrated care : backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11(March), 1-11.
- Wagner EH. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4
- Walt G, Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy*, 9: 353-370.
- Williams P, Sullivan H. (2009). Faces of integration. *International Journal of Integrated Care*, 9 (December): 1-14.
- Wiktorowocz ME, Fleury MJ, Adair CE, Lesage A, Goldner E, Petes S. (2010). Mental health network governance: comparative analysis across Canadian regions. *International Journal of Integrated Care*, 10(October): 1-14.

ANNEXE 1
COMPOSITION DES COMITÉS

COMPOSITION DES COMITÉS

Comité de pilotage/comité consultatif

| Nom | Organisation | Membre |
|------------------------|--------------|---|
| Jean-Frédéric Levesque | INSPQ | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Danièle Francoeur | INSPQ | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Léo-Roch Poirier | INSPQ | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Sarah Descôteaux | INSPQ | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Danielle Benoit | MSSS | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Marie-Hélène Brie | MSSS | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Renée Moreau | MSSS | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Jacques Rhéaume | MSSS | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Hélène Soucy | MSSS | Membre des comités de pilotage et consultatif |
| Charles Boily | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Cynthia Beaudoin | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Lise Caron | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Patricia Dumas | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Claudia Martinez | MSSS | Membre du comité consultatif |
| William Murray | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Manon St-Pierre | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Esther Létourneau | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Josée Lepage | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Marthe Hamel | MSSS | Membre du comité consultatif |
| Geneviève Landry | MSSS | Membre du comité consultatif |

Participants au forum délibératif

| Nom | Titre et organisation d'attache |
|---------------------|--|
| Debora Andriuk | Médecin, Chef du service de gériatrie et du département de médecine générale, CSSS La Pommeraie |
| France Baillargeon | Retraitée, Chef de programme au soutien à domicile à Chicoutimi et chargée du projet pour le RSIPA à Jonquière, CSSS de Jonquière |
| Danielle Beaudry | Conseillère, Direction du développement professionnel et communautaire, Coordinatrice de la valorisation-formation, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, CSSS-IUGS |
| Lynda Bélanger | Directrice générale, Coopérative de solidarité de services à domicile du Royaume du Saguenay |
| Danielle Benoit | Direction adjointe des services aux aînés, MSSS |
| Denis Blanchard | Directeur général, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel |
| Lucie Bonin | Médecin, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Institut national de santé publique |
| Céline Bureau | Directrice, Direction des services et des programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie, CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke |
| Eugène Cantin | Secrétaire, Conseil d'administration, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et pré-retraitées Québec |
| Yves Couturier | Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS |
| France Deschênes | Infirmière de liaison, Urgence, Hôpital Maisonneuve-Rosemont |
| Pierre J. Durand | Directeur scientifique, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CHU de Québec |
| Marcel Émond | Clinicien-chercheur, Unité de recherche en traumatologie-urgence et soins intensifs - Urgentologie, CHA - Enfant-Jésus |
| Suzanne Girard | Présidente, Association des proches aidants de la Capitale-Nationale |
| Céline Guay | Conseillère et responsable des relations avec les partenaires, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS |
| Suzie Leblanc | Conseillère au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec |
| Michèle Morin | Médecin, Interniste-gériatre, Membre associé du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec |
| Michel Raïche | Coordonnateur de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS |
| Marie-France Simard | Directrice générale, Institut universitaire de gériatrie de Montréal |

ANNEXE 2

STRATÉGIE DE RECHERCHE RETENUE POUR L'INTERROGATION DES BASES DE DONNÉES DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

STRATÉGIE DE RECHERCHE RETENUE POUR L'INTERROGATION DES BASES DE DONNÉES DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Database(s): Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, Embase 1974 to 2012 April 16

Search Strategy:

Searches Results

1

*Delivery of Health Care, Integrated/ or (Integrated service delivery or ((Integrated or Integration) adj3 care) or Coordinated care or (coordination adj2 care)).ti. or "international journal of integrated care".jn.

2

*Primary Health Care/ or *Community Health Centers/ or *Community Health Services/ or *Child Health Services/ or *Health Care Reform/ or *Health Maintenance Organizations/ or *Health systems agencies/ or (Primary health care or Primary healthcare or Primary care or Health center* or Health care facilit* or Healthcare facilit* or Health care reform* or Healthcare reform* or Health Maintenance Organization* or HMO* or Health care organization* or Healthcare organization* or Health system* or Health care system* or Healthcare system*).ti.

3

*Nursing home/ or *Home care agencies/ or *Home Care Services/ or *Home Care Services, Hospital-Based/ or ((Nursing adj2 home) or (Home adj2 care) or In home).ti.

4 *Continuity of Patient Care/ or (continuing care or Care continuity or Continuum of Care or Care Continuum or Continuity of Care).ti.

5

*Interinstitutional Relations/ or *Community-Institutional Relations/ or (Interinstitutional Relation* or Interagency Relation* or Interagency Cooperation*).ti.

6 1 or ((2 or 3) and (4 or 5))

7 6 and (eng or fre).lg.

8 limit 7 to yr="2002 -Current"

9 8 and (Health Plan Implementation/ or (Barrier* or Difficult* or Facilitat* or Resist* or Implement*).ti.)

10

*Integrated health care system/ or (Integrated service delivery or ((Integrated or Integration) adj3 care) or Coordinated care or (coordination adj2 care)).ti. or ("journal of integrated care" or "journal of integrated care pathways").jn.

11

*Primary Health Care/ or *Health center/ or *Community care/ or *Child health care/ or *Health Maintenance Organization/ or *Health care facility/ or *Health care organization/ or (Primary health care or Primary healthcare or Primary care or Health center* or Health care facilit*

or Healthcare facilit* or Health care reform* or Healthcare reform* or Health Maintenance
Organization* or HMO* or Health care

organization* or Healthcare organization* or Health system* or Health care system* or
Healthcare system*).ti.

12 *Nursing home/ or *Home care/ or *Home health agency/ or ((Nursing adj2 home) or
(Home adj2 care) or In home).ti.

13 (continuing care or Care continuity or Continuum of Care or Care Continuum or Continuity
of Care).ti.

14 (Interinstitutional Relation* or Interagency Relation* or Interagency Cooperation*).ti.

15 10 or ((11 or 12) and (13 or 14))

16 15 and (english or french).lg.

17 limit 16 to yr="2002 -Current"

18 17 use oemzd

19 limit 18 to embase [Limit not valid in Ovid MEDLINE(R),Ovid MEDLINE(R) In-Process;
records were retained]

20 19 and (Barrier* or Difficult* or Facilitat* or Resist* or Implement*).ti.

21 9 or 20

22 remove duplicates from 21

ANNEXE 3

SITES DE VEILLE ÉLECTRONIQUE CONSULTÉS POUR LA SYNTHÈSE

SITES DE VEILLE ÉLECTRONIQUE CONSULTÉS POUR LA SYNTHÈSE

Bulletin E-veille sur l'innovation dans les services de santé (Réseau de recherche en santé des populations du Québec et Centre de collaboration nationale en santé publique)

Bulletin politiques publiques et santé (Institut national de santé publique du Québec)

Bulletin SantéPop (Réseau de recherche en santé des populations du Québec et GLS Réseaux)

Bulletin sur le vieillissement et les changements démographiques (Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques)

ScienceDirect (Elsevier B.V.)

VlsAge : bulletin de veille informationnelle du projet de santé et de bien-être de la Montérégie (Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie)

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca