

Intégration des services : Guide sur les meilleures pratiques

Direction de la qualité, de l'évaluation,
de la performance et de l'éthique
31 octobre 2016

Intégration des services : Guide sur les meilleures pratiques est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

978-2-550-77078-7 (Version électronique)

Remerciements

Auteurs :

Caroline Arsenault,
Courtière de connaissances, DQEPE

Patricia Métivier,
Professionnelle en évaluation des programmes et des services, DQEPE

Mise en page et révision :

Martine Côté,
Agente administrative, DQEPE

Lina Raymond,
Agente administrative, DQEPE

Graphisme :

Vicky Létourneau,
Technicienne en communication, DRHCAJDE

Sous la direction de :

Valérie Lapointe,
Directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Collaborateurs du CISSS de Chaudière-Appalaches :

Annie Bourassa,
Agente de planification, programmation et recherche, DSPublique

Odette Laplante,
Médecin, Conseillère, DSPublique

Anna Marin,
Conseillère en éthique, DQEPE

Le comité de coordination clinique

L'équipe d'évaluation de la DQEPE

Philippe Lessard,
Directeur de la DSPublique

Patrick Simard,
Président-directeur général adjoint

Préface

Le 1^{er} avril 2015, entrant en vigueur des dispositions du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales. De cette importante réforme est né le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches issu de la fusion de neuf établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux.

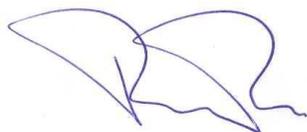
Cette réorganisation structurelle ne constitue pas une fin en soi, mais plutôt un des moyens de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité ainsi que d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. La transition vers la nouvelle structure étant complétée avec succès, le défi des prochaines années consiste à atteindre l'objectif d'assurer une véritable intégration des services, permettant ainsi un parcours de soins et de services plus simple et plus fluide pour les usagers.

Pour ce faire, la mobilisation de tous les acteurs (personnel, médecins, usagers, bénévoles, instances, partenaires du réseau et de l'intersectoriel) est nécessaire. La collaboration entre chacun sera déterminante pour la réalisation de cet objectif au bénéfice de nos usagers. Dans ce contexte, il est devenu essentiel de bien circonscrire les meilleures pratiques en matière d'intégration des services et de développer un cadre d'analyse structuré et partagé par tous les acteurs concernés.

La réalisation du présent guide constitue une étape importante, mais ce n'est qu'à travers les actions concrètes découlant de son utilisation qu'il aura une réelle valeur ajoutée pour nos usagers. Comment assurer une cohérence sentie par l'utilisateur à l'intérieur et entre les différents programmes et services, ainsi qu'avec les différents acteurs de la communauté? Comment garantir un parcours de soins et de services fluide auprès de la clientèle ayant de multiproblématiques? Comment faire la différence pour nos usagers dans leur expérience de soins et de services?

Pour parvenir à répondre efficacement à ces questions dans ce nouveau contexte, nous devons transformer nos façons de penser, d'organiser et d'arrimer les trajectoires de soins et de services. Nous devons réfléchir et agir en mode intégré. Le présent guide vise à soutenir cette réflexion afin de réaliser un diagnostic des opportunités d'intégration, pour ensuite convenir et mettre en œuvre les actions à réaliser.

Merci aux auteures de ce guide et à chacun et chacune pour votre engagement à faire de ce projet collectif une réussite pour le mieux-être de nos usagers.



Daniel Paré
Président-directeur général



Patrick Simard
Président-directeur général adjoint

Faits saillants

1. L'intégration des services a pour but premier de mieux répondre aux besoins des usagers et de rendre les améliorations perceptibles à leurs yeux.
2. L'intégration des services est un principe d'organisation des services. Elle exige de ceux qui participent à la planification, au financement et à la prestation des services d'avoir une **vision partagée**, d'utiliser une combinaison de processus et de mécanismes ainsi que de veiller à ce que le point de vue de l'utilisateur et de ses proches reste le principe organisateur central.
3. L'intégration des services implique de nouveaux concepts, de nouvelles exigences ou de nouveaux standards.
4. La notion d'intégration des services a une signification différente pour les usagers, les intervenants, les organisations et le gouvernement.
5. À l'échelle de toute l'organisation, les premières démarches à réaliser sont de donner le sens et une vision claire de la transformation attendue et de développer une capacité organisationnelle à changer. Profiter de l'intelligence collective de l'ensemble des employés permet de réaliser plus efficacement les intégrations et facilite l'adhésion aux changements.
6. Lorsqu'il est question de cohérence et de sens, la façon de mener le changement est aussi importante que les éléments de changement eux-mêmes.
7. Il y a quatre grands axes à l'intégration des services : les structures organisationnelles, la cohérence des systèmes internes, l'intensité de l'interdépendance et l'intégration du préventif dans le curatif.
8. Des actions seulement sur la structure sont insuffisantes pour que les améliorations soient perceptibles pour les usagers. Il faut des changements dans les processus et les pratiques ainsi que des actions cohérentes sur les quatre axes.
9. L'analyse des axes doit faire l'objet d'une réflexion quant au meilleur ordonnancement des travaux qui peut différer d'une direction à l'autre.
10. Pour les directions cliniques, les meilleures pratiques d'intégration clinico-administratives visent à favoriser la fluidité et la continuité des services. Celles de nature clinique visent la collaboration avec l'utilisateur et la collaboration entre intervenants.
11. Le regroupement de l'ensemble des usagers dans quatre types de profils de besoins permet de mieux planifier l'intensité de l'intégration qui est nécessaire ainsi qu'une cohérence dans l'ensemble des services.
12. L'approche usager-partenaire et l'intégration du préventif dans le curatif sont de bonnes pratiques, et lorsqu'elles sont réalisées à l'échelle de l'organisation, elles ont aussi un effet de cohésion organisationnelle. Chacun a sa spécialité, mais tous valorisent l'autonomie des usagers, l'implication des proches et offrent des messages communs de prévention auprès des usagers et de leurs proches.

Table des matières

Remerciements.....	i
Préface.....	iii
Faits saillants	v
Table des annexes.....	ix
Table des figures	ix
Table des tableaux.....	xi
Méthodologie	xiii
Introduction	1
1. Théorie sur le concept d'intégration.....	5
1.1. Qu'est-ce que l'intégration.....	5
1.2. Buts de l'intégration.....	7
1.3. Besoins.....	9
1.3.1. Besoins populationnels.....	11
1.3.2. Besoins de groupes d'utilisateurs	12
1.3.3. Besoins individuels	16
1.4. Grands axes du concept d'intégration	18
1.4.1. Structure organisationnelle	19
1.4.1.1. Types d'intégration de structure.....	19
1.4.1.2. Répartition du personnel dans la structure et couverture du territoire	20
1.4.2. Systèmes internes et leur intégration.....	24
1.4.3. Intensité de l'interdépendance.....	26
1.4.3.1. Intensité des liens d'interdépendance des systèmes clinico-administratifs et cliniques.....	26
1.4.3.2. Intensité de l'interdépendance avec les partenaires	28
1.4.4. Intégration de la prévention dans les services curatifs	32
1.5. Obstacles à l'intégration	36
1.6. Intégration : les facteurs de succès	37
2. Cadre d'intégration des services dans le contexte de transformation du CISSS-CA.....	41
2.1. Adhésion à des principes collectifs.....	44
2.2. Meilleures pratiques d'intégration du système de gestion	45
2.3. Meilleures pratiques d'intégration des systèmes clinico-administratif et clinique	46
2.4. Actualisation de l'interdépendance	52
Annexes	57
Références.....	87

Table des annexes

Annexe A - Dimensions de l'intégration des services.....	59
Annexe B - Cadre des meilleures pratiques pour l'organisation des services de santé communautaires et de la continuité des services.....	61
Annexe C - Outils d'intégration des services pour le système de gestion.....	63
Outil 1 : Identification des services pour le système de gestion	
Outil 2 : Identifier et analyser les parties prenantes	
Outil 2a: Identifier les parties prenantes	
Outil 2b : Analyser le niveau de collaboration requis	
Outil 3 : Aide-mémoire pour favoriser la cohérence des directions administratives en intégration des services	
Annexe D - Outils d'intégration des services pour le système clinico-administratif.....	71
Outil 1 : Identification un projet d'intégration des services	
Outil 2 : Éléments à considérer avant d'amorcer un projet d'intégration des services	
Outil 3 : Identifier et analyser les parties prenantes	
Outil 3a: Identifier les parties prenantes	
Outil 3b : Analyser le niveau de collaboration requis	
Outil 4 : Méthodes pour capter les besoins spécifiques d'une clientèle	
Outil 5 : Grille d'analyse des clientèles spécifiques et les projets d'intégration associés	
Outil 6 : Analyse d'un projet d'intégration des services visant l'ensemble des usagers	
Outil 7 : Grille d'analyse du coût, des délais et de la qualité d'un service	
Annexe E - Intensité des liens d'interdépendance et les types de profils selon la perspective des usagers	83
Annexe F - Collaboration interprofessionnelle	85

Table des figures

Figure 1 : Objectifs du réseau de la santé et des services sociaux selon les besoins de la population, de groupes d'usagers ou d'individus.....	10
Figure 2 : Niveaux de besoins et éléments d'intégration.....	10
Figure 3 : Impact des déterminants de la santé sur la santé et le bien-être de la population	11
Figure 4 : Répartition des besoins de santé chez les 50 ans et plus	13
Figure 5 : Quatre axes du concept d'intégration	18
Figure 6 : Intensité des liens d'interdépendance.....	26
Figure 7 : Objectifs du réseau de la santé et types de collaboration avec les partenaires.....	29
Figure 8 : Exemples d'indicateurs populationnels en fonction des stades d'évolution d'une maladie ou d'un problème psychosocial	33
Figure 9 : Cadre des meilleures pratiques en intégration des services au CISSS-CA.....	43
Figure 10 : Intensité des liens d'interdépendance et les types de profils de besoins.....	47
Figure 11 : Matrice d'analyse du niveau de collaboration des parties prenantes.....	68
Figure 12 : Matrice d'analyse du niveau de collaboration des parties prenantes.....	77
Figure 13 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.....	86

Table des tableaux

Tableau 1 : Intégration des services selon la perspective des différents acteurs	6
Tableau 2 : Bénéfices attendus de l'intégration des services	8
Tableau 3 : Besoins d'une population	11
Tableau 4 : Les principaux déterminants de la santé.....	12
Tableau 5 : Besoins de groupes d'usagers concernant leurs services, trajectoire ou continuum	13
Tableau 6 : Profils des besoins des usagers	15
Tableau 7 : Besoins individuels des usagers : La personnalisation des services	17
Tableau 8 : Gains potentiels non perçus et perçus par les usagers lors d'une intégration horizontale.....	19
Tableau 9 : Gains potentiels perçus et non perçus par les usagers lors d'une intégration verticale	20
Tableau 10 : Stratégies de répartition du personnel selon les fonctions (mes tâches)	21
Tableau 11 : Stratégies de répartition du personnel selon les installations (mes collègues)	22
Tableau 12 : Stratégies de découpage du territoire (mon territoire).....	23
Tableau 13 : Cinq types de liens.....	30
Tableau 14 : Principaux obstacles pour la coordination et l'intégration des services.....	36
Tableau 15 : Meilleures pratiques d'intégration liées au système de gestion	45
Tableau 16 : Meilleures pratiques d'intégration clinico-administratives.....	48
Tableau 17 : Meilleures pratiques d'intégration cliniques.....	50
Tableau 18 : Grille d'analyse d'une clientèle selon une démarche d'intégration.....	80
Tableau 19 : Grille d'analyse du coût, des délais et de la qualité d'un service	82

Méthodologie

Une première recension des écrits a été effectuée dans les moteurs de recherche « Google et Google Scholar » pour la littérature grise. Cette recension avait pour objectifs de comprendre le concept de l'intégration des services de santé et de services sociaux dans son ensemble et d'identifier les différents axes d'intégration.

Par la suite, une seconde recension des écrits été réalisée dans les bases de données scientifiques et dans les mêmes moteurs de recherche que la première recension. Celle-ci avait pour objectif d'identifier des pratiques d'intégration concrètes pour chacun des axes d'intégration.

Les données extraites des recensions ont été triangulées avec des données contextuelles et expérientielles, afin de mettre en forme un contenu adapté et utile dans le contexte du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ces travaux ont été présentés une première fois à l'ensemble des dirigeants pour obtenir leur approbation d'une première version du cadre. Une deuxième rencontre auprès des dirigeants cliniques a permis d'obtenir leurs commentaires et suggestions, afin de mieux cibler leurs préoccupations et organiser les données pour qu'elles soient utiles.

Deux séances de travail ont été effectuées par l'équipe de l'évaluation et de l'amélioration des programmes et des services de la DQEPE. Ces séances ont permis de s'assurer de la clarté des concepts et des éléments visuels de l'ensemble du guide ainsi que de la cohérence du contenu avec les autres travaux en cours au CISSS de Chaudière-Appalaches. Les professionnels concernés sont : Francis Berthelot, Geneviève Martin, Marie-Michèle Racine, Sébastien Patoine et Nelly Soua.

De nombreuses discussions ont eu lieu avec la Direction de la santé publique sur les aspects de prévention. Les personnes consultées sont, notamment : Annie Bourassa, agente de planification, de programmation et de recherche, Odette Laplante, médecin, conseillère en santé publique et Philippe Lessard, directeur de la santé publique (DSPublique) au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Finalement, le document a été révisé par plusieurs autres personnes du CISSS de Chaudière-Appalaches, qui ont grandement contribué à améliorer la logique et la cohérence du document. Notons particulièrement la contribution de : Anna Marin, conseillère en éthique de la DQEPE, Valérie Lapointe, directrice de la DQEPE et Patrick Simard, président-directeur général adjoint.

Introduction

Le concept d'intégration des services existe depuis plusieurs années et a évolué dans le temps. Dans les années 80, il était question de la coordination du travail et des soins, de la planification partagée, de programmes de soins et de la mise en place de « Case Management ». Par la suite, dans les années 90, le travail entre les organisations est devenu plus d'actualité ainsi que les soins intermédiaires, les protocoles de soins partagés, la gestion des soins et des maladies. Enfin, dans les années 2000, les notions de travail interdisciplinaire et de tout le système des réseaux de services intégrés, des soins centrés sur l'utilisateur, des décisions partagées et des trajectoires de soins intégrés, sont devenues les sujets de l'heure [2].

Malgré l'évolution des concepts et de tous les travaux, l'évaluation de l'impact de ces initiatives montre que l'intégration clinique est rarement réalisée et que les bénéfices économiques réalisés sont en deçà des attentes [2]. De plus, les évaluations démontrent qu'il n'y a pas beaucoup de bénéfices immédiats et que l'intégration commande des investissements spécifiques ainsi que du temps [2].

Plusieurs barrières peuvent expliquer ces résultats, mais cela témoigne encore plus de la complexité du concept lui-même, du système de santé et de son intégration. En effet, les systèmes de santé et les établissements de services de santé sont parmi les entités les plus complexes et interdépendantes que nous connaissons. Sans une intégration adéquate des différentes composantes de ce système très complexe, tous les aspects de la performance des soins de santé et des services sociaux en souffrent. Ainsi, les usagers ne reçoivent pas les services requis au bon moment, se sentent sans ressource et insatisfaits. De plus, la qualité et le potentiel coût-bénéfice déclinent.

En regard du concept même de l'intégration des services, il y a beaucoup de littérature à ce sujet, mais peu de consensus clairs [2, 3]. Le concept d'intégration est cependant un terme souvent utilisé à plusieurs fins et qui comporte plusieurs définitions. Ces dernières sont souvent complémentaires l'une de l'autre, selon la clientèle ou l'axe d'intégration visé, mais le concept est rarement présenté dans un tout cohérent et facilement applicable [4, 5]. Conséquemment, il devient parfois difficile d'avoir une vision précise de ce concept permettant de coordonner une intégration à l'échelle d'une organisation telle qu'un CISSS ou CIUSSS.

Intégrer des services comporte plusieurs implications : l'implantation de nouveaux concepts, de nouvelles exigences ou de nouveaux standards; l'addition, le remplacement ou l'élimination de pratiques ou de processus; la passation de responsabilités à une autre partie prenante [6]. Ainsi, l'intégration des services « *demande de la part des divers acteurs impliqués le **partage de nouvelles valeurs et une entente sur une philosophie d'intervention commune***. Elle est associée à une redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles. Devant la complexité des problèmes, l'**interdépendance** des acteurs est omniprésente et la **coopération** essentielle » [7].

L'intégration des services demande donc d'aller au-delà de l'historique et de l'expérience passés des organisations, au-delà des silos naturels, au-delà de la protection habituelle des secteurs, des organisations, des professions et des juridictions [6].

Ce document a pour but de donner une compréhension des différents angles du concept d'intégration et de soutenir la démarche de transformation au CISSS de Chaudière-Appalaches, et ce, afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

La première section du document rassemble les données probantes et les théories sur l'intégration des services. Elle démontre que l'intégration des services nécessite à la fois une réflexion clinique sur les bonnes pratiques à mettre en place, mais aussi une réflexion sur les méthodes de gestion et orientations qui faciliteront la mise en œuvre de ces bonnes pratiques. L'intégration des services concerne tout le système interne, clinique et administratif.

La deuxième section du document présente un cadre sur les meilleures pratiques d'intégration dans le contexte du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ce cadre fusionne plusieurs angles, habituellement séparés, de l'intégration des services. Il aborde les meilleures pratiques de chacun des systèmes internes ainsi que les liens entre ces systèmes et met en évidence leur interdépendance. De cette section découlent plusieurs outils simples, soutenant la réflexion et ceux-ci sont présentés en annexe.

L'encadré suivant nous démontre les effets d'un manque d'intégration des services offerts aux personnes âgées.

Illustration d'un manque d'intégration des services

Chez les Canadiens de 65 ans et plus, 18 % présentent des limitations sévères dans leurs activités quotidiennes [8] comparativement aux autres. Sur une période de deux ans, les personnes âgées avec de grands besoins :

- Sont plus susceptibles d'avoir de faibles revenus.
- Ont vu quatre médecins ou plus durant la dernière année.
- Prennent quatre médicaments ou plus régulièrement.
- Sont plus susceptibles d'avoir été hospitalisées pour la nuit.
- Utilisent plus les services de l'urgence pour une condition qui aurait pu être traitée par leur médecin de famille : un usager sur cinq (19 %) [8].
- Au Canada, 39 % ont expérimenté une faible coordination des services.
- Aux États-Unis, le manque de coordination se traduit par :
 - Les tests qui ne sont pas prêts à temps pour la consultation;
 - Les tests qui sont dupliqués (29 % usagers avec de grands besoins versus 17 % chez les autres);
 - Les usagers qui reçoivent des informations contradictoires des médecins (20 % des usagers avec de grands besoins versus 13 % chez les autres);
 - Les spécialistes ainsi que les médecins de famille qui manquent d'information à propos des soins spécialisés reçus (23 % des usagers avec de grands besoins versus 13 % chez les autres).

Ainsi, les effets du manque d'intégration des services, pour les usagers qui ont de grands besoins, peuvent contribuer aux coûts élevés des services de santé. En utilisant l'urgence au lieu des services de première ligne (par exemple, lorsque les services de leur médecin de famille ou autres services de première ligne ne sont pas disponibles), ces usagers augmentent malgré eux les coûts des services de santé, en plus de fragmenter davantage leurs propres soins. De plus, le manque de coordination peut conduire à une surutilisation des soins, particulièrement dans les tests de laboratoire et d'imagerie. La recherche démontre également que les usagers qui sont moins engagés dans leurs soins coûtent plus cher à l'organisation, que ceux qui sont très engagés dans leurs soins [8].

SECTION 1

Théorie sur le concept d'intégration

1. Théorie sur le concept d'intégration

1.1. Qu'est-ce que l'intégration

Dans la littérature, l'intégration des services en santé et services sociaux a plusieurs significations. En effet, elle peut référer à :

- Plusieurs services offerts à la population dans **un même lieu** [5, 9].
- Des services continus dans **le temps** [5, 9].
- **Un continuum de services**, allant des services préventifs aux curatifs, offerts à un groupe de la population [5, 9].
- Une intégration des **services de santé et des services psychosociaux** [9].
- Une **intégration verticale ou horizontale** des services administratifs ou cliniques [9, 10].
- **Une intégration réelle ou virtuelle** des services, allant d'une fusion complète ou à un réseau de collaboration formelle ou informelle ou à des arrangements de travail [11].
- **Une concertation avec des partenaires intersectoriels** [9].
- **Une logique de continuité** : une continuité relationnelle entre l'utilisateur et ses intervenants, une continuité informationnelle dans la transmission de l'information ainsi qu'une continuité dans les services (accès et coordination des services) [10].

Il existe diverses définitions de l'intégration de services sans véritable consensus, du moins au Canada. Une revue de littérature sur l'intégration des services de santé a recensé quelque 175 définitions et concepts (Armitage and others, 2009 cité dans [2]). Certaines définitions d'auteurs reconnus mettent l'accent sur la cohérence et la coordination du système interne d'une organisation, alors que d'autres s'attardent sur les arrangements entre les différentes organisations et leurs interdépendances.

Mentionnons quelques *définitions* :

- « Intégrer implique la mise en place d'une cohérence entre un système de valeurs, une structure organisationnelle et un système clinique, dans le but que les acteurs trouvent du sens et des bénéfices à coordonner leurs actions à l'intérieur d'un contexte spécifique ». Traduction libre de Contandriopoulos et autres (2003) cités dans McAdam [12].
- L'intégration est un ensemble cohérent de méthodes et de modèles de financement, de gestion, d'organisation des services et d'offre de services cliniques visant à créer des liens, des alignements ainsi que de la collaboration avec et entre les différentes parties prenantes [13] pour :
 - Offrir des services plus sensibles à la réalité personnelle de l'utilisateur et de ses choix;
 - Améliorer l'efficacité, le coût-bénéfice et les aspects organisationnels qui entourent les soins et les services.
- L'intégration est "la gestion et la prestation des services de santé afin que les usagers [12] reçoivent un continuum de services préventifs et curatifs, en fonction de leurs besoins au fil du temps et à travers les différents niveaux du système de santé". L'intégration vise à organiser les différentes tâches qui doivent être effectuées afin de fournir à une population des services de santé de bonne qualité, dans ce continuum. Ainsi, l'intégration est perçue comme un continuum plutôt que comme deux extrêmes (intégrés/ non intégrés) [14].

La *définition* suivante nous apparaît l'une des plus intéressantes, puisqu'elle place le **point de vue de l'utilisateur comme principe organisateur central** de l'intégration des services.

L'intégration des services est un principe d'organisation des services qui a pour but d'améliorer les soins et services aux usagers ainsi que leurs expériences lors de ces services, par l'amélioration de la coordination. L'intégration est une combinaison de méthodes, de processus et de modèles qui visent cette amélioration. L'intégration des services exige de ceux qui participent à la planification, au financement et à la prestation des services d'avoir une vision partagée, d'utiliser une combinaison de processus et de mécanismes ainsi que de veiller à ce que le point de vue de l'utilisateur et ses besoins reste un principe organisateur central [2].

Il y a donc une grande diversité de définitions du concept d'intégration. Cela peut, en partie, s'expliquer par le fait que l'intégration des services a des significations différentes selon la perspective des usagers, des intervenants, des organisations ou des gouvernements. Le tableau suivant présente ces différentes perspectives.

Tableau 1 : Intégration des services selon la perspective des différents acteurs

L'intégration des services signifie :	
Usagers	<ul style="list-style-type: none"> • Un accès facile aux différents services et des services sans rupture [5]. • Vivre l'expérience d'une cohérence entre mes services et des services à travers le temps [15]. • Être considéré comme une personne dans sa globalité et que mes besoins et mes préférences soient respectés [15]. • Toujours savoir qui est la principale personne responsable de mes soins et services. • Moins de visites, éviter la duplication des tests et des évaluations. • Participer à la planification des étapes à venir. • Participer à l'élaboration de mon plan de soins et de services, et savoir quoi faire si les choses changent ou se détériorent. • Avoir une trousse d'informations et d'outils personnalisés à la fin de mes services (voir le plan de service personnalisé dans [16]). • Ne pas perdre tous mes services si je déménage en dehors des frontières géographiques de mon équipe d'intervenants ou de mon centre de santé.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une organisation du travail qui facilite l'intégration des services, par exemple des rencontres cliniques planifiées. • Travailler avec différents professionnels pour offrir conjointement un service ou des services complémentaires [5]. • Avoir une collaboration efficace. • Faire une différence pour l'expérience de l'utilisateur, sa santé et son mieux-être.

L'intégration des services signifie :

Organisations	<ul style="list-style-type: none">• Avoir une cohérence dans les pratiques administratives pour soutenir le sens et l'intégration des services.• Fusionner ou hautement coordonner les systèmes de soutien (ressources humaines, finances, logistiques, informatiques, etc.) et les systèmes cliniques.• Développer une culture, des valeurs et des normes communes [5].• Simplifier et optimiser les processus et les ressources :<ul style="list-style-type: none">○ Administratives ou cliniques;○ Internes ou avec les partenaires.• Se coordonner avec les partenaires pour :<ul style="list-style-type: none">○ Mieux répondre aux besoins des usagers, des groupes d'usagers et de la population;○ Être plus efficace dans la gestion de l'organisation.• Faire une différence pour :<ul style="list-style-type: none">○ La population;○ Pour l'utilisateur, sa santé et son mieux-être, en fonction des capacités et des ressources de l'organisation.
Gouvernements	<ul style="list-style-type: none">• Coordonner et aligner les politiques, les règles et les cadres de travail entre les différents ministères et les organisations privées [5].• Faire une différence pour :<ul style="list-style-type: none">○ La population;○ L'utilisateur, sa santé et son mieux-être en fonction des capacités et des ressources de la société.

Inspiré de : Frontier Economics (2012) [11] et de Waddington, Catriona et Dominique Egger (2008) [9]

Bref, l'intégration est un concept très large, pouvant aborder plusieurs éléments de façon plus ou moins précise selon l'angle choisi. Cependant, les notions omniprésentes dans la littérature sur l'intégration sont celles de **la cohérence et de la coordination de l'interdépendance** entre divers acteurs et composantes du système.

La reconnaissance de l'**interdépendance** forte des divers acteurs et composantes du système de soins est nécessaire et constitue le fondement de la recherche d'une plus grande intégration. La **coopération des acteurs devient un élément-clé** des changements à apporter et se situe au centre des processus d'intégration recherchés dans la réforme des réseaux [17].

1.2. Buts de l'intégration

La littérature dans le domaine met en évidence divers buts recherchés à l'intégration des services. Parmi ceux-ci, il semble se dessiner une hiérarchie, allant du but ultime aux moyens pour y arriver. Généralement, les plus cités sont les suivants [7] :

Buts centrés sur l'utilisateur et la population :

- Avoir une organisation des services centrée sur les besoins de l'utilisateur.
- Encourager une approche plus holistique et personnalisée aux besoins de santé multidimensionnels des usagers.
- Améliorer l'état de santé de la population.
- Améliorer l'expérience de soins et de services des usagers.

Buts centrés sur la performance de l'organisation :

- Créer un système plus performant.
- Améliorer la qualité des services, surtout en matière d'accessibilité, de continuité et d'efficacité.
- Rendre la gouverne et la gestion plus efficaces.
- Améliorer de façon simultanée les services de santé, la santé de la population et le coût du système « per capita » [18].
- Améliorer la répartition des services sur le territoire.
- Améliorer la satisfaction au travail des employés et des gestionnaires.
- Améliorer l'efficacité et la productivité des ressources.
- Diminuer les duplications et les pertes [13].
- Augmenter la flexibilité sur l'offre de services [13].
- Permettre une meilleure coordination et continuité [13].

Le Frontier Economics du Royaume-Uni [11] souligne que l'intégration des services devrait améliorer la qualité. Il propose un regroupement des buts de l'intégration selon quatre types de bénéfices attendus. Cette façon de structurer les bénéfices attendus permet de faciliter la mesure et l'évaluation de la réussite de l'intégration à l'aide d'indicateurs tels que présentés dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Bénéfices attendus de l'intégration des services

Bénéfices attendus de l'intégration sur :	Exemples d'indicateurs ou d'éléments à considérer :
L'expérience de l'utilisateur et sa satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de satisfaction de l'utilisateur. • Le respect des normes cliniques attendues : <ul style="list-style-type: none"> ○ Non-dédoublage des tests, d'évaluations et d'interventions.
La santé des individus, des groupes ou de la population	<ul style="list-style-type: none"> • La baisse des admissions et des réadmissions. • La baisse des durées de séjour. • Des périodes plus courtes de rétablissement.
La sécurité des usagers	<ul style="list-style-type: none"> • La baisse des listes d'attente. • La baisse des erreurs médicales ou de médicaments.
Le rapport coût-efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Un coût qui tient compte de la prévention, du traitement, du post-traitement ou du rétablissement ainsi que de la réintégration et du suivi continu. • Le coût engendré par la réalisation de l'intégration versus le coût de ne pas réaliser cette intégration.

Source : Frontier Economics (2012) [11]

Bref, l'intégration des services dans le domaine de la santé et des services sociaux a pour but ultime de mieux **répondre aux besoins des usagers et d'améliorer l'état de santé de la population**, en utilisant divers moyens permettant une cohérence, une efficacité et une fluidité entre les différents éléments constituant le système.

1.3. Besoins

L'intégration des services vise à mieux répondre aux besoins des usagers et de la population [19]. Pour bien répondre à ces besoins, il devient important de bien les définir et de les maintenir au centre du projet d'intégration.

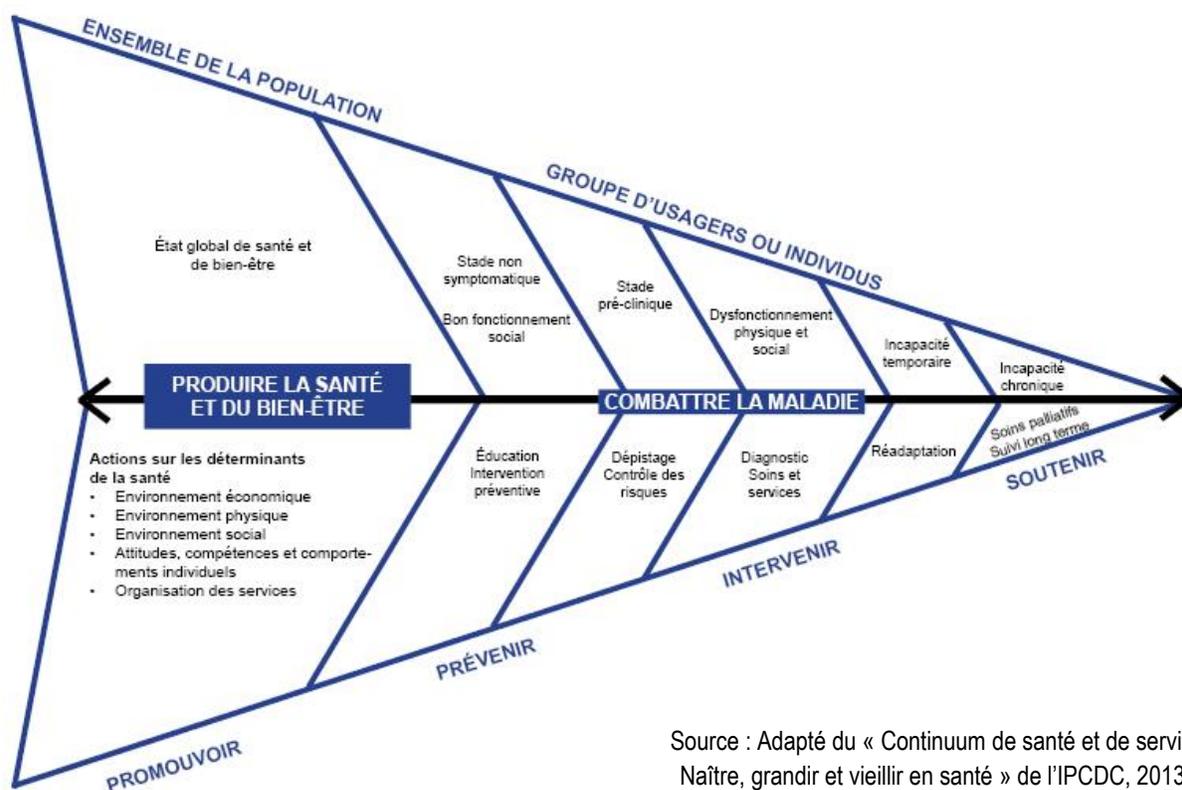
Les besoins font référence à un manque de ce qui est nécessaire (par exemple : boire ou manger) ou à un très grand désir (par exemple : un besoin d'affection) [20]. Ils correspondent à des écarts entre la situation actuelle et ce qui est souhaitable [21, 22].

Les besoins évoluent dans le temps et sont déterminés par des phénomènes survenant simultanément à l'échelle locale, régionale, nationale et mondiale [21]. Ils peuvent être classifiés de différentes façons pour les distinguer, notamment :

- Les besoins objectifs (mesurés) ou subjectifs (perçus) [22].
- Les besoins physiques ou psychologiques [22].
- Les besoins exprimés ou non exprimés [21].
- Les besoins hiérarchisés (par exemple : la pyramide de Maslow).
- Les besoins populationnels, de groupes d'usagers et individuels [21].

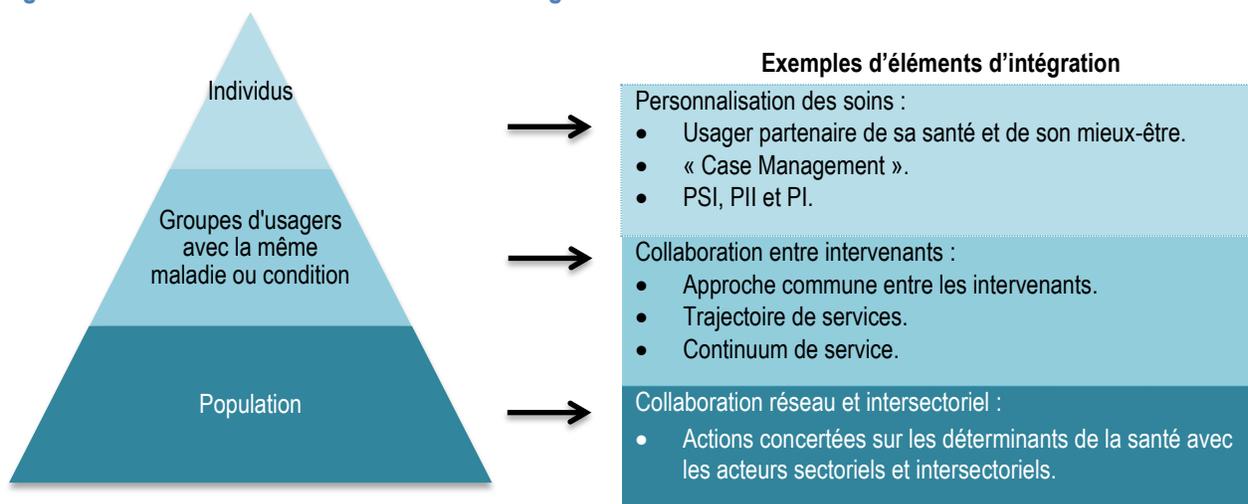
En santé et bien-être, les besoins populationnels et individuels peuvent s'illustrer sous la forme d'un continuum. Dans la *Figure 1*, les actions sur les déterminants de santé peuvent répondre aux besoins de la population en matière de santé et de bien-être, alors que les interventions menant à une **guérison**, un **soulagement** de symptômes ou à un **maintien** des capacités fonctionnelles optimales sur le plan physique, psychologique et social visent des besoins de groupes d'usagers et individuels [21].

Figure 1 : Objectifs du réseau de la santé et des services sociaux selon les besoins de la population, de groupes d'utilisateurs ou d'individus



Les besoins de la population, de groupes d'utilisateurs et d'individus peuvent être également reliés à des éléments spécifiques d'intégration des services, comme le démontre la figure suivante [23].

Figure 2 : Niveaux de besoins et éléments d'intégration



Dans la littérature sur les services de santé et les services sociaux, il y a généralement un consensus concernant l'importance d'intervenir à la fois sur les besoins populationnels, de groupes d'utilisateurs et individuels.

1.3.1. Besoins populationnels

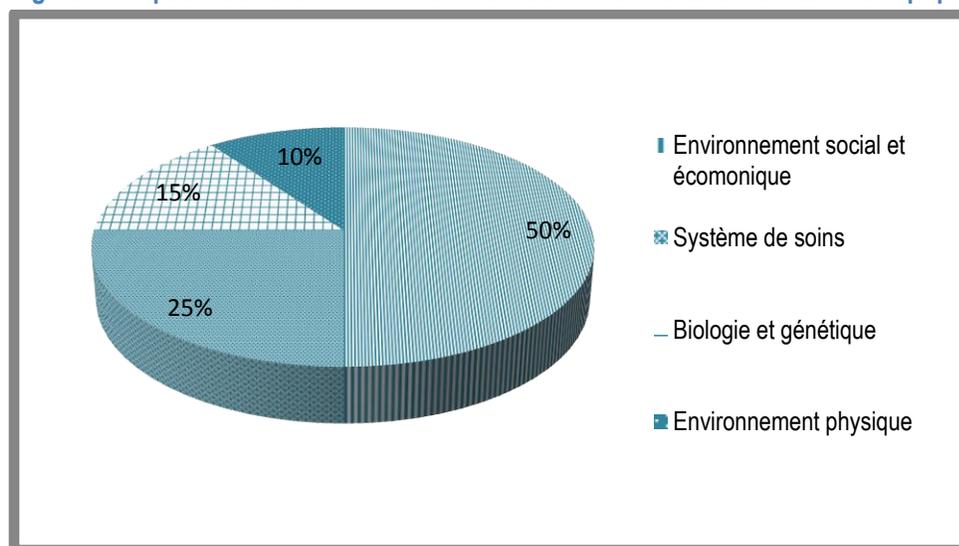
Les besoins d'une population en matière de santé et de bien-être peuvent être exprimés ou non exprimés. Le Tableau 3 présente des exemples de ces besoins.

Tableau 3 : Besoins d'une population

- D'être en santé.
- De vivre dans un milieu sécuritaire.
- D'avoir une sécurité financière.
- D'être bien.
- De bien manger à faible coût.
- De faire de l'exercice physique.
- De s'épanouir dans ses différents rôles sociaux.
- D'avoir accès à des loisirs, etc.

Ces besoins concernent généralement les déterminants de la santé. Ces derniers sont des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global [24, 25]. Certains déterminants ont plus d'impact sur la population que d'autres tels que présentés à la figure suivante.

Figure 3 : Impact des déterminants de la santé sur la santé et le bien-être de la population



Source: Adapté de Canadian Institute for Advanced Research; cité dans Senate committee on Social affairs, Science and Technology (2001) [26].

Les besoins de la population en matière de santé peuvent également être conceptualisés par ce que requièrent les personnes, les familles, les collectivités et les populations à l'échelle du continuum de soins et de services pour parvenir au bien-être physique, cognitif, émotionnel, social et spirituel, en tenant compte des grands déterminants de la santé [22]. Les besoins sont ciblés en combinant les renseignements sur l'état de santé de la population, les données démographiques [22] et les consultations populationnelles. Le *Tableau 4* décrit les déterminants de la santé.

Tableau 4 : Les principaux déterminants de la santé

Catégories :	Déterminants :
• Environnement économique/ de travail	• Revenu.
	• Éducation et alphabétisme.
	• Emploi.
	• Insécurité alimentaire.
• Environnement physique	• Qualité de l'air et de l'eau.
	• Logement.
	• Aménagement du territoire.
• Environnement social	• Réseaux de soutien social.
	• Stéréotypes, exclusion sociale.
	• Prédispositions génétiques et biologiques.
• Caractéristiques, expériences et comportements individuels	• Expériences de la petite enfance.
	• Habitudes de vie.
	• Aptitudes des personnes.
	• Progrès biomédical.
• Système de santé et de services sociaux	• Accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux.
	• Continuum d'action pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir.

Source: adapté de Mikkonen, J. et D. Raphaël (2011) et MSSS (2012)

L'intérêt de regrouper les besoins d'une population selon les déterminants de la santé est de permettre le développement d'une vision globale des solutions pouvant répondre à ces besoins. Cette façon de faire permet de passer d'une logique d'intervention en présence d'un problème, à une logique de concertation intersectorielle en amont des problèmes.

1.3.2. Besoins de groupes d'utilisateurs

Les groupes d'utilisateurs sont composés de personnes qui présentent les mêmes facteurs de risque, la même maladie ou condition. Chaque groupe d'utilisateurs a des besoins particuliers qui peuvent être exprimés sous différents angles. Ces besoins peuvent être captés par des moyens mis en place par l'organisation tels que des sondages, des groupes de discussion et par des questions posées et colligées par les intervenants.

Les besoins communs des groupes d'utilisateurs sont reliés, en grande partie, à la trajectoire de services et aux liens entre chacun de ces services. Le tableau suivant expose les besoins de groupes d'utilisateurs en regard de la trajectoire de services. Il est le fruit d'une recension des écrits à ce sujet ainsi que de la consultation des utilisateurs et des organisations qui offrent des services de santé et des services sociaux en Angleterre [27].

Tableau 5 : Besoins de groupes d'usagers concernant leurs services, trajectoire ou continuum

Communication

- Je raconte mon histoire une fois.
- Je suis toujours informé des prochaines étapes à venir.
- Les professionnels impliqués dans mes soins se parlent entre eux. Ils travaillent en équipe.

Information

- L'information dont j'ai besoin m'est donnée au bon moment. Elle est appropriée à ma condition et aux circonstances. Elle m'est transmise d'une façon que je peux comprendre.
- On me renseigne sur les autres services qui sont disponibles pour des personnes dans ma situation, incluant l'organisation du soutien.
- Je ne suis pas laissé seul pour organiser mes services et faire du sens avec l'information. Je peux rencontrer, téléphoner ou écrire par courriel à un professionnel quand j'ai besoin de poser des questions ou de discuter des options.

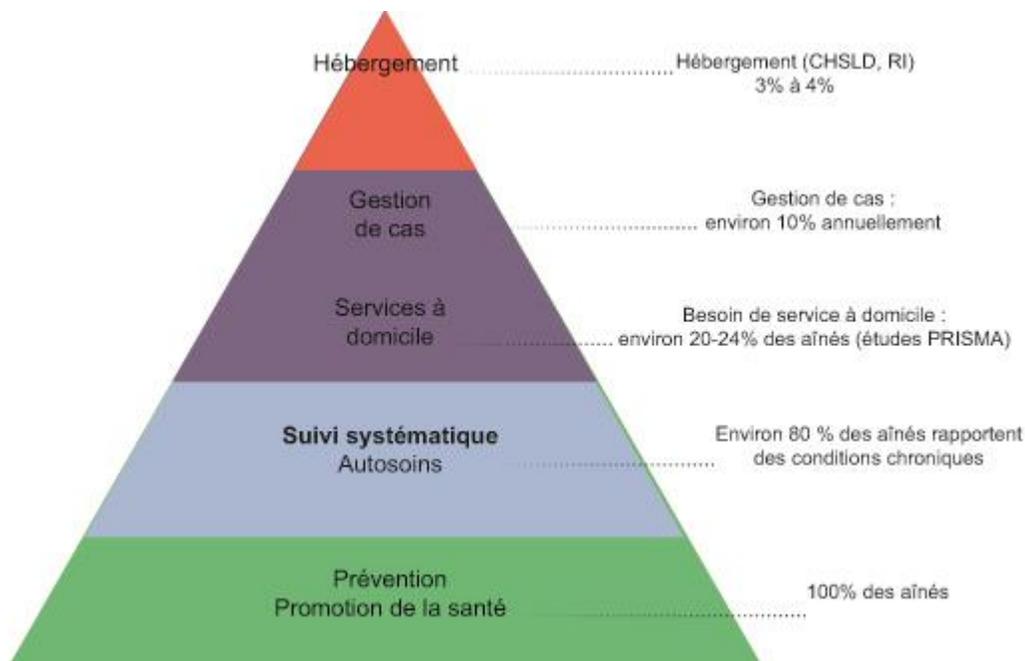
Transition

- Quand j'utilise un nouveau service, mon plan de soins et de services est connu à l'avance et respecté.
- Quand je transite entre les services, il y a un plan mis en place pour la suite de mes soins.
- Je connais à l'avance où je vais, ce qui me sera offert et qui sera mon intervenant principal.
- Si j'ai encore besoin de contacter les professionnels des soins ou services précédents, cela peut se faire.
- Si je déménage au-delà des frontières géographiques de l'établissement, je ne perds pas mes droits au soutien, aux soins ou services.

Source : Adapté de Integrated Care and Support : Our Shared Commitment, 2013 [28]

Les besoins des usagers peuvent être également regroupés par le type et l'intensité de services requis tels que présentés dans la figure suivante. Ce schéma de Lucie Bonin, vise la clientèle des personnes âgées de 50 ans et plus.

Figure 4 : Répartition des besoins de santé chez les 50 ans et plus



Source : Adapté de Lucie Bonin (2004) [29]

La littérature sur l'intégration des services s'intéresse particulièrement aux besoins des groupes d'utilisateurs avec maladies ou conditions chroniques et complexes tels que des déficiences physiques, intellectuelles, développementales ou cognitives et des maladies chroniques complexes. Les conditions ou maladies chroniques sont permanentes et limitent, de façon variable, les capacités des personnes. De ce fait, ces personnes et leurs proches ont des besoins spécifiques de santé ou psychosociaux pouvant être répondus par plusieurs intervenants. Les données probantes indiquent qu'une intégration des services centrée sur les besoins des utilisateurs devrait résoudre plusieurs problèmes de coordination et d'efficacité des services offerts à ces personnes [13, 27].

Cependant, les utilisateurs avec de grands besoins ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble de notre clientèle. Par exemple, chez la population américaine adulte, 5 % de celle-ci utilise 50 % du budget des soins de santé (Cohen et Yu (2012), cité dans [8]). Les utilisateurs avec de grands besoins sont proportionnellement les plus importants consommateurs de services de santé par rapport aux autres. La seule analyse des besoins de ces utilisateurs peut mener à une conception distorsionnée des besoins de l'ensemble des utilisateurs et aussi à la mise en place de structures et d'organisations des services peu adaptées aux besoins des autres utilisateurs. Si nous désirons développer une vision de l'intégration à l'échelle du CISSS de Chaudière-Appalaches, il s'avère donc important de considérer les besoins de l'ensemble des utilisateurs.

Les besoins de l'ensemble des utilisateurs peuvent être regroupés de différentes façons. Une bien connue est de regrouper indirectement les besoins par le biais de normes ou de niveaux appropriés en matière de soins [22]. Plusieurs outils existent, notamment l'ISO-SMAF. Bien que ce type d'outil soit utile pour développer un langage clinique commun pour plusieurs types de conditions ou de maladies (exemples : déficience intellectuelle, personnes âgées, santé mentale, etc.), il s'adresse généralement à des groupes d'utilisateurs ayant des conditions ou des maladies chroniques et complexes.

Une autre façon est de regrouper les besoins de santé et de mieux-être des utilisateurs en fonction de la persistance ou non du besoin, de la sévérité et de la capacité de l'utilisateur à répondre à ses besoins. Cette façon de catégoriser les besoins des utilisateurs permet de dresser le portrait de l'ensemble des besoins de nos utilisateurs et de développer un langage commun entre les directions et les différents services. Le tableau suivant décrit les besoins des utilisateurs selon quatre catégories de profils d'utilisateurs de nos services.

Tableau 6 : Profils des besoins des usagers

Profil A Besoins ponctuels ou à court terme	Profil B Besoins persistants Condition chronique légère à modérée	Profil C Besoins persistants et multiples Condition chronique modérée à sévère	Profil D Besoins persistants et multiples Condition chronique sévère
Bonnes capacités	Capacités bonnes à modérées	Capacités modérées à faibles	Faibles capacités
<p>Personne ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un besoin de santé ou psychosocial ponctuel limité dans le temps. • De bonnes capacités pour répondre à ses besoins dans la vie de tous les jours et de bonnes capacités d'adaptation. <p>À titre d'exemple, il peut s'agir du besoin d'être immunisé (vaccination); d'avoir un test sanguin (prise de sang); d'être soutenu dans une rupture amoureuse (thérapie à court terme) ou de soigner un membre cassé (chirurgie et suivi avec l'orthopédiste).</p>	<p>Personne ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou des maladies ou conditions chroniques légères à modérées. • De bonnes capacités pour répondre à ses besoins dans la vie de tous les jours et de bonnes capacités d'adaptation. <p>À titre d'exemple, il peut s'agir d'un jeune dont la famille vit dans un contexte de pauvreté; d'une personne avec une déficience intellectuelle légère ou ayant le diabète ou d'une personne avec une maladie chronique.</p>	<p>Personne ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou des maladies ou conditions chroniques modérées à sévères ou une problématique aiguë. • De faibles capacités pour répondre à certains de ses besoins dans la vie de tous les jours ou des adaptations significatives à effectuer pour y répondre. <p>À titre d'exemple, il peut s'agir d'un jeune enfant qui vit de la négligence, mais dont les parents présentent certaines capacités ou d'une personne qui a le cancer et qui ne peut s'occuper, durant une certaine période, de ses enfants.</p>	<p>Personne ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou des maladies ou conditions chroniques sévères ou une problématique aiguë. • De faibles capacités pour répondre à la majorité de ses besoins dans la vie de tous les jours ou des adaptations majeures à effectuer pour y répondre. <p>À titre d'exemple, il peut s'agir d'un jeune dont les parents présentent des difficultés majeures dans l'exercice de leur rôle parental; d'une personne ayant un traumatisme crânien sévère avec des comportements violents ou d'une personne âgée en fin de vie avec plusieurs complications physiques.</p>
Besoin d'une intervention ponctuelle d'un intervenant ou d'une équipe d'intervenants de différents niveaux de spécialisation.	Besoin de suivi régulier à fréquence variable par un intervenant ou une équipe d'intervenants de différents niveaux de spécialisation et qui resteront les mêmes au fil des années.	Besoin de soutien régulier, fréquent et coordonné de plusieurs intervenants provenant, de façon simultanée, de différents niveaux de spécialisation et peut impliquer également les proches de l'utilisateur.	Besoin d'un accompagnement constant d'intervenants dont la collaboration est journalière, de différents niveaux de spécialisation et peut impliquer également les proches de l'utilisateur.

Les usagers qui ont un *Profil D* peuvent avoir besoin des services associés aux *Profils C, B ou A*, mais les usagers de *Profil A* n'ont pas besoin des services associés aux *Profils B, C et D*. Même chose pour les usagers des *Profils B et C* qui peuvent avoir besoin des services associés aux profils antérieurs, mais non des profils suivants. Cela veut donc dire que les services associés, par exemple, au *Profil A* doivent être en mesure d'accueillir et d'intervenir auprès des usagers des autres profils et de s'assurer de la transmission des informations aux intervenants liés à ces profils, pour qui l'information est très importante.

Théoriquement, le pourcentage des usagers avec des besoins ponctuels devrait être plus grand que ceux qui ont des besoins persistants et des conditions sévères avec de faibles capacités. Par contre, les ressources humaines et monétaires seront proportionnellement plus importantes pour les usagers avec des besoins persistants et des

conditions chroniques, sévères avec de faibles capacités. Bref, d'un côté, nous sommes dans une logique de volume et de l'autre, de haute coordination des services.

L'intérêt de regrouper les besoins des usagers dans ces quatre profils est de simplifier la catégorisation des usagers pour l'organisation des services d'une direction et de permettre le développement d'une vision globale de l'ensemble des services pouvant répondre à ces besoins. Cette façon de faire permet de passer d'une logique d'organisation des services selon les structures et les ressources en place, à une logique d'organisation des services selon les besoins prioritaires des usagers.

1.3.3. Besoins individuels

Les besoins individuels sont ceux spécifiques pour chacun des usagers, et y répondre implique de personnaliser et adapter l'intervention. Ceux-ci sont identifiés dans la pratique et ajustés au fil du temps, par le biais d'une collaboration étroite avec l'utilisateur, sensible aux aspects culturels et fondée sur des données probantes [22]. Pour ce faire, les intervenants utilisent des approches communes (ex. : l'approche usager-partenaire) et optent pour l'harmonisation des façons de faire (ex. : le plan de suivi personnalisé qui soutient l'utilisateur à la fin de son traitement ou service [30]) qui vise expressément à personnaliser le service ou le soutien. Le tableau suivant présente les besoins individuels des usagers qui doivent faire l'objet d'une personnalisation des services plus ou moins grande selon les circonstances [27].

Tableau 7 : Besoins individuels des usagers : La personnalisation des services

Mes buts et attentes

- Tous mes besoins comme personne sont évalués et pris en compte au moment opportun.
- Mes soignants et ma famille ont des besoins, ceux-ci sont reconnus et ils sont soutenus pour m'aider.
- Je suis soutenu pour prendre des décisions éclairées ainsi que pour organiser et réaliser mes buts.
- Ensemble, mes soins et mon soutien m'aident à vivre la vie que je veux au meilleur de mes capacités.

Communication

- Je participe activement à la recherche de pistes de solutions qui pourraient fonctionner pour moi, dans ma vie.
- Je connais toujours qui coordonne mes soins et services.
- J'ai un point de contact. Ils me comprennent moi et ma condition. Je peux aller les voir avec mes questions n'importe quand.

Information

- J'ai de l'information et du soutien qui m'aident à gérer ma condition.
- J'ai de l'information et du soutien qui pourraient fonctionner pour moi, dans ma vie.
- Je peux voir mon dossier usager n'importe quand. Je peux décider que je le partage. Je peux faire corriger toutes erreurs dans mon dossier.

Prise de décision, incluant le budget

- Je suis impliqué dans les discussions et les décisions à propos de mes soins, services, soutien et traitements, comme je le veux.
- Ma famille ou mes soignants sont également impliqués dans ces décisions, autant que je le veux.
- J'ai de l'aide pour prendre des décisions éclairées, si j'en ai besoin et que j'en veux.
- Lorsque j'ai droit à un montant d'argent d'un programme géré par l'établissement, je connais le montant d'argent disponible pour moi, pour mes soins et mes besoins de soutien, et je peux déterminer comment je l'utilise.
- Je suis capable d'obtenir des conseils judicieux pour comprendre les coûts et faire pour le mieux avec mon budget.
- Je peux avoir accès au montant auquel j'ai droit, sans procédure compliquée.

Planification des soins

- Je travaille avec mon équipe pour convenir d'un plan de soins de services et de soutien.
- Je connais mon plan de soins de services et de soutien. Je sais quoi faire si quelque chose change et où aller si quelque chose va mal.
- J'ai autant de contrôle sur mon plan de soins et de services que je veux.
- Je peux décider du type de soins dont j'ai besoin et comment je le reçois;
- Mon plan de soins de services et de soutien est clairement inscrit dans mon dossier.
- J'ai des révisions régulières de mes soins, de mes services, de mes traitements et de mon soutien.
- J'ai des révisions fréquentes de l'ensemble de ma médication.
- Quand quelque chose est planifié, ça se concrétise.
- Je sais quoi faire et qui contacter lors de crises et urgences.
- J'ai un système en place pour obtenir de l'aide au premier stade d'une crise, afin de les éviter.

Transition

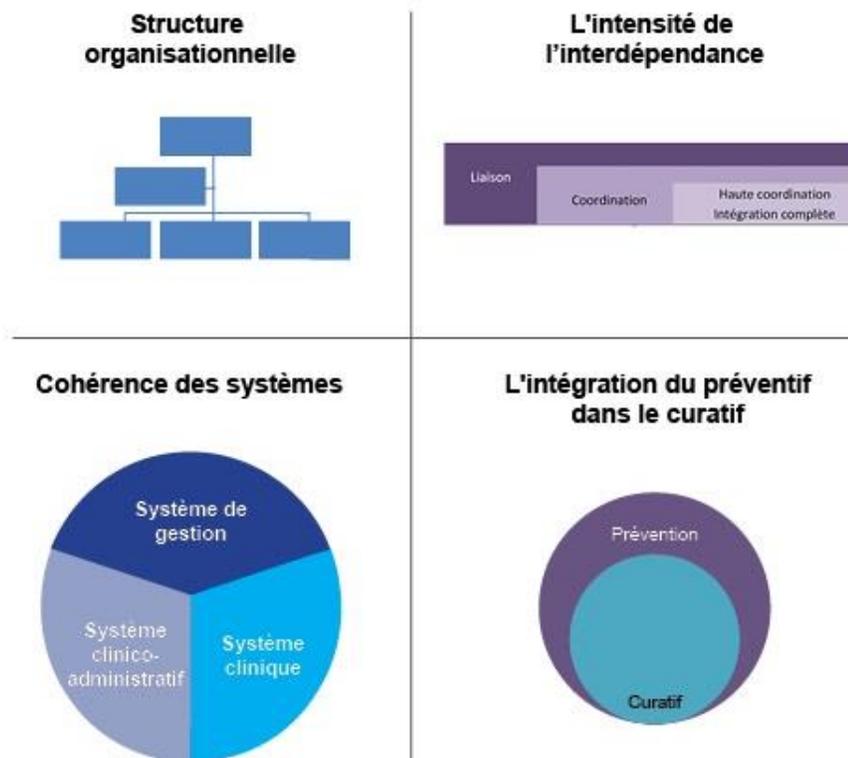
- Quand je retourne à la maison, j'ai l'information et je suis outillé pour prendre soin de ma condition (j'ai les informations consignées dans un document écrit spécifique pour à ma condition) [16].
- On me donne de l'information au sujet de ma médication; son but, comment la prendre et les effets secondaires possibles.

Source : Adapté de Integrated Care and Support [28]

1.4. Grands axes du concept d'intégration

L'intégration est un concept pouvant référer à plusieurs éléments à la fois. Cette façon de voir l'intégration permet de rassembler les différentes définitions des auteurs. Ainsi, les éléments relatifs à l'intégration peuvent être regroupés selon quatre axes principaux, soit les structures organisationnelles, la cohérence des systèmes internes, l'intensité de l'interdépendance et l'intégration de la prévention dans le curatif. La *Figure 5* illustre ces quatre axes et chacun de ceux-ci est expliqué dans les pages suivantes.

Figure 5 : Quatre axes du concept d'intégration





1.4.1. Structure organisationnelle

La structure organisationnelle est la représentation schématique des composantes qui constituent l'entreprise ou l'organisation et délimite, par le fait même, ce qui n'en fait pas partie. Elle est généralement représentée par un organigramme. Ce dernier permet de préciser et de visualiser les différentes composantes de l'organisation et comment elles sont reliées par des liens hiérarchiques et fonctionnels, des niveaux de responsabilités et des canaux de communication. Les composantes représentent généralement la répartition du personnel en unité de travail.

La structure suit la stratégie organisationnelle. Elle est un moyen pour actualiser la mission de l'organisation et non une fin en soi. Ainsi, une bonne structure organisationnelle peut faciliter l'intégration en abaissant des barrières de vision, administratives ou autres. Cependant, si des actions visant l'intégration sont seulement réalisées au niveau de la structure, peu de gains clinico-administratifs et cliniques seront perceptibles selon le point de vue des usagers [31]. En fait, le succès des projets d'intégration est plus souvent guidé par la préoccupation du comment améliorer les services fragmentés pour un groupe d'usagers présentant des besoins communs [2].

1.4.1.1. Types d'intégration de structure

Il existe deux principaux types d'intégration de structure : l'intégration horizontale et verticale.

- L'intégration horizontale vise à regrouper des services similaires offerts, par exemple : sur des territoires différents ou des services concurrents [2, 15]. La fusion des CLSC en 2004 en est un exemple. Cette intégration peut également viser le regroupement de services sans grande interdépendance, comme la fusion des services de deuxième ligne en déficience intellectuelle, en déficience physique, en jeunesse (CJ) et en toxicomanie telle qu'effectuée sur la Côte-Nord en 1998. Historiquement, les gains escomptés ont été principalement administratifs, basés sur les économies de regroupement des secteurs administratifs. Cependant, les secteurs cliniques peuvent également tirer profit de ces fusions et produire plusieurs gains cliniques perceptibles par l'utilisateur.

Tableau 8 : Gains potentiels perçus et non perçus par les usagers lors d'une intégration horizontale

Gains perçus par l'utilisateur	<p>Pour les fusions de services similaires ou concurrents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services plus équitable entre les territoires. • Harmonisation des processus et des critères d'accès. • Harmonisation des services basée sur les meilleures pratiques et sur le rehaussement de la pratique. • Redéfinition des territoires selon l'utilisation naturelle des services par les usagers. • Offre de services pour des problématiques à faible volume. • Souplesse dans l'utilisation des ressources (par exemple pour la gestion de l'accès ou le redéploiement temporaire de ressources lors d'évènement majeur, etc.). • Continuité des services possibles lors de déménagement des usagers. <p>Pour les fusions des services différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services mieux coordonnée pour les clientèles ayant de multiples problématiques.
Gains non perçus par l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation, économie d'échelle et gain d'efficacité des fonctions de soutien (finances, ressources humaines, qualité, etc.). • Réduction des duplications administratives.



Par ailleurs, afin d'assurer une cohérence et une équité à l'intérieur d'un même programme sur plusieurs territoires, une attention doit être apportée aux éléments transversaux tels que les approches d'intervention, les critères, la rapidité d'accès ou autres, et ce, afin de les harmoniser.

- L'intégration verticale vise à regrouper des services interdépendants qui se situent en amont ou en aval d'une trajectoire de soins, de services ou dans un continuum de services [2, 15]. L'intégration verticale permet de contrer la fragmentation due à la spécialisation des services [15]. L'intégration des services de première et de deuxième ligne, comme en jeunesse, au CISSS des Basques et au CJ du Bas-Saint-Laurent (fusion recensée en 2014) en sont des exemples. Pour Leatt et ses collaborateurs [32], une intégration verticale (fusion verticale) ayant des sous-unités bien unies par une mission, des buts communs et comportant une hiérarchisation claire, offre le meilleur potentiel de coordination sous les conditions changeantes rencontrées par les organisations [32]. Historiquement, les gains escomptés ont plus tendance à être à la fois administratifs et cliniques, et perceptibles pour les usagers.

Tableau 9 : Gains potentiels perçus et non perçus par les usagers lors d'une intégration verticale

Gains perçus par l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none">• Accès rapide à différents intervenants.• Meilleure continuité de services.• Communication fluide entre les intervenants.• Un langage commun et des approches communes.• Cohérence accrue des interventions.• Harmonisation des services basée sur les meilleures pratiques et sur le rehaussement de la pratique.• Réduction des duplications cliniques.
Gains non perçus par l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none">• Optimisation, économie d'échelle et gain d'efficacité des fonctions de soutien (finances, ressources humaines, qualité, etc.).• Gestion d'équipe unifiée et amélioration de la coordination à l'intérieur et entre les secteurs.• Réduction des duplications administratives.

Il est important de noter qu'une intégration horizontale et verticale est requise pour contrer efficacement la fragmentation des services [15].

1.4.1.2. Répartition du personnel dans la structure et couverture du territoire

En 2015, une majeure partie des organisations du réseau de la santé et des services sociaux au Québec ont été fusionnées en Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et en Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). La structure organisationnelle des CISSS et CIUSSS du Québec a été dictée dans ses grandes lignes, par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette stratégie avait pour but d'assurer une certaine harmonisation des structures parmi les régions, afin de faciliter les collaborations provinciales entre le ministère, les CISSS et CIUSSS ainsi qu'entre les CISSS, CIUSSS avec des interlocuteurs représentant les mêmes ensembles de services.



De ce fait, la marge de manœuvre des dirigeants des CISSS et des CIUSSS sur leur structure se situe à l'intérieur des directions préalablement déterminées par le ministère. Cette marge de manœuvre concerne principalement les stratégies de répartition du personnel dans celles-ci et la couverture du territoire.

1. Stratégie de répartition du personnel

Il existe plusieurs façons de répartir le personnel : en fonction des tâches à effectuer, du territoire à couvrir, des clientèles à desservir, des processus à effectuer, etc. Le choix d'une stratégie est fait en fonction des besoins des usagers, des services à offrir, des ressources disponibles et du contexte de l'organisation et de l'environnement. Donc, les stratégies doivent être contextualisées et évoluer dans le temps pour apporter une valeur ajoutée au fonctionnement de l'organisation. D'un autre côté, il semble important de soupeser la fréquence des changements de stratégie, afin d'offrir des phases de stabilité au personnel qui leur permettra d'atteindre une performance optimale dans leur fonction. L'évaluation de l'applicabilité de ces stratégies est un bon moyen pour prendre des décisions éclairées sur le sujet. Les tableaux suivants présentent des stratégies possibles selon les fonctions et la répartition par installation.

Tableau 10 : Stratégies de répartition du personnel selon les fonctions (mes tâches)

Spécialisation des tâches :	<p>Les avantages : Augmentation de l'expertise et de la capacité à remplir un mandat précis, possibilité pour l'utilisateur de rencontrer un spécialiste pour des problématiques rarissimes.</p> <p>Les désavantages : Ensemble des fonctions plus fragmentées, augmentation du besoin de coordination entre les fonctions dans les grandes organisations : difficultés possibles de connaître et de bien utiliser les ressources spécialisées. Pour les usagers : multiplication possible des rencontres avec des professionnels différents pour une même problématique.</p>
Regroupement des tâches ou des expertises similaires dans une même fonction (généraliste) :	<p>Les avantages : Meilleure vue d'ensemble des interventions connexes pour un employé. Gestion multisites facilitée. Pour l'utilisateur : rencontre d'un intervenant répondant à la majorité de ses besoins.</p> <p>Les désavantages : Possibilité de perte d'expertise et difficultés potentielles à exécuter tous les mandats. Pour l'utilisateur : possibilité que l'intervenant ne puisse répondre à des problématiques plus rarissimes.</p>
Regroupement des fonctions similaires de première et de deuxième ligne :	<p>Les avantages : Meilleure continuité des services pour l'utilisateur. Coordination et gestion des intervenants simplifiées. Développement d'un langage commun facilité entre les intervenants et meilleure cohérence des interventions auprès des usagers, de la population et des partenaires intersectoriels.</p> <p>Les désavantages : Difficulté possible d'adaptation des intervenants et des gestionnaires à leurs nouvelles fonctions. La conciliation des deux cultures ou modes de fonctionnement peut être difficile.</p>



Tableau 11 : Stratégies de répartition du personnel selon les installations (mes collègues)

<p>Regrouper le personnel en mini-organisation autonome :</p>	<p>Les avantages : Tous les services sont offerts au même endroit, autonomie du personnel en place; responsabilisation et créativité. Pour les usagers : orientation plus facile pour l'obtention d'un service, meilleure cohérence d'intervention pour les usagers ayant de multiproblématiques.</p> <p>Les désavantages : L'harmonisation entre les différentes installations potentiellement plus longue et difficile à effectuer, le développement de la culture fusionnée plus complexe à créer, les liens avec les autres installations ou territoires à créer.</p>
<p>Regrouper le personnel selon leur direction :</p>	<p>Les avantages : Harmonisation intradirection simplifiée, développement de l'expertise.</p> <p>Les désavantages : Synergie plus difficile à créer entre les directions qui ont des clientèles communes. Pour les usagers : orientation pour l'obtention des services plus complexe.</p>
<p>Regrouper le personnel selon les clientèles (par exemple : tous les services jeunesse d'un territoire dans un même lieu (Programme jeunesse, DI, DP, SM, Toxico)) :</p>	<p>Les avantages : Synergie entre les intervenants (se connaissent mieux, partage d'expertise, facilitation des liens pour la référence de l'utilisateur ou le travail d'équipe). Pour les usagers : meilleure cohérence d'intervention pour les usagers ayant de multiproblématiques.</p> <p>Les désavantages : Besoin de locaux pouvant regrouper ces intervenants, nouvelles méthodes de gestion du personnel à adopter.</p>
<p>Répartir le personnel d'une direction dans plusieurs installations :</p>	<p>Les avantages : Couverture territoriale, meilleure captation des besoins locaux, possibilité d'adapter les services en fonction des besoins des usagers, possibilité d'échange avec des intervenants des autres directions.</p> <p>Les désavantages : Synergie et harmonisation plus difficile dans la direction, transfert de l'expertise à organiser et difficultés possibles dans la gestion du personnel, par exemple la gestion à distance.</p>

2. Couverture du territoire

Le découpage du territoire permet de regrouper et de mieux coordonner un ensemble de services pour une population. Le tableau suivant rassemble les diverses façons que peut s'effectuer ce découpage.



Tableau 12 : Stratégies de découpage du territoire (mon territoire)

Par territoires naturels de consommation de services (ex. : habitudes de la population de Sainte-Marie) :	<p>L'avantage : L'orientation des usagers est facilitée.</p> <p>Le désavantage : Difficulté possible d'adaptation des services en fonction de la consommation des usagers.</p>
Par territoire de desserte des partenaires intersectoriels (ex. : commissions scolaires) :	<p>L'avantage : Facilite la coordination de services entre les partenaires, par exemple avec les commissions scolaires (très important pour la clientèle jeunesse, tous programmes confondus).</p> <p>Le désavantage : Répartition qui ne reflète pas nécessairement la consommation naturelle des services.</p>
Par territoire de desserte des anciennes organisations (ex. : les territoires des hôpitaux) :	<p>L'avantage : Moins de changements organisationnels.</p> <p>Le désavantage : Répartition qui n'est pas nécessairement en fonction de la consommation naturelle des services ou optimale selon la nouvelle réalité de l'organisation.</p>

Le découpage sélectionné devrait répondre aux besoins des usagers et de la population, faciliter le travail par territoire, et ce, tout en favorisant l'ouverture et la coopération entre les territoires. De plus, afin de s'assurer des arrimages entre les programmes, les gestionnaires et les intervenants, il s'avère pertinent que la cohérence des choix soit portée par la haute direction.



1.4.2. **Systèmes internes et leur intégration**

Les organisations du réseau de la santé sont composées de trois grands systèmes internes. Le premier est le système clinique, par lequel les soins et services sont rendus aux usagers¹. Le deuxième système est le clinico-administratif, qui fait référence aux processus et aux mécanismes d'organisation de travail et de collaboration entre les intervenants. Le troisième est le système de gestion (la gouverne et l'administratif) qui oriente, gère et soutient les systèmes cliniques et clinico-administratifs.

Le système clinique

Ce système comprend les interventions menées par un intervenant auprès d'un usager, qui visent à améliorer sa santé ou son bien-être. Les enjeux de ce système sont de :

- Dispenser les meilleurs soins ou services.
- Assurer la pertinence des interventions et une cohérence dans les approches et les messages offerts par les divers intervenants aux usagers.
- Établir un partenariat avec l'usager.

Les principaux acteurs de ce système sont les équipes de soins ou de services et les médecins.

Le système clinico-administratif (organisation des services)

Le clinico-administratif concerne la coordination et la gestion des activités, programmes, services et, de façon particulière, les processus et les mécanismes de collaboration entre les intervenants. L'enjeu de ce système est de soutenir le système clinique en mettant en place des processus et des mécanismes optimaux qui favorisent :

- Une saine gestion de l'accès.
- Des transitions fluides des usagers d'un service à l'autre.
- Une transmission des informations de l'usager sans redondance pour celui-ci.
- Une collaboration entre les intervenants ainsi qu'entre les usagers et les intervenants.
- La qualité des services.
- L'amélioration continue des processus.
- Une cohérence interne de ce système.

Les principaux acteurs de ce système sont les gestionnaires cliniques, les superviseurs cliniques, les conseillers-cadres, les professionnels ou les équipes en soutien direct aux intervenants et aux équipes terrain. Bref, les personnes qui soutiennent la pratique clinique et l'amélioration de la pratique.

¹ Selon les écrits, ce système peut inclure le système clinico-administratif, alors que d'autres écrits en font deux catégories distinctes.



Le système de gestion (MSSS / CISSS)

Le système de gestion comprend la gouvernance et l'administratif et il fait référence à la vision des services, à leur organisation, à la planification stratégique, au système de financement, à la gestion d'information, à la gestion des ressources humaines (RH), etc. L'enjeu de ce système est de soutenir les systèmes clinico-administratif et clinique en mettant en place les conditions pour que les différents systèmes puissent être cohérents entre eux :

- Une cohérence du système de gestion : dans les stratégies organisationnelles, les processus et les pratiques administratives.
- Une cohérence globale de tous les systèmes.

Les principaux acteurs de ce système sont les hauts dirigeants de l'organisation, le conseil d'administration, les directions de soutien (RH, finances, logistique, etc.).

Bien que ces systèmes aient des fonctions et des enjeux d'intégration qui leur sont propres, ils sont **interdépendants**. Chaque système influence l'atteinte des objectifs de l'autre et bien sûr, l'atteinte de la performance organisationnelle. Un manque d'intégration à n'importe quel niveau a un impact sur l'intégration à tous les niveaux (Banks, 2004; Kodner and Kyriacou, 2000 cités dans McAdam, 2008 [12]).

Plusieurs auteurs ont tenté de représenter ces systèmes, leur complexité et leur interdépendance. Ces représentations mettent en évidence la cohérence nécessaire à une intégration réussie. Deux groupes de ces auteurs, soit Contandriopoulos et Denis (2001) [7, 33] ainsi que Hollander et Prince (2008) [17], nous ont particulièrement inspirés pour définir ces systèmes dans la deuxième partie de ce document. Le premier aborde davantage la cohérence entre les systèmes, alors que le second définit les bonnes pratiques de chacun des systèmes. Ces deux modèles sont représentés à l'*Annexe A* et à l'*Annexe B*.

La *Section 2* du document élabore plus en détail les bonnes pratiques concernant chacun de ces systèmes.

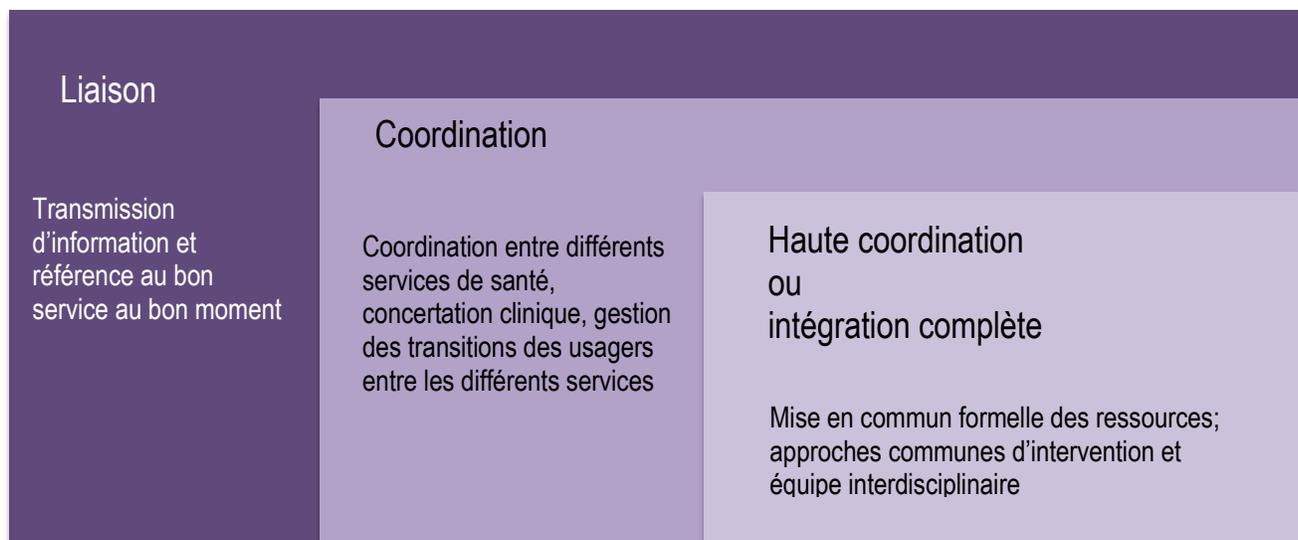
1.4.3. Intensité de l'interdépendance

Le troisième axe du concept de l'intégration des services est l'intensité des liens. Celle-ci réfère à un continuum d'interdépendance et de collaboration entre des équipes, des directions ou des organisations, allant d'une faible collaboration à une très grande interdépendance. Deux grandes catégories de liens semblent se dégager dans la littérature, soit les liens clinico-administratifs et cliniques ainsi que les liens d'un CISSS ou CIUSSS avec ses partenaires.

1.4.3.1. Intensité des liens d'interdépendance des systèmes clinico-administratifs et cliniques

L'intensité des liens d'interdépendance entre les différentes équipes ou directions cliniques peut varier grandement selon le service offert et la clientèle desservie. Walter Leutz (1999, cité dans [2]) propose une façon intéressante de représenter les variations de l'interdépendance. Plus l'interdépendance est grande, plus il est nécessaire de partager des processus communs, des pratiques communes, de prendre des décisions partagées, etc. (par exemple : dans une trajectoire de services). La *Figure 6* décrit les trois grands types de liens d'interdépendance selon leur intensité.

Figure 6 : Intensité des liens d'interdépendance



Source : Adapté de Leutz (1999) cité dans [2]

La liaison facilite la transmission d'informations telles que les résultats de tests, la référence et la transition des usagers entre les services. Il s'agit du premier lien d'intégration et il se traduit essentiellement par l'articulation de protocoles entre différents programmes, secteurs, organisations, intervenants et autres, qui déterminent quelle information est communiquée à qui et par des mécanismes efficaces de transmission (par exemple : un dossier usager informatique commun).

La coordination repose sur la concertation clinique et la coordination de la pratique des intervenants; c'est-à-dire sur la mise en place de mécanismes et d'outils structurants communs, entre les différents programmes, secteurs, organisations et autres. Par exemple : entre les soins aigus et les autres secteurs impliqués dans le suivi d'une clientèle; cette coordination peut varier en intensité et nécessiter une haute coordination pour certaines clientèles.

La **haute coordination** vise l'harmonisation des approches et des pratiques entre les intervenants, le partage d'informations, la mise en place d'un plan de traitement complet pour répondre aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux de l'utilisateur et une coordination fine des interventions entre les divers intervenants, afin d'offrir des services cohérents et continus. L'équipe interdisciplinaire comprend un groupe diversifié de membres (par exemple : des médecins, des infirmières, des psychologues et autres professionnels de la santé), en fonction des besoins de l'utilisateur [34]. La haute coordination tourne autour :

- D'une équipe interdisciplinaire.
- Des liens avec les partenaires internes ou externes de l'équipe.
- Du temps ou des enchaînements séquentiels ou simultanés des services.

Les **trajectoires de soins ou de services** sont généralement basées sur de la coordination et de la haute coordination. La notion de continuum réfère à la fois à la complémentarité et à la continuité des services ainsi qu'à des soins requis par les individus et une population.

La trajectoire de soins ou de services vise à réduire les nombreuses zones de discontinuités observées dans les modes traditionnels de distribution de services et à développer des mécanismes de systématisation du cheminement clinique des usagers.

La notion de trajectoire de soins ou de services permet de reconnaître explicitement que les usagers ont des besoins auxquels un ensemble d'acteurs et d'organisations (établissements du réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires, cabinets médicaux, etc.) doivent répondre.

Source : (Larivière, 2001 cité dans [7])

À titre d'exemple, le modèle RSIPA (réseau de services intégrés aux personnes âgées) correspond à de la coordination et de la haute coordination. Il est reconnu pour inclure la plupart des meilleures pratiques dans le domaine et pour répondre aux besoins complexes de la clientèle âgée.

La coordination est une entente négociée qui conduit au renoncement d'une part d'autonomie au bénéfice d'un bien commun mutuellement reconnu, soit la prise en considération globale des besoins de l'utilisateur [10].

Dans le cadre d'une **intégration complète**, une organisation, un programme-service, un secteur ou autre est responsable de la prise en charge de l'ensemble des services spécifiques requis par les usagers. Une intégration complète crée donc de nouveaux programmes ou entités, et les ressources de multiples systèmes y sont regroupées.

Les distinctions sont importantes puisque, selon Leutz, **ce n'est pas l'ensemble de tous les usagers qui a besoin de services intégrés avec des liens de grande intensité**. Certains usagers peuvent obtenir des services adéquats à leur situation dans un système plus régulier ou traditionnel, s'ils ne présentent pas une ou des conditions requérant plusieurs services et un suivi complexe ou à plus long terme. Cependant, les usagers présentant des besoins complexes requièrent des services bien intégrés par des liens d'interdépendance d'une grande intensité.

Il est pertinent de se rappeler les trois principes suivants considérant l'intégration des services [16] :

- Certains services peuvent être intégrés pour tous, pour un meilleur fonctionnement.
- Certaines clientèles ont besoin de services très bien intégrés, d'autres de quelques services intégrés.
- Il n'est pas possible d'intégrer tous les services, pour toutes les clientèles.

L'intensité des liens d'interdépendance doit donc être ajustée, en fonction des types de profils de besoins des usagers.

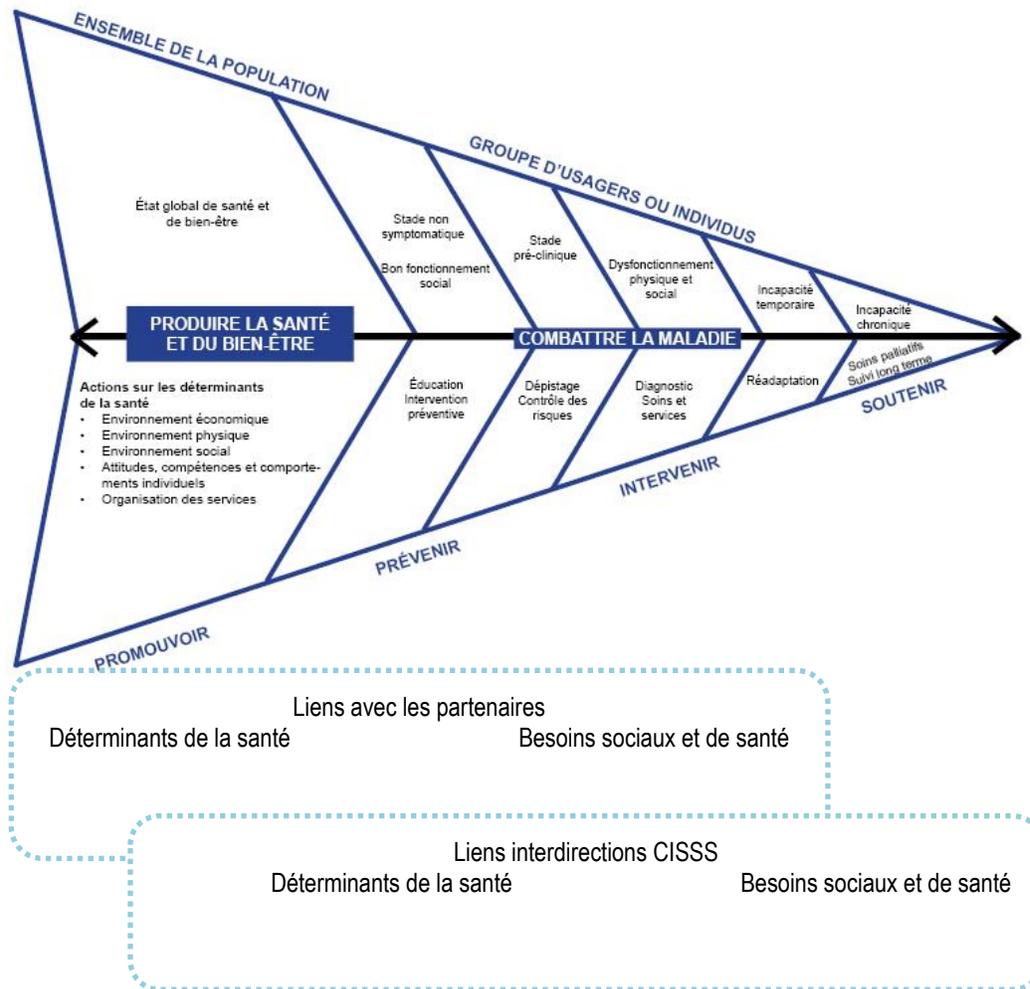
1.4.3.2. Intensité de l'interdépendance avec les partenaires

Les liens de collaboration des CISSS et CIUSSS avec leurs partenaires de la santé ou de l'intersectoriel servent essentiellement à atteindre des objectifs qu'ils ont en commun. Ces derniers visent à mieux répondre aux besoins des groupes d'usagers ou de la population et à être plus efficaces dans la gestion de l'organisation.

Un premier objectif commun est de **répondre à des besoins psychosociaux ou de santé des usagers** et se traduit entre les partenaires par le développement d'une vision commune et d'un meilleur arrimage entre les services. En plus des CISSS et CIUSSS, les partenaires du secteur de la santé peuvent être les organismes communautaires, les ressources intermédiaires d'hébergement, les services ambulanciers, les médecins de famille, les professionnels en privé ou autres. Des partenaires de secteurs complémentaires peuvent également être impliqués dans la réponse à des besoins de santé ou de services sociaux des usagers tels que la justice, par exemple : pour les jeunes contrevenants et les services de police, entre autres, pour la prévention du suicide.

Un second objectif commun est de **répondre à des besoins populationnels**. Les actions pour répondre à ces besoins sont centrées, en grande partie, sur les déterminants de santé. La diversité des déterminants laisse présager que la tâche déborde largement le champ des services du secteur de la santé. À l'évidence, il s'agit plutôt d'une action qui repose sur l'engagement de plusieurs acteurs intersectoriels : les élus, les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants qui travaillent dans différents secteurs d'activité ainsi que les citoyens sensibilisés à la question [35]. Ces secteurs sont généralement complémentaires au réseau de la santé. Les acteurs proviennent, par exemple, des commissions scolaires et des écoles, du réseau des centres de la petite enfance (CPE), des municipalités, du ministère de la Justice, des services policiers et à des organismes reliés à l'employabilité ou à la lutte contre la pauvreté. L'exercice de la caractérisation des milieux permet d'identifier des objectifs locaux d'intervention entre les partenaires. Pour ces objectifs, la création des CISSS et CIUSSS facilite le partage des bons coups et la coordination de différents projets.

Figure 7 : Objectifs du réseau de la santé et types de collaboration avec les partenaires



Source : Adapté du « Continuum de santé et de services Naître, grandir et vieillir en santé » de l'IPCCD, 2013 [1]

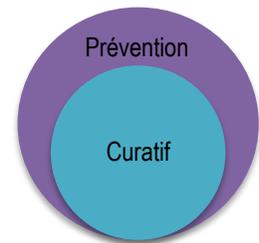
Un troisième objectif commun est d'**assurer la pérennité de l'organisation et l'innovation**. La collaboration avec les partenaires peut découler d'une stratégie de recrutement d'effectifs. Par exemple, l'accueil d'étudiants en stage qui interpelle les milieux d'enseignement pour attirer des finissants; la promotion de la qualité des écoles dans la région pour les enfants des nouveaux travailleurs; la mise en valeur de la qualité de vie de la région qui interpelle les villes et les élus, etc. Il peut s'agir également d'une stratégie de transfert de connaissances et d'innovations qui suppose, entre autres, des rapprochements avec les milieux universitaires et les chercheurs pour réaliser de la recherche en collaboration avec le CISSS ou CIUSSS. Cette collaboration peut permettre d'innover, d'obtenir des données locales supplémentaires pour l'amélioration des services et faciliter le développement de la culture de l'utilisation des données probantes dans le CISSS ou CIUSSS.

Un quatrième objectif commun est de **soutenir le développement cohérent en santé et services sociaux de la région** par l'octroi de subventions aux organismes communautaires. Ce type de lien a la particularité que le CISSS et les organismes communautaires subventionnés soient liés par une subvention ou un contrat, leur donnant ainsi

Peu importe le type de lien privilégié, la collaboration des intervenants et des partenaires est facilitée :

- Par une gouvernance de type collaborative [6, 19].
- Lorsque les leaders du groupe s'assurent que les membres produisent de façon optimale (enjeu de production) et que les relations entre les membres soient facilitantes pour réaliser le travail (enjeu de solidarité) [36, 37].
- Lorsque les « leaders » s'entendent sur une vision claire, des objectifs de travail précis et les moyens pour les mettre en œuvre.

Avec la création des CISSS et CIUSSS, chaque organisation est devenue un partenaire majeur pour sa région. En plus de couvrir l'ensemble de la région, les CISSS et CIUSSS rassemblent maintenant toutes les directions cliniques. Chacune de ces directions, incluant la Direction de la santé publique et les directions de soutien, fait généralement affaire avec les mêmes partenaires pour intervenir auprès de différentes clientèles, pour agir sur les déterminants de la santé, pour améliorer la gestion, pour octroyer des subventions ainsi que pour assurer la pérennisation. La création des CISSS et CIUSSS permet une meilleure coordination et cohérence entre les directions dans le type de collaboration souhaité, les objectifs, les actions retenues et les messages adressés aux partenaires. Bref, l'organisation vise à offrir une voix unique et cohérente aux partenaires.



1.4.4. Intégration de la prévention dans les services curatifs

La littérature sur l'intégration des services en santé et services sociaux aborde indirectement le sujet de l'intégration de la prévention dans les services curatifs, tandis que la littérature en santé publique en fait état depuis plusieurs années. L'intégration de la prévention dans les services curatifs peut se mesurer par les données de surveillance et se concrétiser, par exemple, par les pratiques cliniques préventives. Cette intégration contribue à produire davantage de santé, en plus de combattre la maladie, quel qu'en soit le degré d'atteinte à la santé ou de bien-être (par exemple : l'importance de bien manger ou encore d'être bien entouré, aide à renforcer l'effet d'un traitement).

Les données de surveillance pour appuyer un diagnostic de la santé de la population

Au même titre qu'un diagnostic clinique est appuyé sur des résultats de laboratoire, les diagnostics de santé de la population s'appuient sur les données de surveillance qui sont rendues disponibles au Québec par le MSSS ainsi que l'INSPQ, et ce, en collaboration avec les directions de santé publique des CISSS et des CIUSSS.

Ces données permettent de mesurer :

- Des résultats de santé comme des issues (par exemple : la mortalité et les causes de décès, l'espérance de vie, la survie, etc.).
- La fréquence de la maladie comme l'incidence (nouveaux cas) et la prévalence (personnes qui vivent avec la maladie, comme le cancer ou le diabète).
- La fréquence des précurseurs de la maladie (par exemple : l'hypertension artérielle, le surplus de poids ou l'obésité, l'hypercholestérolémie, etc.).
- Les facteurs qui influencent l'état de santé comme le contexte de vie (degré de favorisation sociale et matérielle, qualité du logement), le comportement (le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité, la consommation excessive d'alcool) et les environnements (accès à des services, à des aliments sains, à un soutien social, etc.).

Ces données, de plus en plus accessibles, permettent de faire de meilleurs liens entre les résultats de santé et les causes des problèmes. Cela permet d'obtenir un portrait plus précis de la santé de la population dans une région ou une communauté spécifique. Ce portrait précis est significatif pour les gestionnaires et les intervenants du curatif. Il leur permettra de mieux comprendre et d'ajuster les actions préventives à prendre avec leur clientèle. Il permet ainsi de poser de meilleurs diagnostics de santé de la population et de prévoir des mesures adaptées au contexte pour les améliorer [18].

La figure suivante présente des exemples d'indicateurs en fonction des stades d'évolution d'une maladie ou d'un problème psychosocial.

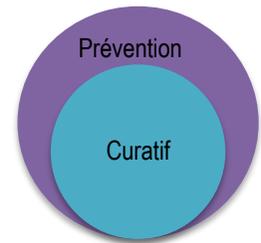
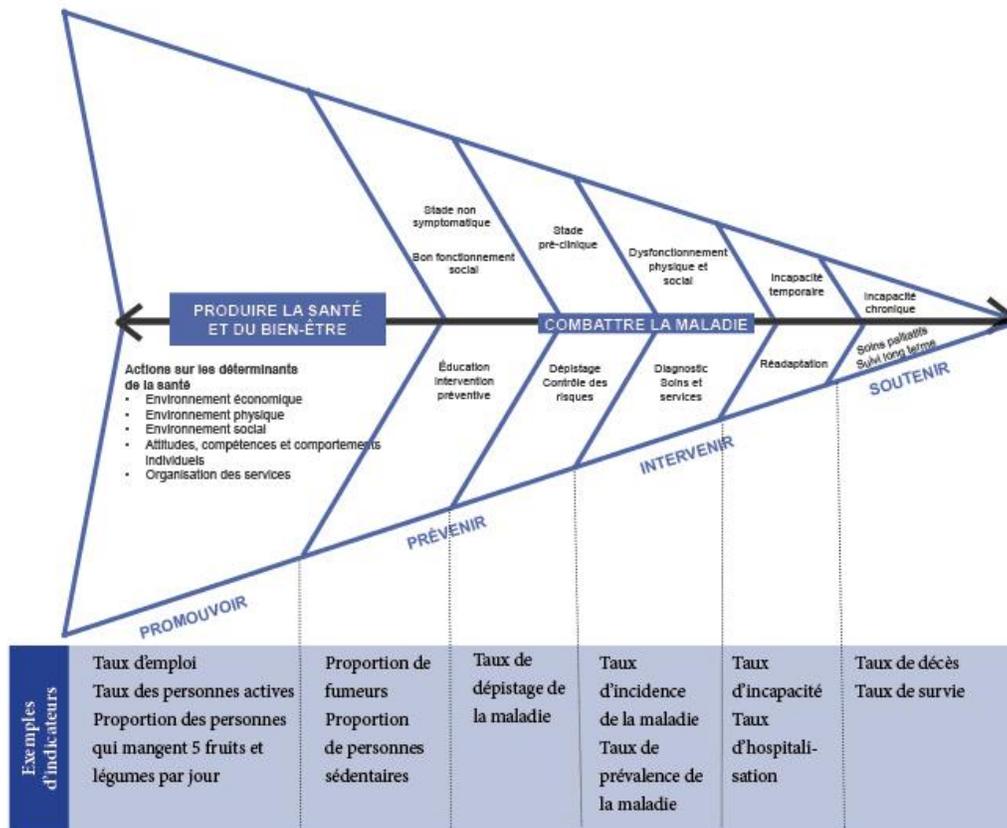


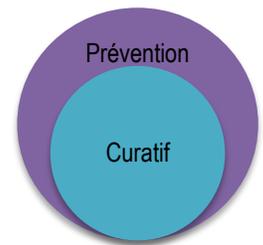
Figure 8 : Exemples d'indicateurs populationnels en fonction des stades d'évolution d'une maladie ou d'un problème psychosocial



Les pratiques cliniques préventives

Le constat est implacable, même les usagers avec une condition ou des maladies chroniques, qui sont souvent nos plus grands consommateurs de services passent environ moins de 1 % de leur temps en contact avec un professionnel de la santé. Le reste du temps, ils prennent soin d'eux et sont soutenus par leurs proches ou des soignants qu'ils embauchent [38].

Ce constat nous amène à réfléchir sur l'importance de réunir nos forces pour intervenir dans le même sens ainsi que sur les interventions que nous devrions faire pour soutenir l'autonomie des usagers et de leurs proches dans la communauté, et ce, dans une perspective d'intégration des services.



Une possibilité est de profiter de chaque contact avec les usagers pour les soutenir à améliorer et à gérer leur santé. Les actions préconisées sont :

- Encourager l'autonomie des usagers en établissant un véritable partenariat avec eux.
- Améliorer l'information à laquelle les usagers ont accès; non seulement des conseils cliniques, mais aussi à propos de leur condition et de leur historique de santé (verbal et écrit).
- Les aider à rester en santé, faire des choix éclairés sur les soins, gérer leur condition et éviter les complications.
- Les encourager à adopter de saines habitudes de vie.

Plusieurs des actions préconisées se rapportent aux pratiques cliniques préventives (PCP). Ces dernières réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un clinicien auprès d'un usager, par exemple le « counseling » sur les habitudes de vie, le dépistage ou la détection de certaines maladies ou de facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie² [39].

Les PCP peuvent s'effectuer à différents niveaux de prévention (Guay (2013), cité dans Bustros-Lussier 2014 [39]) :

- Prévention primaire : vise une amélioration de la résistance et la réduction des facteurs de risque.
- Prévention secondaire : vise une détection des maladies à un stade précoce, quand la maladie est facilement curable.
- Prévention tertiaire : vise une réduction des complications, des incapacités chroniques et de la mortalité prématurée.

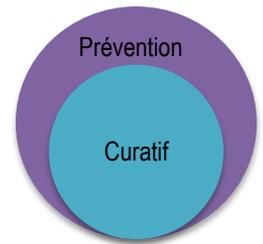
Les pratiques organisationnelles qui favorisent l'intégration des PCP sont, notamment :

- L'identification, par les équipes cliniques, des besoins de prévention spécifiques aux profils de leurs usagers.
- L'identification et la mise en place de moyens et procédures pour réaliser les PCP liées aux besoins et aux profils des clientèles propres à chacune des équipes cliniques [40].

Il est donc pertinent que chaque équipe adapte ses stratégies de PCP à ses clientèles spécifiques, par exemple :

- a. Les techniciennes en radiologie qui font la promotion de certaines saines habitudes de vie spécifiques à la condition, auprès des usagers qui sont en traitement pour le cancer.
- b. Des intervenants en santé mentale habilite les usagers à mieux détecter les premiers symptômes d'une crise ainsi qu'à acquérir et maintenir une saine hygiène de vie pour éviter les crises.
- c. Des salles d'attente dans lesquelles passent en boucle des capsules vidéo sur les saines habitudes de vie et leur importance.
- d. Des oncologues, urgentologues, omnipraticiens ou autres, qui soulignent l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie spécifiques à la condition de leurs usagers.

² La chimioprophylaxie est le fait de prescrire des médicaments à visée préventive comme la vitamine D.



La PCP doit s'intégrer aux pratiques courantes des services de type curatif. Plusieurs stratégies de PCP demandent très peu de temps à effectuer et s'avèrent efficaces. Par exemple, lorsqu'un oncologue souligne l'importance de bien manger ou de faire de l'exercice, les usagers ont tendance à prendre au sérieux la recommandation et à la mettre en action [30].

La réalisation systématique des PCP à l'échelle de toutes les directions cliniques permet d'offrir un message commun de prévention aux usagers, peu importe le service qu'ils reçoivent, les encourageant et les soutenant ainsi à adopter et maintenir de saines habitudes de vie. En plus d'être une bonne pratique, les PCP sont un excellent moyen de cohérence interne entre les directions cliniques, les équipes et les intervenants. Chacun est spécialisé dans son domaine, mais tous portent un message de prévention axé sur les mêmes concepts préventifs.

1.5. Obstacles à l'intégration

Il peut y avoir plusieurs obstacles face à une intégration de services. Ces obstacles représentent autant de défis dans un projet d'intégration, car s'ils ne sont pas adressés et le projet risque de ne pas atteindre ses buts. Le tableau suivant expose quelques exemples de ces obstacles ayant été relevés par Hollander et Prince (2008), à la suite d'un processus de consultation d'experts.

Tableau 14 : Principaux obstacles pour la coordination et l'intégration des services

Différentes philosophies	Ces différences peuvent être de grandes barrières à l'intégration. Par exemple, les philosophies d'interventions médicales versus psychosociales.
Chasses gardées et luttes de pouvoir	Les préoccupations de perdre des ressources et du pouvoir peuvent prendre préséance sur les besoins des usagers (gestion en silo ou budgets en silo).
Communications et systèmes d'information intégrés inadéquats	Les constantes réévaluations des usagers dans les trajectoires de soins et de services sont vues comme onéreuses et entraînant un délai indu dans l'accès aux services. Les infrastructures en technologie d'information sont souvent inadéquates [41].
Organisation des services en silo	Les services organisés en silo ont un effet très négatif sur l'intégration (chaque entité met alors l'accent sur sa zone de responsabilité, et il y a peu d'efforts à réduire les dédoublements ou à améliorer l'efficacité de l'ensemble du système).
Ressources humaines	Manque de ressources; instabilité des ressources; formations peu adaptées à un contexte d'intégration.
Régionalisation	Selon les territoires, différences dans les services ainsi que dans l'éligibilité aux services (équité des services).
Éligibilité et frais aux usagers	Inégalités selon les provinces, régions et territoires (par exemple : les frais pour les services à domicile).
Problématique d'accès (guichet unique, évaluation standardisée et gestion de cas)	L'accès n'est pas toujours par guichet unique. Dédoublements fréquents des évaluations pour chaque nouveau service. Il y a des manques et des insuffisances concernant la gestion de cas.
Rurale versus urbaine (différences dans l'offre de services)	Il y a généralement moins de services accessibles en région rurale.
Coordination des services	Problèmes de communications intersectorielles; différents modèles et philosophies. Des mécanismes adéquats de communication pourraient aider.
Les budgets	Critères d'allocation des budgets peu cohérents avec un modèle visant l'intégration des services.

Source : Traduit et adapté de Hollander et Prince (2008) [17]

1.6. Intégration : les facteurs de succès

Les facteurs de succès sont des leviers ou des conditions de mise en œuvre qui facilitent la réalisation de tout projet d'envergure tel qu'une intégration optimale à l'échelle d'un CISSS.

Les principaux sont :

a. Une cohérence entre la vision, les valeurs et les actions

La cohérence doit se traduire dans les processus et pratiques en place ainsi que dans les projets et processus de changement [19]. Cette cohérence est favorable à la mise en place d'un rapport de confiance entre les acteurs, à plus de clarté, de constance des règles et à une performance durable [19].

b. Une capacité à changer

Au-delà de la gestion du changement par projet, l'organisation doit avoir des capacités génériques à changer qui facilitent tous les changements que l'organisation requiert. La capacité à changer doit se mettre en œuvre au niveau stratégique, systémique et opérationnel [42].

Capacités stratégiques : expliquer la vision et légitimer le changement

- Un « leadership » fort. Les « leaders » donnent une vision et des attentes claires [41]. Les leaders doivent, notamment, promouvoir que :
 - L'intégration des services et des systèmes doit s'appuyer sur les besoins de la communauté et être centrée vers de meilleurs services aux usagers [19];
 - Le changement doit conduire à une amélioration de l'expérience de la trajectoire de soins et de services des usagers qui est visible pour les usagers;
 - La collaboration entre les équipes, les directions internes et les partenaires externes est essentielle à la réalisation de l'intégration des services. Elle doit s'actualiser dans une optique de coresponsabilité et d'interdépendance pour le bien des usagers.
- **Une stratégie de communication**

Les « leaders » de tous les niveaux, particulièrement les gestionnaires les plus près des équipes terrain, doivent communiquer et expliquer le sens, en plus de faire le pont entre la vision et les changements structurels. Ils suscitent le changement en impliquant les intervenants à la réflexion et à la réalisation de l'intégration. Les gestionnaires doivent redéfinir leurs pratiques et habiletés de gestion en fonction de la vision de l'intégration des services et des moyens les plus efficaces pour y arriver [3]. De plus, ils doivent être outillés et soutenus pour le faire.

Capacités systémiques et tactiques : soutenir la réalisation du changement

Mettre en place des processus et des leviers pour favoriser la réalisation du changement :

- Les « leaders » de tous les niveaux facilitent le développement d'une culture de mesure, d'amélioration continue, d'innovation et d'intégration des données probantes dans la pratique, particulièrement à l'échelle des équipes [3, 43].
- L'organisation met en place une démarche structurée et dynamique pour construire un plan d'action adapté au contexte, au projet de changement et aux parties prenantes [44, 45], et ce, afin de :
 - Soutenir le personnel et les gestionnaires dans l'appropriation des nouvelles habitudes de travail;
 - Préparer la structure et les processus pour accueillir ces nouvelles habitudes de travail.
- Tous les collaborateurs sont invités à identifier et adresser les différences culturelles tout au cours du projet d'intégration [6].

Capacités opérationnelles : soutenir l'intégration du changement dans la pratique et assurer la pérennité

- L'organisation met en place des moyens et des processus pour faciliter l'intégration concrète des changements dans la pratique par les acteurs [43].

c. Une gestion plus organique

Le contexte actuel favorise une gestion de contrôle ainsi qu'une gestion de changement de style «top down». Bien que ces façons de faire soient utiles dans certaines circonstances, une gestion uniquement ou grandement basée sur ces concepts ne facilite pas les changements de culture que nécessite l'intégration des services [46]. Cela peut ralentir considérablement le changement et même le compromettre. Créer une nouvelle organisation, née de la fusion de plusieurs établissements ayant chacun leur propre histoire et culture, exige du temps et un espace de mise en commun pour créer ce nouveau *nous*.

Les meilleures pratiques pour créer ce *nous* peuvent se résumer par :

- Utiliser l'intelligence collective de tout le personnel :
 - Utiliser des processus ou méthodes de gestion favorisant une participation significative des parties prenantes dans le développement de la nouvelle culture organisationnelle, par exemple pour l'identification des valeurs de l'organisation ou de nouvelles méthodes de travail des équipes.
- Favoriser des approches de gestion du changement de type délibérément émergente [47], par exemple :
 - Définir la vision et les grandes lignes de l'intégration des services et de la performance attendue à long terme [6];
 - Déterminer un cadre qui donne une vision et guide la décision collective sur l'intégration organisationnelle des services [6];
 - Déterminer un cadre de performance qui intègre les concepts de l'intégration des services et la mise en place des leviers de performance tels que la collaboration (avec l'utilisateur et sa famille; entre les intervenants et les directions; avec les médecins et avec les partenaires intersectoriels); l'amélioration continue et le transfert de connaissances.
- Adapter les grandes lignes de l'intégration des services aux situations particulières des directions et des équipes, par exemple :
 - Faire confiance aux équipes pour la réalisation de l'intégration;
 - Situer la prise de décision là où le travail se fait;
 - Utiliser une approche pluraliste (tenir compte des particularités des milieux d'interventions; équilibre entre prescription et adaptation).
- Instauration de mécanismes de coordination et de mesure dans toute la structure [6], par exemple les salles de pilotage.

Bref, le comment est aussi important que le quoi. L'intégration des services souhaitée vise à mieux coordonner l'interdépendance entre les services et les systèmes internes. Les stratégies et processus utilisés pour atteindre cet objectif doivent traduire la vision et les valeurs du travail ensemble.

SECTION 2

*Cadre d'intégration des services dans le contexte de
transformation du CISSS de Chaudière-Appalaches*

2. Cadre d'intégration des services dans le contexte de transformation du CISSS-CA

La section deux intègre les diverses notions d'intégration des services dans un cadre pour soutenir les travaux de transformation au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Elle met en évidence le besoin de cohérence entre les différents systèmes internes du CISSS de Chaudière-Appalaches :

- a. **Une cohérence entre la mission, la vision, les valeurs et les stratégies organisationnelles de la gouverne ainsi que de l'administratif, pour intégrer les services qui permet à l'ensemble des 12000 employés :**
 - D'être à la fois dirigés, concertés et autonomes dans la réalisation de l'intégration des services.
 - D'utiliser leur intelligence collective.
 - D'être soutenu dans le changement.

- b. **Une cohérence dans ses accès, processus et trajectoires, pour offrir aux usagers une démarche :**
 - Simple.
 - Ordonnée.
 - Efficace.

- c. **Une cohérence dans les interventions de tout son personnel, ses services et son environnement, pour offrir un message clair aux usagers, à leurs proches et à la population sur :**
 - L'importance de la prévention en santé et bien-être.
 - Le soutien à l'autonomie des usagers et de leurs proches.
 - Le professionnalisme dans les interventions en santé et bien-être.

La cohérence est intimement liée à l'intégration des services, à tous les processus qui sont interreliés ainsi qu'au travail de collaboration associé.

Le cadre des meilleures pratiques en intégration des services présente les pratiques qui ont démontré leur efficacité à rehausser la cohérence entre les systèmes d'une organisation et à l'intérieur de chacun des systèmes internes.

Afin de proposer un cadre des meilleures pratiques, une synthèse a été effectuée à partir de plusieurs cadres et modèles de la littérature. Plusieurs auteurs ont travaillé sur le concept d'intégration des services en santé, notamment quatre auteurs qui sont :

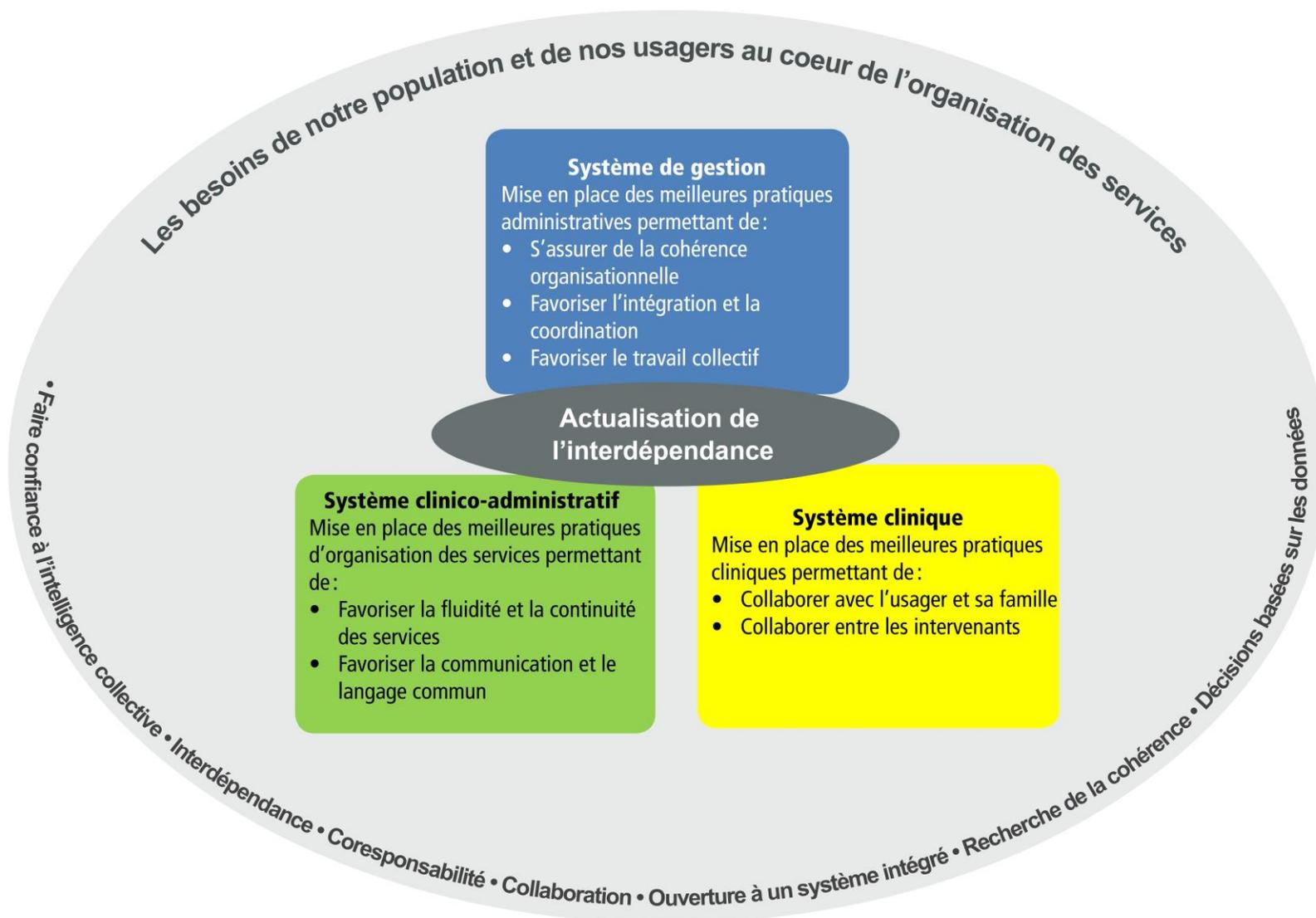
- Denis et Contandriopoulos (2001) cité dans [7, 33].
- Hollander et Prince (2008), qui présentent un cadre bâti pour répondre aux obstacles identifiés dans le tableau 13 [17].
- Kodner et Spreeuwenberg (2002) cité dans [12].
- Banks (2004) cité dans [12].

La *Figure 9* illustre le *Cadre des meilleures pratiques en intégration des services*. Il contient cinq grands éléments, devant fonctionner en cohérence les uns avec les autres. Il s'agit de :

- L'adhésion à des principes collectifs.
- Le système de gestion.
- Le système clinico-administratif.
- Le système clinique.
- L'actualisation de l'interdépendance des systèmes.

Chacun de ces grands éléments est abordé de façon individuelle dans les pages suivantes (*Section 2.1 à 2.5*), et ce, afin de bien détailler les meilleures pratiques reliées à chacun d'eux. Bien que les éléments soient présentés dans cet ordre, l'analyse des systèmes et les travaux d'intégration qui en découlent devraient faire l'objet d'une réflexion quant au meilleur ordonnancement des travaux, qui peut différer d'une direction à l'autre. Par exemple, la Direction du programme jeunesse du CISSS de Chaudière-Appalaches a débuté par des travaux touchant l'intégration du système clinique, qui influence le système clinico-administratif et qui aura, éventuellement, un impact sur les structures de la direction. Au même moment, la direction générale travaille sur l'adhésion aux principes collectifs à l'échelle de l'organisation.

Figure 9 : Cadre des meilleures pratiques en intégration des services au CISSS-CA



2.1. Adhésion à des principes collectifs

Ce cadre repose sur l'adhésion à des principes collectifs. Ces derniers soutiennent l'intégration des services en indiquant les meilleures façons de réfléchir, de prendre des décisions et d'agir collectivement à l'échelle de l'organisation. Ils sont directement reliés aux valeurs et à la culture du réseau et, lorsque ceux-ci sont en cohérence, ils soutiennent le sens de l'intégration des services; c'est-à-dire les raisons pour lesquelles il est important d'intégrer les services. Les principes sont liés aux valeurs et à la culture, puisque « *le partage des valeurs est nécessaire au fonctionnement harmonieux du réseau de la santé et de sa viabilité. Réciproquement, le fonctionnement d'une organisation a un impact notable sur les valeurs véhiculées au sein de l'organisation, sur le climat de travail et sur la culture organisationnelle [21]* ». Les principes et les valeurs constituent donc la boussole des processus décisionnels. Non seulement il faut intégrer des services, mais le faire en intégrant aussi des principes collectifs porteurs de sens. Les principes collectifs qui favorisent l'intégration des services sont :

1. Mettre les besoins de notre population et de nos usagers au cœur de l'organisation des services. C'est s'assurer de tenir compte des besoins de santé, de mieux-être des usagers et de leurs proches et de leurs expériences des soins et services dans l'amélioration des soins, des services et des trajectoires. C'est également de favoriser l'amélioration de la santé de notre population par nos décisions et nos actions. Il s'agit du principe phare qui doit, en toute occasion, guider les actions pour l'intégration.
2. Mettre en place une cohérence entre la mission, la vision, les valeurs, les principes de gestion et les systèmes internes. Cette cohérence permet aux acteurs de s'investir dans un projet collectif. Elle donne lieu à une vision, des finalités et des référents communs.
3. Faire confiance à l'intelligence collective. Une vision claire et bien communiquée permet à tout le monde de se sentir concerné et acteur de l'intégration des services. Ainsi, chacun sait quoi faire et dans quel esprit de collaboration le faire. La force de transformation en est décuplée.
4. Avoir l'ouverture nécessaire à un système intégré :
 - Entre les médecins de famille et les hôpitaux.
 - Entre la santé et le bien-être [17].
 - Entre la prévention et les soins curatifs.
 - Autres.
5. Miser sur la collaboration avec les usagers et leurs proches (partenaires de leurs soins et partenaires d'amélioration) ainsi qu'entre les directions, les dirigeants, les intervenants; avec les médecins et les partenaires dans un esprit d'interdépendance et de coresponsabilité.
6. Baser les décisions sur les données probantes, afin d'améliorer le système et faciliter l'adhésion au changement.

L'adhésion à des principes collectifs est l'une des premières formes d'intégration à planifier et réaliser. Elle est cruciale, puisqu'elle porte le sens des changements.

La réponse aux besoins des usagers est le principe phare qui doit guider, en toute occasion, les actions. Il est au cœur de la notion d'intégration. [12]

2.2. Meilleures pratiques d'intégration du système de gestion

Les meilleures pratiques, liées à la gouvernance et l'administratif, invitent les dirigeants à s'assurer que chacune de leurs décisions ainsi que tous les processus et les interventions soutiennent l'intégration des services. Les principales pratiques recommandées pour ce système sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 15 : Meilleures pratiques d'intégration liées au système de gestion

1. S'assurer de la cohérence organisationnelle

- Entre les systèmes administratifs, clinico-administratifs et cliniques :
 - Une structure administrative unique ou hautement coordonnée [17];
 - Une gouvernance commune pour prendre les décisions et assumer les responsabilités [6];
 - Évaluation globale des enjeux et des besoins;
 - Planification intersectorielle.
- Entre différentes directions administratives ou de soutien :
 - Avoir des mécanismes internes pour développer la cohérence des pratiques et des processus;
 - Avoir une vision commune du service de soutien dans la réalisation de la mission;
 - S'assurer d'offrir des services coordonnés et complémentaires;
 - Développement d'un langage commun.
- Entre les directions cliniques :
 - Mettre en place des pratiques administratives qui facilitent et soutiennent la réalisation des activités cliniques et clinico-administratives.
- Avec les partenaires :
 - Prendre des décisions qui ont un impact positif sur la santé de la population et les déterminants de la santé.

2. Favoriser l'intégration et la coordination

- Mécanismes ou systèmes incitatifs pour une gestion basée sur l'intégration des données probantes dans les décisions [17].
- Pratiques financières qui favorisent la coordination des services :
 - Une enveloppe budgétaire unique ou une planification coordonnée des budgets [17, 19];
 - Une analyse financière sur le coût à l'activité basée sur la trajectoire de soins ou de services et non seulement sur une activité (par exemple : le coût de la chirurgie de la hanche comparativement à l'analyse des coûts de la trajectoire de soins, incluant les réadmissions pour la même problématique [48, 49]);
 - Faciliter une flexibilité interprogrammes (par exemple : aide en période de pointe, selon les variations du niveau des demandes; aide en soutien et en expertise, etc.). Pour ce faire, un ajustement au niveau du système de financement et du type de reddition de comptes est prérequis, car il constitue un obstacle à une gestion commune des programmes.
- Outils d'analyse de la performance organisationnelle qui permettent d'intégrer les différentes composantes de la performance :
 - Mesurer l'expérience de la trajectoire de soins et de services des usagers [18] sur des dimensions reliées aux approches centrées sur l'utilisateur;
 - Avoir des outils ou un système d'information intégré sur la performance de l'organisation tel que la matrice de cohérence dans les salles de pilotage;
 - Utiliser des outils de gestion qui favorisent la cohérence, par exemple : les indicateurs en cascade permettent de fixer des objectifs généraux pour l'ensemble de l'organisation, de les préciser et les adapter selon chacune des directions et équipes de soins ou de services. Ainsi, toutes les équipes travaillent dans le but d'atteindre le même objectif général, mais avec des moyens qui peuvent être différents selon leur réalité [50].
- Soutenir l'utilisation d'outils de gestion intégrant les coûts à l'activité, la qualité et l'accès :
 - Exemple du modèle de Ste-Justine [51].

3. Favoriser le travail collaboratif

- Pratiques de gestion qui favorise le travail collaboratif entre les intervenants, entre les équipes et entre les directions :
 - Recherche des profils de compétences qui facilitent l'actualisation de l'intégration des services tels que la capacité de travailler en équipe ainsi que la capacité de tenir compte des autres interventions ou actions du système dans son travail;
 - Développement des compétences collaboratives;
 - Évaluation et appréciation du personnel qui soutiennent l'intégration (collaboration interprofessionnelle, prise en compte de l'interdépendance dans la responsabilité envers l'utilisateur, etc.).
- Moyens permanents qui permettent une communication bidirectionnelle entre tous les paliers de l'organisation [19].
- Activités de développement des intervenants axées sur l'approche réflexive et la responsabilisation (jugement, éthique, résolution de conflit, etc.).

4. Soutenir la capacité à changer

- Avoir des capacités génériques organisationnelles à changer :
 - Mettre en œuvre un plan de changement;
 - Mettre en place des mécanismes de communication bidirectionnelle (ouverture au dialogue, à la discussion et à l'évolution);
 - Mise en place de mécanismes ou processus de soutien de l'appropriation des nouvelles façons de faire que demande le changement.

L'Annexe C contient des outils d'intégration des services pour le système de gestion.

2.3. Meilleures pratiques d'intégration des systèmes clinico-administratif et clinique

Plusieurs bonnes pratiques cliniques d'intégration des services sont présentées dans la littérature. La plupart d'entre elles concernent des clientèles spécifiques avec des maladies ou des conditions chroniques. Ces clientèles nécessitent une grande collaboration ainsi qu'une grande coordination entre les acteurs.

Cependant, il s'avère également important d'identifier les pratiques d'intégration qui s'adressent à l'ensemble des usagers, afin d'offrir une cohérence dans les systèmes clinico-administratifs et cliniques.

Comme nous avons vu dans la première partie de ce document, les besoins de l'ensemble des usagers peuvent être regroupés selon quatre profils (veuillez vous référer au *Tableau 5*). Ces besoins peuvent être reliés au modèle d'intensité des liens d'interdépendance établi par Leutz (1999) : la liaison, la coordination³ et l'intégration complète (cité dans [52] et [12]). Pour la définition de ces termes, vous référer à la *Section 1.4.3*. La *Figure 9* illustre la concordance possible entre l'intensité à mettre en place et les profils de besoins.

³ Dans le modèle de Leutz, l'intensité de la coordination est plus ou moins grande selon les besoins. Pour simplifier ici la présentation, nous avons ajouté un lien représentant une plus grande intensité afin de distinguer ces variations, soit la haute coordination.

Figure 10 : Intensité des liens d'interdépendance et les types de profils de besoins

	Liaison			
	Coordination		Haute coordination Intégration complète	
	Profil A	Profil B	Profil C	Profil D
Profils de besoins	Besoins ponctuels ou à court terme	Besoins persistants Condition chronique légère à modérée	Besoins multiples Condition chronique modéré à sévère	Besoins multiples, Condition chronique sévère
Capacité d'adaptation de l'utilisateur	Bonne	Bonne à modérée	Modérée à faible	Faible
Types de services	Accès aux services [15]	Soutien régulier à fréquence variable	Soutien régulier, fréquent et coordonné	Accompagnement constant

- La liaison :**
 La liaison est à mettre en place dans des services répondants à une population générale avec un *Profil A*, ne requérant pas de coordination particulière des soins ou services. Ces mêmes liens de liaison sont aussi utiles pour les usagers ayant des besoins persistants pour répondre à leurs besoins ponctuels ou à court terme.
- La coordination :**
 La coordination vise à assurer un enchaînement et une complémentarité des services pour répondre aux usagers ayant des besoins de *Profils B et C*. Des liens de coordination peuvent être aussi requis pour les usagers avec des besoins plus complexes.
- La haute coordination :**
 La haute coordination répond aux usagers ayant des besoins de *Profils C ou D*. Ces personnes nécessitent une combinaison de services livrés successivement ou simultanément par de multiples fournisseurs et reçoivent à la fois des soins et des services à la maison, dans la communauté et en institution.
- L'intégration complète :**
 L'intégration complète vise la prise en charge des usagers ayant le *Profil D* et parfois de *Profil C*. Une même équipe coordonne alors l'ensemble des services.

« La qualité d'un service [...] n'est plus le seul fait d'un individu bienveillant et compétent, mais bien le produit d'un travail collectif qui s'effectue avec cohérence [10]. »

Les tableaux suivants présentent les bonnes pratiques d'intégration de services pour le système clinico-administratif (*Tableau 15*), puis pour le système clinique (*Tableau 16*). Ces meilleures pratiques sont déclinées selon les quatre profils de besoins des usagers. Ainsi, un même type de pratique peut être repris avec une intensité différente selon le profil de besoins concerné.

Tableau 16 : Meilleures pratiques d'intégration clinico-administratives

FAVORISER LA FLUIDITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES		
Profils A, B, C et D	Profils B, C et D	Profils C et D
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capturer l'expérience de l'utilisateur et ses proches : <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction des usagers et de ses proches. • L'expérience objective de l'utilisateur et de ses proches dans ses soins et services, par exemple le consentement éclairé. 2. Utiliser la captation de l'expérience utilisateur dans l'amélioration continue des soins et services. 3. Impliquer des utilisateurs et leurs proches dans l'amélioration des services. 4. Faire une véritable gestion de l'accès (rapide, flexible et facilitant) [53]. 5. Harmoniser des services [19]. 6. Harmoniser les pratiques pour augmenter la cohérence entre les services, leur efficacité et leur qualité ainsi que la transition entre les services et l'équité entre ceux-ci [10] : <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les pratiques de personnalisation des services, en adoptant l'approche utilisateur-partenaire, en utilisant des PI et PSI, en ayant un jugement éthique dans certaines situations, etc. [10]. 7. Outil de gestion intégrant les coûts à l'activité, la qualité et l'accès, par exemple le modèle de Ste-Justine [51]. 8. Considérer les données populationnelles pour améliorer les services. 9. Analyser les indicateurs populationnels et ceux des groupes d'utilisateurs desservis, et travailler en étroite collaboration avec la Direction de la santé publique et les partenaires sur les déterminants de la santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolider ou créer des trajectoires de services afin d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de clientèles [54]. 2. Avoir des mécanismes de coordination de l'accès : de l'entrée de l'utilisateur, de la fin de suivi et du transfert, au besoin, entre les différentes directions ou points d'accès dans le système : <ul style="list-style-type: none"> • Clarification des rôles et des procédures pour les références internes; éviter les duplications et omissions dans la gestion des comorbidités [41, 55]. 3. Avoir des ententes avec les partenaires du communautaire et intersectoriels (sur ce qui devrait être fait; qui prend quelles parties; comment s'effectuent les références, la transmission d'informations, les collaborations, etc.). 4. Mettre en place un processus coordonné et standardisé d'évaluation clinique dans l'ensemble de la trajectoire afin que : <ul style="list-style-type: none"> • Les évaluations de départ soient ciblées pour permettre de déterminer rapidement le type et le niveau des interventions requis, ainsi que des évaluations subséquentes au besoin. • Les évaluations précédentes et celles à venir soient prises en compte et utilisées dans le processus. • L'information soit transmise aux bonnes personnes au bon moment. 5. Prévoir les transitions de vie de l'utilisateur et les accompagner, au besoin. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place une équipe interdisciplinaire [10, 19, 55] : <ul style="list-style-type: none"> • Planifier la concertation avec un horaire prédéterminé de rencontres de discussion de cas. • Avoir des lieux et des moments pour partager l'expertise et faire du codéveloppement. • Favoriser la prise de décisions communes entre les intervenants et l'utilisateur. • Engager les milieux hospitalier et médical pour un meilleur arrimage des soins. • Mettre en place un système de communication efficace entre les intervenants. 2. Avoir des intervenants intégrateurs des services [10] : <ul style="list-style-type: none"> • L'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas fait le lien avec les différents intervenants impliqués, afin d'assurer la continuité des services et l'adhésion des médecins [21].

FAVORISER LA COMMUNICATION ET LE LANGAGE COMMUN

Profils A, B, C et D	Profils B, C et D	Profils C et D
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier et promouvoir des approches communes, pour offrir une cohérence entre les soins et services de l'utilisateur, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • L'approche usager-partenaire de ses soins et services. • L'approche centrée sur l'utilisateur et sa famille. • Les pratiques cliniques préventives. 2. Consolider ou créer des continuums de services par clientèle, allant de la promotion de la santé jusqu'au soutien et aux soins palliatifs [21]. 3. Mettre en place des mécanismes d'information entre les services qui travaillent avec la même clientèle [10]. 4. Mettre en place des mécanismes de communication entre les intervenants et entre les usagers et les intervenants [55]. 5. Favoriser le partage d'expertise. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engager les milieux hospitaliers et médicaux dans une collaboration interprofessionnelle [55]. 2. Favoriser le réseautage entre les intervenants. <p>Faciliter le développement commun des intervenants de différentes équipes qui ont à travailler ensemble :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formations communes. • Partage d'expertise et transfert de connaissances. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'entendre sur un système unique de classification des usagers entre les différents services [10]. 2. Sélectionner et mettre en place des approches communes d'intervention pour permettre une cohérence dans les objectifs poursuivis et les modalités d'intervention adoptées pour les atteindre (à l'évaluation, la planification, la coordination et à la réévaluation) [10].

L'*Annexe D* rassemble des outils d'intégration des services pour le système clinico-administratif.

Pour les usagers avec des *Profils C et D*, « les bris de continuité ne sont pas que la conséquence d'une mécanique mal conçue, voire mal conduite, mais ils sont avant tout inhérents à la complexité clinique, à sa très grande imprévisibilité. La continuité clinique exige la présence d'intervenants dédiés à anticiper, autant que faire se peut, cette imprévisibilité [10]. »

Tableau 17 : Meilleures pratiques d'intégration cliniques

COLLABORATION AVEC L'USAGER ET SA FAMILLE		
Profils A, B, C et D	Profils B, C et D	Profils C et D
<p>1. Impliquer l'utilisateur et sa famille (utilisateur-partenaire) [41] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec l'utilisateur comme un expert de sa maladie ou de sa condition. • Mettre en valeur les forces des utilisateurs. • Être à l'écoute des inquiétudes et des peurs des utilisateurs et leur famille. • Offrir des informations simples, claires et soutenues par un écrit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Sur leur situation clinique, les progrès et le pronostic; ○ Sur le processus d'aide et de soins; ○ Pour faciliter l'autonomie, les soins personnels et les saines habitudes de vie durant et après les services; ○ Sur les autres ressources disponibles. • Valider leur compréhension. • Discuter des solutions possibles avec l'utilisateur et respecter son autonomie et ses décisions. <p>2. Avoir un système de communication entre les intervenants et les utilisateurs [19] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise de rendez-vous facile et en temps opportun. • Suivi des résultats de tests et d'évaluations. <p>3. Impliquer les utilisateurs à l'amélioration des services.</p>	<p>1. Suivre la situation de l'utilisateur, ajuster les interventions et faire des évaluations à titre préventif (dépistage, etc.).</p> <p>2. Soutenir l'utilisateur et ses proches à réaliser les responsabilités associées à leur condition ou maladie chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autogestion de leur condition ou maladie chronique (habitudes de vie et soins personnels adaptés). • La coordination de ses soins et services. <p>3. Avoir un système de communication entre les intervenants, l'utilisateur et sa famille, pour [19] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux questions. • Intervenir rapidement lors d'apparition de problèmes. 	<p>1. Élaboration d'un projet de vie avec l'utilisateur et ses proches.</p> <p>2. Suivi coordonné en continu de l'utilisateur ou accompagnement constant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination étroite de tous les intervenants. • Accompagnement journalier ou constant d'une personne de confiance. <p>3. Planification et mise en place coordonnée de l'aide nécessaire, afin que l'utilisateur puisse vivre dans la communauté ou avoir une meilleure qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenants dédiés à la coordination des services ou des soins (intervenants pivot, gestionnaires de cas, etc.).

COLLABORATION ENTRE INTERVENANTS		
Profils A, B, C et D	Profils B, C et D	Profils C et D
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir des approches communes pour offrir une cohérence entre les soins et les services de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> • Principes communs d'intervention (ex. : usager-partenaire de ses services). • Guides de pratique communs ainsi que des protocoles concrets [55]. • Intégrer les données probantes dans la pratique pour favoriser l'adhésion à une approche ou des pratiques communes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Partage d'expertise, communauté de pratique, accès à des données bien vulgarisées (visioconférence, webconférence, etc.), synthèse de veille informationnelle, etc. 2. Accéder facilement à des systèmes d'information intégrés [19, 43] : <ul style="list-style-type: none"> • Dossier usager unique et informatisé. • Données probantes, guides de soins et de services, protocoles de soins (très bel exemple à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal [56]). • Outils de travail commun, formulaires et questionnaires. • Outils d'information et d'enseignement aux usagers et à leur famille. 3. Accéder à des systèmes de communication qui relient efficacement les professionnels. 4. Mécanismes formels de partage de l'information. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer une expertise commune, pour faire équipe avec l'utilisateur et sa famille, par exemple mettre en place des communautés de pratiques, rencontres interdisciplinaires et partage d'expertise interprogrammes. 2. Utiliser des outils d'évaluation communs et de préférence standardisés. 3. Utiliser des critères diagnostiques standardisés et communs entre les équipes qui travaillent avec les mêmes clientèles. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir des communications efficaces entre les intervenants ainsi qu'entre l'utilisateur, ses proches et les intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes et moyens permettant un espace de discussion. 2. Prendre des décisions partagées avec l'utilisateur et ses proches : <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration interprofessionnelle (voir l'Annexe F). • Partenariat étroit avec l'utilisateur et ses proches. • PII/PSI comme outil clinique reliant les professionnels et l'utilisateur. 3. Planifier les interventions de façon intégrée [10, 43] : <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation optimale du PII/PSI comme outil clinique, pour planifier et maintenir une intervention intégrée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Se référer fréquemment au PII; ○ Garder les objectifs interdisciplinaires vivants; ○ Discussions de cas (garder le lien avec le PII) structurées et prévues sur les objectifs en cours du PII. 4. Accéder à un coordonnateur de PSI pour les cas les plus complexes.

L'Annexe E présente les mêmes informations selon la perspective des usagers.

2.4. Actualisation de l'interdépendance

L'aspect central du cadre des meilleures pratiques est une réelle actualisation de l'interdépendance des systèmes et de leurs éléments. L'interdépendance est en action autant dans un même système, qu'entre les systèmes.

Cette interdépendance doit être prise en compte et adressée, afin que les pratiques soient davantage en cohérence. C'est ce qui donne une base solide aux diverses intégrations de services pour leur permettre de faire sens dans leur ensemble et d'agir pour le meilleur fonctionnement des processus et des pratiques cliniques [3].

L'actualisation de l'interdépendance nous ramène donc au sens. La volonté d'être une organisation intégrée implique un **contexte collaboratif**, qui demande le développement de compétences collaboratives. Les systèmes (gouvernement/clinico-administratif/clinique) devraient être à l'écoute les uns des autres, afin de se développer ensemble et d'agir en harmonie pour des décisions et des actions centrées sur l'utilisateur.

Voici quelques exemples d'interdépendances entre **des éléments de différents systèmes**. Ces exemples d'interdépendances démontrent que des compétences collaboratives sont requises, afin que les processus soient en cohérence :

- La capacité du système clinique d'établir une **collaboration interprofessionnelle** est en interdépendance avec la **mise en place d'équipe multi ou interdisciplinaire** par le système clinico-administratif. Ces deux éléments seront aussi en interdépendance avec **l'embauche de profil recherché** ainsi que **l'évaluation de la contribution du personnel** par le système de gestion.
- La capacité d'effectuer une **planification intégrée des interventions** ainsi que d'établir un **partenariat avec l'utilisateur et ses proches** par le système clinique, est en interdépendance avec le soutien du système clinico-administratif à une **utilisation optimale du PII**.
- Il y a une forte interdépendance entre la mise en place d'un **système d'information intégré** par le système de gestion, le soutien du système clinico-administratif dans des **mécanismes d'information standardisés** et la capacité du système clinique à **accéder facilement aux informations requises**, et à les utiliser.

L'interdépendance implique aussi de mettre en place divers moyens et mécanismes concrets, afin de bien se coordonner. Les mécanismes sont des outils qui peuvent être utilisés selon la pertinence, le contexte et les besoins pour soutenir la collaboration. Ils représentent donc un moyen et non une fin en soi, puisque le but demeure de soutenir la collaboration dans l'interdépendance. Voici donc quelques exemples de mécanismes qui peuvent permettre de se coordonner en interdépendance :

Mécanismes administratifs et clinico-administratifs :

- Équipes regroupées (lieu commun).
- Comités de coordination divers.
- Ententes de services.
- Procédures standardisées.
- Mécanismes de concertation.
- Autres.

Mécanismes cliniques :

- Mécanismes coordonnés de transfert ou de planification de fin du suivi (bien coordonner les points d'accès d'un système à l'autre).
- Un mandat pour la coordination : des personnes dédiées à de la coordination clinique.
- Établir des mandats et des mécanismes clairs pour les personnes faisant de la gestion de cas.
- Approches coordonnées, notamment pour les clientèles présentant plusieurs diagnostics (ex. : santé physique, santé mentale).
- Autres.

Conclusion

Vers la transformation

Depuis plusieurs années, il y a eu des travaux qui ont visé l'intégration des services dans nos organisations. Malheureusement, la littérature scientifique démontre que, malgré les efforts, l'intégration clinique se réalise rarement et que les objectifs économiques sont en deçà des attentes [8]. La littérature démontre également qu'il est essentiel de s'intéresser aux façons de faire le changement pour que celui-ci soit intégré, pérennisé et surtout perceptible et significatif pour les usagers. Une gestion du changement à l'échelle de l'organisation, l'utilisation de l'intelligence collective et la collaboration des usagers à l'amélioration des services, sont quelques exemples qui augmentent l'impact positif des changements. Ces façons de faire recommandées ont trop souvent été laissées de côté dans le passé, et les résultats s'en sont ressentis. Elles ont donc tout avantage à être mises en place dès le départ dans une transformation globale qui vise une meilleure intégration des services.

La création des CISSS et CIUSSS offre de grandes opportunités d'intégration. Il faut savoir reconnaître ces opportunités et en tirer avantage. Cependant, profiter de ces nouvelles possibilités commande de penser et d'agir autrement, de sortir des sentiers battus et de développer de nouvelles manières de faire, notamment pour les gestionnaires. Le sens de la transformation doit soutenir un langage commun et des principes collectifs. L'ensemble du personnel doit être mis à contribution, afin de réfléchir à l'intégration des services et la mettre en place. Pour se réaliser, une vision claire des attentes et des moyens doit être identifiée et partagée auprès de l'ensemble des gestionnaires et du personnel. Des plans d'action, de communication et de soutien au changement organisationnel doivent être mis en œuvre, suivis et adaptés, au besoin. Bien que tous ces moyens soient connus, ils doivent être réellement utilisés pour arriver à une actualisation du plein potentiel d'un CISSS ou d'un CIUSSS et ils doivent, dès leur conception, mettre en action la vision de l'intégration.

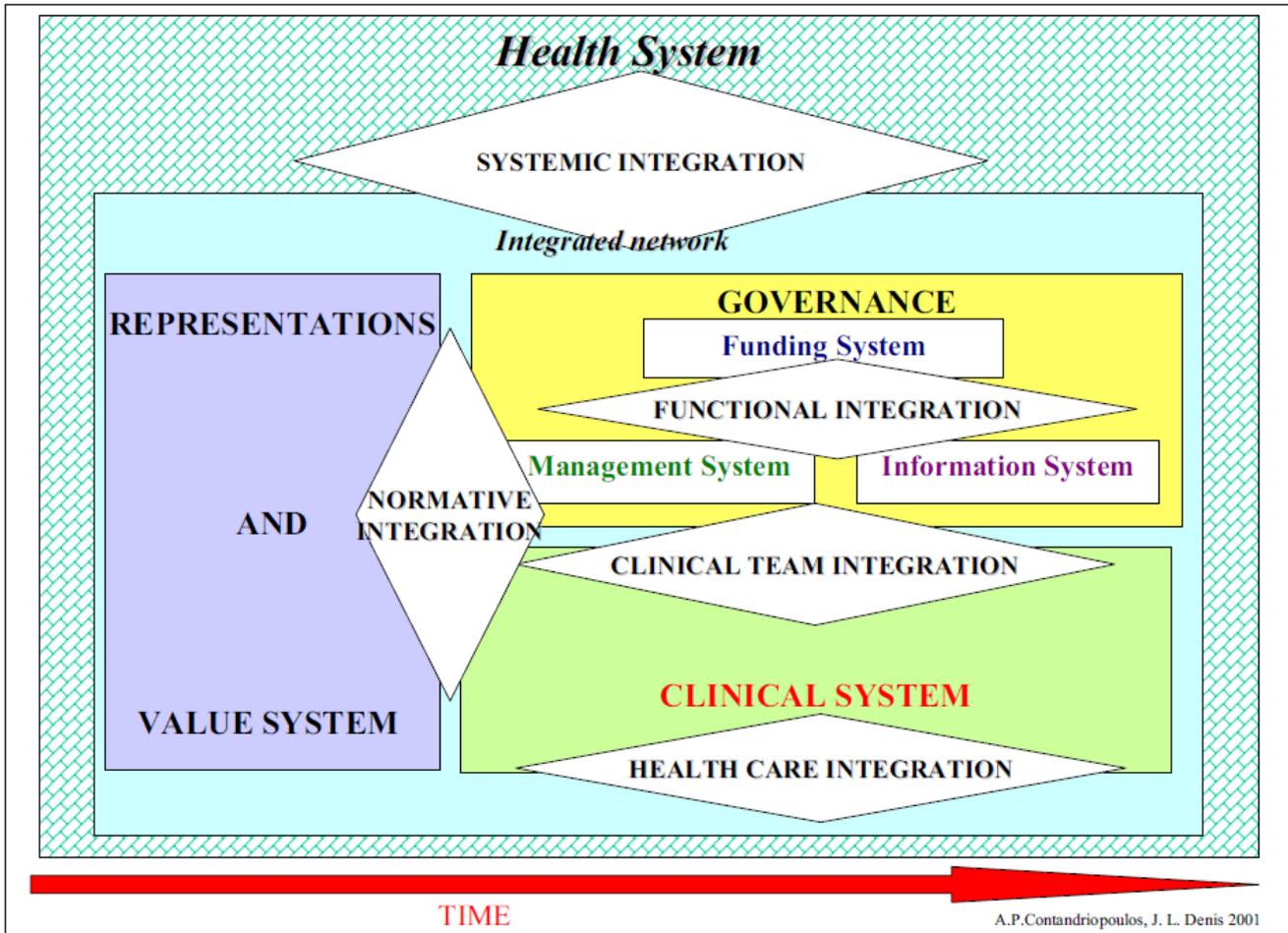
Dans ce genre de transformation, un autre élément trop souvent oublié est la pierre d'assise que constitue le rôle de soutien des directions administratives de l'organisation. Ces directions sont à l'écoute des directions cliniques, mais elles doivent aussi aller au-devant de leurs besoins. Au-delà des rôles traditionnels attendus, les directions administratives doivent proposer des façons de faire et des processus qui incitent et soutiennent les directions cliniques à intégrer leurs services, à développer un langage commun, à mieux comprendre leur interdépendance, etc. Ces directions ont donc un rôle très proactif à jouer dans la mise en œuvre et le soutien de processus qui vont dans le sens des pratiques d'intégration des services. Par exemple, proposer des façons innovantes de recruter le personnel et d'évaluer leur contribution, ou bien mettre de l'avant l'analyse du coût par activité, et ce, en considérant autant la perspective d'une trajectoire que l'intégration de critères de qualité et de délais. Bref, il faut se diriger vers l'endroit où l'on veut aller et non rester là où nous sommes.

Garder le cap sur la boussole que représentent les besoins de nos usagers est essentiel. Certains des changements débutés commencent à donner des gains dans l'expérience des usagers, il faut donc les pérenniser et multiplier ces succès. S'assurer que tous les efforts consentis aient une valeur ajoutée perceptible pour nos usagers : c'est le cœur de la transformation.

Annexes

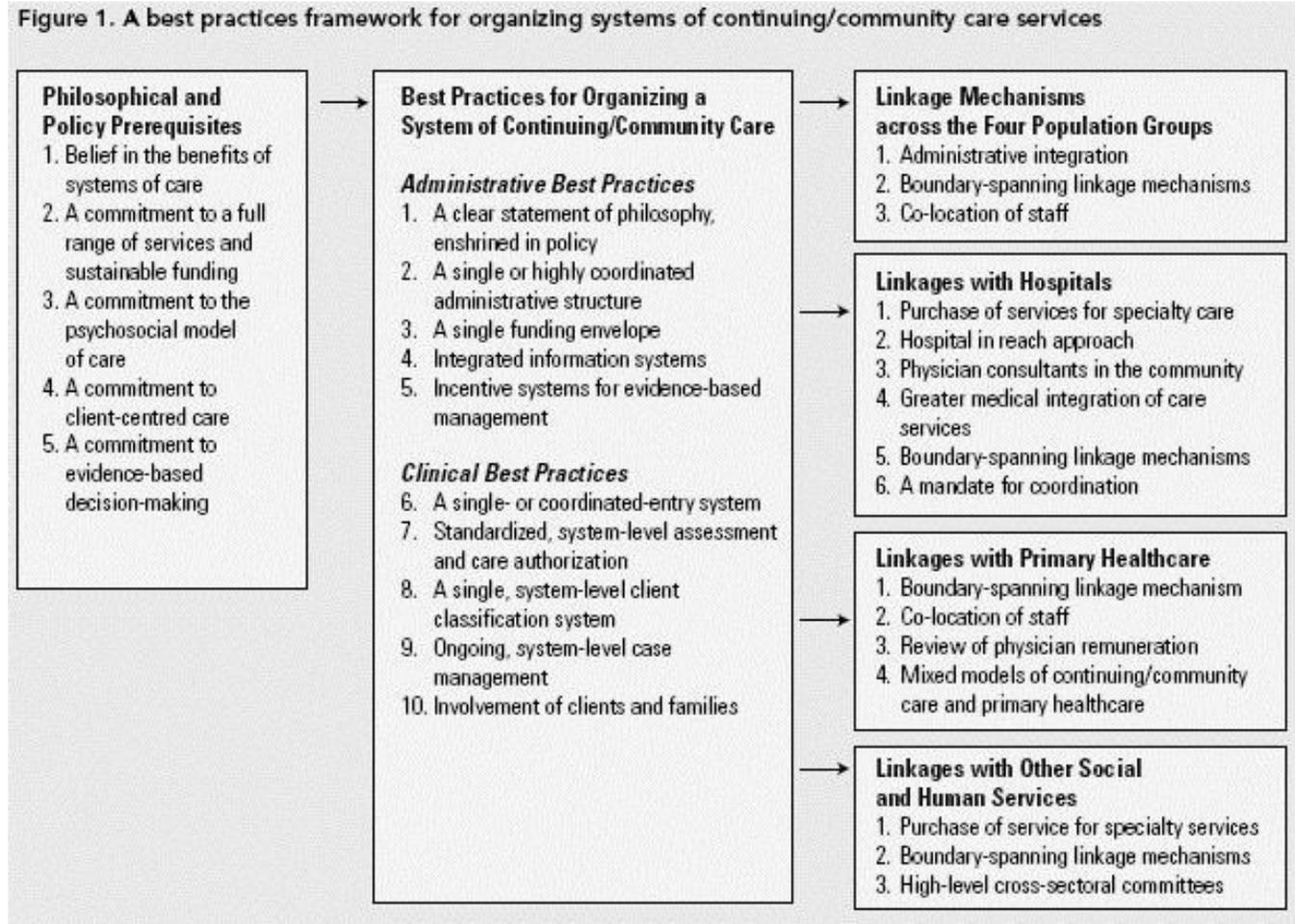
Les annexes présentent les deux cadres sur l'intégration des systèmes qui ont grandement inspiré la création de notre cadre présenté dans la *Section 2*. Les annexes contiennent également des outils de réflexion sur l'intégration des services, basés sur les meilleures pratiques de ce cadre. Des outils spécifiques ont été créés pour le système de gestion et d'autres pour le système clinico-administratif. Enfin, nous vous proposons des outils additionnels qui nous semblent très intéressants et inspirants pour la compréhension et l'analyse de notre système.

Annexe A - Dimensions de l'intégration des services



Source : Contandriopoulos et autres (2003) [33]

Annexe B - Cadre des meilleures pratiques pour l'organisation des services de santé communautaires et de la continuité des services



Source :Traduction libre de Hollander and Prince (2008) [17]

Annexe C - Outils d'intégration des services pour le système de gestion

L'intégration des services ne touche pas que les directions cliniques. La gouverne et les directions administratives ont un rôle clé permettant de soutenir la cohérence dans plusieurs projets d'intégration. Les outils suivants s'adressent donc à la gouverne et aux secteurs administratifs. Ils peuvent aider à soutenir la réflexion sur différents éléments clés dans un contexte d'intégration des services. Il est possible de les utiliser selon les besoins de chacun.

Ces outils sont :

- Comment identifier des décisions ou un projet d'intégration des services concernant la gouverne et les secteurs administratifs.
- Identifier et analyser les parties prenantes.
- Aide-mémoire pour favoriser la cohérence organisationnelle et entre des directions administratives en intégration des services.

Outil 1 : Identification d'une décision ou un projet ayant un impact sur l'intégration des services

Le terme *intégration des services* peut être utilisé de façon très large. Une réflexion importante à effectuer est de se demander, en premier lieu, si votre décision et votre projet concernent des éléments précis d'intégration. Si le projet touche effectivement des éléments d'intégration, il est alors pertinent de se référer aux outils subséquents ainsi qu'aux meilleures pratiques identifiées pour les systèmes touchés par le projet (pour les meilleures pratiques, veuillez vous référer aux Sections 1.6, 2.1 et 2.2), et ce, afin de cibler les bonnes pistes de solution.

Instructions

Vérifier si votre décision et votre projet concernent les deux catégories ci-dessous. Si des caractéristiques sont présentes dans ces deux grandes catégories, cela peut concerner l'intégration des services.

1. Est-ce que votre décision ou votre projet a un impact sur :

- La cohérence d'un système ou la cohérence entre les différents systèmes
- La cohérence entre les ressources humaines, les finances et les communications
- Le développement d'une gestion performante
- La sélection ou le développement des ressources
- Les communications internes ou la gestion de l'information
- Les processus ou les pratiques administratives

2. La décision et le projet concernent également :

- Des clientèles différentes ou étendues sur plusieurs secteurs
- Des équipes différentes ou étendues sur plusieurs secteurs
- Des directions différentes ou étendues sur plusieurs secteurs

Outil 2 : Identifier et analyser les parties prenantes

L'identification et l'analyse des parties prenantes sont les premières étapes à faire lors du démarrage d'un projet d'intégration des services. Cela permet d'impliquer les parties prenantes requises dès le départ selon la pertinence et ainsi enrichir leur point de vue, obtenir des données expérientielles, assurer un arrimage et s'entendre sur des façons de faire. Le même processus s'effectue lors d'une prise de décision accélérée.

Définition d'une partie prenante :

Elle peut être définie comme tout usager, individu, équipe, direction ou organisation qui peut être concerné ou touché directement ou indirectement par la réalisation d'un changement que provoque le projet d'intégration. Ces parties peuvent exercer un rôle sur le succès de la mise en place de l'intégration. Les parties prenantes peuvent être internes ou externes à l'équipe ou à la direction qui amorce le changement.

Instructions

1. Identifier les parties prenantes :

L'identification des parties prenantes est un processus continu qui peut s'avérer difficile. Leur identification et la compréhension de leur degré d'influence sont essentielles au succès de l'intégration. Il est requis d'identifier les parties prenantes en début de projet et aussi revalider l'identification en cours de projet. Veuillez vous référer à l'**Outil 2a** pour des questions pouvant guider l'identification des parties prenantes.

2. Analyser le niveau de collaboration requis :

À la suite de l'identification, il est recommandé d'impliquer les parties prenantes selon le niveau de collaboration pertinent à la mise en œuvre du projet. Pour une analyse du niveau de collaboration requis, veuillez vous référer à l'**Outil 2b**.

Outil 2a : Identifier les parties prenantes

Questions guidant l'identification des parties prenantes

- 1. La décision, l'amélioration ou le changement désiré est-il relié à une procédure? Si oui :**
 - Qui réalise des tâches avant?
 - Qui réalise des tâches en parallèle?
 - Qui réalise des tâches après?

- 2. La décision, l'amélioration ou le changement peut-il avoir des impacts sur la collaboration :**
 - Avec les clients.
 - Entre les équipes.
 - Entre les directions.
 - Avec les partenaires, CISSS ou CIUSS?

Si oui, quels sont-ils?

- 3. Qui sont les acteurs pouvant influencer ma décision, mon projet?**

- 4. L'amélioration ou le changement pourrait-il servir à d'autres :**
 - Équipes.
 - Directions.
 - Partenaires, CISSS ou CIUSSS.

Si oui, quels sont-ils?

Liste non exhaustive de parties prenantes possibles ou en soutien :

- Comité des usagers
- CMAP
- CRMG
- DQEPE
- DSI
- DSM
- DSP
- Finances
- Informatique
- Logistiques
- Syndicat
- Ressources humaines
 - Dotation
 - Formation
 - Gestion du changement
 - Communications

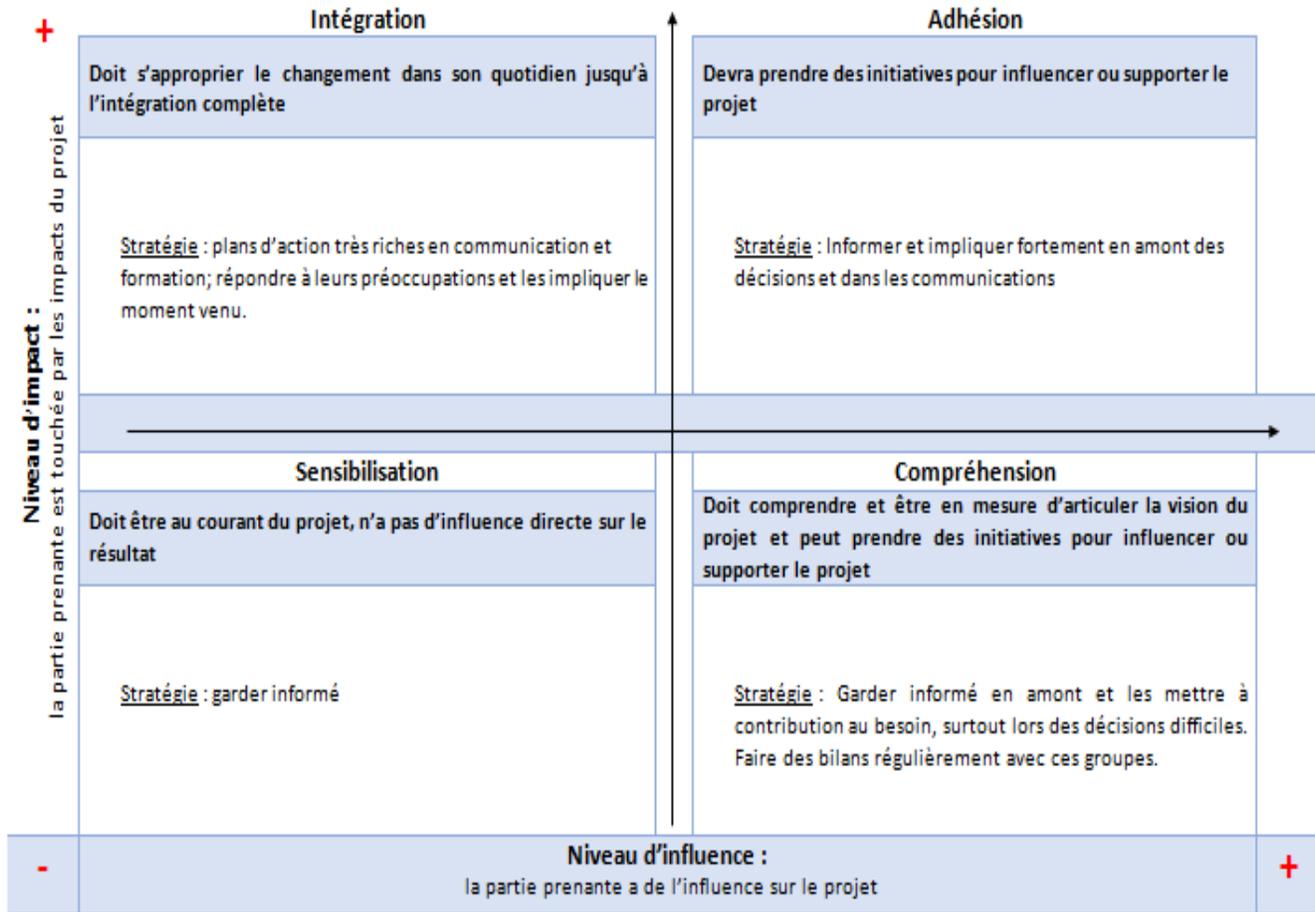
Outil 2b : Analyser le niveau de collaboration requis

L'outil suivant permet d'analyser les parties prenantes selon leur niveau d'influence sur la décision ou le projet ainsi que sur le niveau d'impact que le projet produira sur elles. Les parties prenantes peuvent donc être placées dans une des quatre catégories permettant d'estimer le niveau de collaboration requis et les stratégies à mettre en place pour les impliquer.

Instruction

En utilisant la matrice de la page suivante, cartographier chacune des parties prenantes dans une des quatre catégories (sensibilisation, compréhension, intégration ou adhésion) selon leur niveau d'influence et le niveau d'impact de la décision ou du projet.

Figure 11 : Matrice d'analyse du niveau de collaboration des parties prenantes



Source : Adapté de CAPTE de Valorisation HSI, société en commandite et de Valorisation Gestion, société en commandite

Outil 3 : Aide-mémoire pour favoriser la cohérence des directions administratives en intégration des services

Pour la gouverne, il est important d'analyser la cohérence entre les différentes décisions qui sont prises et de s'assurer que celles-ci soutiennent davantage l'intégration des services.

Pour les directions administratives, il est pertinent d'analyser à quel point les différents services administratifs (par exemple : le système informatique, les politiques et procédures des ressources humaines, les communications, les normes de gestion financière, la reddition de comptes, etc.) sont en cohérence avec les autres systèmes concernant les grands éléments de l'intégration des services.

Démarche réflexive pour la gouverne :

Pour chaque décision qui touche l'intégration des services, répondre aux questions de la page suivante (questions A à F) en analysant si la décision soutient les éléments d'intégration.

Idéalement, le soutien total ou adéquat est l'objectif à atteindre. Si la décision ne soutient pas ou même nuit à l'intégration des services, deux options sont alors possibles :

- Adapter ou changer la décision.
- Voir comment en minimiser les effets néfastes.

Démarche réflexive pour les secteurs administratifs :

1. Cibler les services administratifs spécifiques à analyser (par service spécifique ou par groupe de services spécifiques).
2. Pour chaque service ou groupe de services ciblé, répondre aux questions de la page suivante (questions A à G) en analysant la capacité du service à soutenir les éléments mentionnés.

Selon les réponses, cibler les points prioritaires à améliorer et élaborer des pistes de solutions.

Idéalement, le soutien total ou adéquat est l'objectif à atteindre. Si les procédures ou les systèmes mis en place ou proposés ne soutiennent pas ou même nuisent à l'intégration des services, deux options sont alors possibles :

- Améliorer les procédures ou les systèmes.
- Voir comment en minimiser les effets néfastes.

Indiquer à quel niveau se situe la décision ou ce qui est proposé par le service ou le projet, et ce, concernant chacun des éléments suivants :

A. Une vision commune, un langage commun ou l'utilisation d'approches communes (par exemple : être centré sur les besoins des usagers) :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

B. Une compréhension globale de l'organisation :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

C. La collaboration avec les usagers, entre les intervenants, entre les directions cliniques, entre les directions administratives et cliniques :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

D. L'harmonisation des services :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Ne soutien pas Nuit

E. L'intégration des pratiques cliniques et administratives :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

F. La structure et la simplification des processus cliniques et administratifs :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

G. L'amélioration des déterminants de la santé :

Soutien totalement Soutien adéquat Soutien en partie Pas de soutien Nuit

Annexe D - Outils d'intégration des services pour le système clinico-administratif

Les outils suivants s'adressent aux secteurs donnant des services aux usagers dans les programmes cliniques et aux directions soutien qui ont des contacts directs avec les usagers (par exemple : la centrale de rendez-vous ou les services de transport). Ils peuvent aider à soutenir la réflexion sur différents éléments clés dans un contexte d'intégration des services. Ils peuvent être utilisés selon les besoins de chacun.

Les pages suivantes présentent donc les outils pour les secteurs cliniques. Ces outils sont :

1. Comment identifier un projet d'intégration des services.
2. Éléments à considérer avant d'amorcer un projet d'intégration des services.
3. Identifier et analyser les parties prenantes.
4. Méthodes pour capter les besoins spécifiques d'une clientèle.
5. Projet d'intégration ciblant des clientèles spécifiques :
 - Grille d'analyse des clientèles selon une démarche d'intégration.
6. Projet d'intégration ciblant un service :
 - Analyse d'un service pour l'ensemble des usagers (*Profils A à D*).
7. Grille d'analyse du coût, des délais et de la qualité d'un service.

Outil 1 : Identifier un projet d'intégration des services

Le terme *intégration des services* peut être utilisé de façon très large. Se demander, en premier lieu, si votre projet concerne des éléments précis d'intégration est une réflexion importante à effectuer. Si le projet touche effectivement des éléments d'intégration, il est alors pertinent de se référer aux outils subséquents ainsi qu'aux meilleures pratiques identifiées pour les systèmes touchés par le projet (pour les meilleures pratiques, veuillez vous référer à la *Section 2.3*), et ce, afin de cibler les bonnes pistes de solution.

Instructions :

Considérer votre projet selon les deux catégories ci-dessous. Si votre projet présente des caractéristiques dans ces deux grandes catégories, il peut être considéré comme un projet d'intégration des services.

1. Est-ce que le projet concerne ou a un impact sur :

- L'accès ou la transition des clientèles
- Une trajectoire ou un continuum de services
- Une fusion de services ou d'équipes, de niveaux de services, etc.
- Une problématique ou une clientèle commune à plusieurs secteurs
- Les processus ou les pratiques cliniques

2. Est-ce que le projet concerne également :

- Des clientèles différentes ou étendues sur plusieurs secteurs
- Des équipes différentes ou étendues sur plusieurs secteurs
- Des directions différentes ou étendues sur plusieurs secteurs

Outil 2 : Éléments à considérer avant d'amorcer un projet d'intégration des services

Il est pertinent de se poser les questions suivantes avant d'entreprendre un projet, afin de cerner les éléments qui seront importants à considérer tout au long de sa réalisation.

1. Dans quel contexte (continuum, trajectoire, etc.) s'inscrit la pratique ou le service que nous désirons intégrer?

- Qui offre des services avant, de façon simultanée et après?
- Qui travaille avec la même clientèle?
- Quelles sont les zones communes? Quels sont les besoins similaires?
- Quelles sont les problématiques qui présentent des similitudes dans ce type d'intervention?
- La finalité de l'intervention vise-t-elle davantage le **quoi faire?** Ou le **comment faire?**

2. Qui sont les usagers concernés?

- Quels sont les profils de besoins des usagers?
- Quelles sont les différences d'un secteur à l'autre et entre les territoires?
- Quelles sont les principales caractéristiques des proches de ces usagers?
- Quelles sont les principales caractéristiques de l'environnement de ces usagers?

3. Qu'est-ce qui doit être fait?

- Quelles sont les meilleures pratiques et la meilleure continuité de service pouvant être envisagées, en fonction de la réalité de l'utilisateur?
- Quelles sont les initiatives provinciales et les innovations à prendre en compte dans cette situation?
- Quelles sont les contraintes, cadres de référence et normes ministérielles à ne pas oublier?
- Y a-t-il des outils, des formulaires et des normes de pratiques à revoir dans l'exercice d'intégration?

4. Une fois les grands jalons établis, qu'est-ce que nous retenons comme scénarios visés?

- Avantages et inconvénients à considérer?
- Procédures, organisation des services et programmations à revoir?
- Défis d'intégration et de gestion du changement?
- Besoins d'information et de formation (à connaître, savoir et maîtriser)?
- Enjeux de soutien, d'encadrement et de gestion des ressources humaines?

Outil 3 : Identifier et analyser les parties prenantes

L'identification et l'analyse des parties prenantes sont les premières étapes à faire lors du démarrage d'un projet d'intégration des services. Cela permettra d'impliquer les parties prenantes requises dès le départ selon la pertinence et ainsi enrichir leur point de vue, obtenir des données expérientielles, assurer un arrimage et s'entendre sur des façons de faire.

Définition d'une partie prenante :

Elle peut être définie comme tout usager, individu, équipe, direction ou organisation qui peut être concerné ou touché directement ou indirectement par la réalisation d'un changement que provoque le projet d'intégration. Ces parties peuvent exercer un rôle sur le succès de la mise en place de l'intégration. Les parties prenantes peuvent être internes ou externes à l'équipe ou à la direction qui amorce le changement.

Instructions :

1. Identifier les parties prenantes :

L'identification des parties prenantes est un processus continu qui peut s'avérer difficile. Leur identification et la compréhension de leur degré d'influence sont essentielles au succès de l'intégration. Il est requis d'identifier les parties prenantes en début de projet et aussi revalider l'identification en cours de projet. Veuillez vous référer à l'*Outil 3a* pour des questions pouvant guider l'identification des parties prenantes.

2. Analyser le niveau de collaboration requis :

À la suite de l'identification, il est recommandé d'impliquer les parties prenantes selon le niveau de collaboration pertinent à la mise en œuvre du projet. Pour une analyse du niveau de collaboration requis, veuillez vous référer à l'*Outil 3b*.

Outil 3a : Identifier les parties prenantes

Questions guidant l'identification des parties prenantes

1. L'amélioration ou le changement désiré s'inscrit-il dans une trajectoire? Si oui :

- Qui offre les services avant?
- Qui offre les services en parallèle?
- Qui offre les services après?

2. L'amélioration ou le changement peut-il avoir un impact sur d'autres :

- Clientèles.
- Équipes.
- Directions.
- Partenaires, CISSS ou CIUSS.

Si oui, quels sont-ils?

3. Qui sont les acteurs qui peuvent influencer mon projet?

4. Le changement ou l'amélioration pourrait-il servir à d'autres :

- Clientèles.
- Équipes.
- Directions;
- Partenaires, CISSS et CIUSSS.

Si oui, quels sont-ils?

Liste non exhaustive de parties prenantes possibles ou en soutien :

- Comité des usagers
- CMAP
- CRMG
- DQEPE
- DSI
- DSM
- DSP
- Finances
- Informatique
- Logistiques
- Syndicat
- Ressources humaines
 - Dotation
 - Formation
 - Gestion du changement
 - Communications

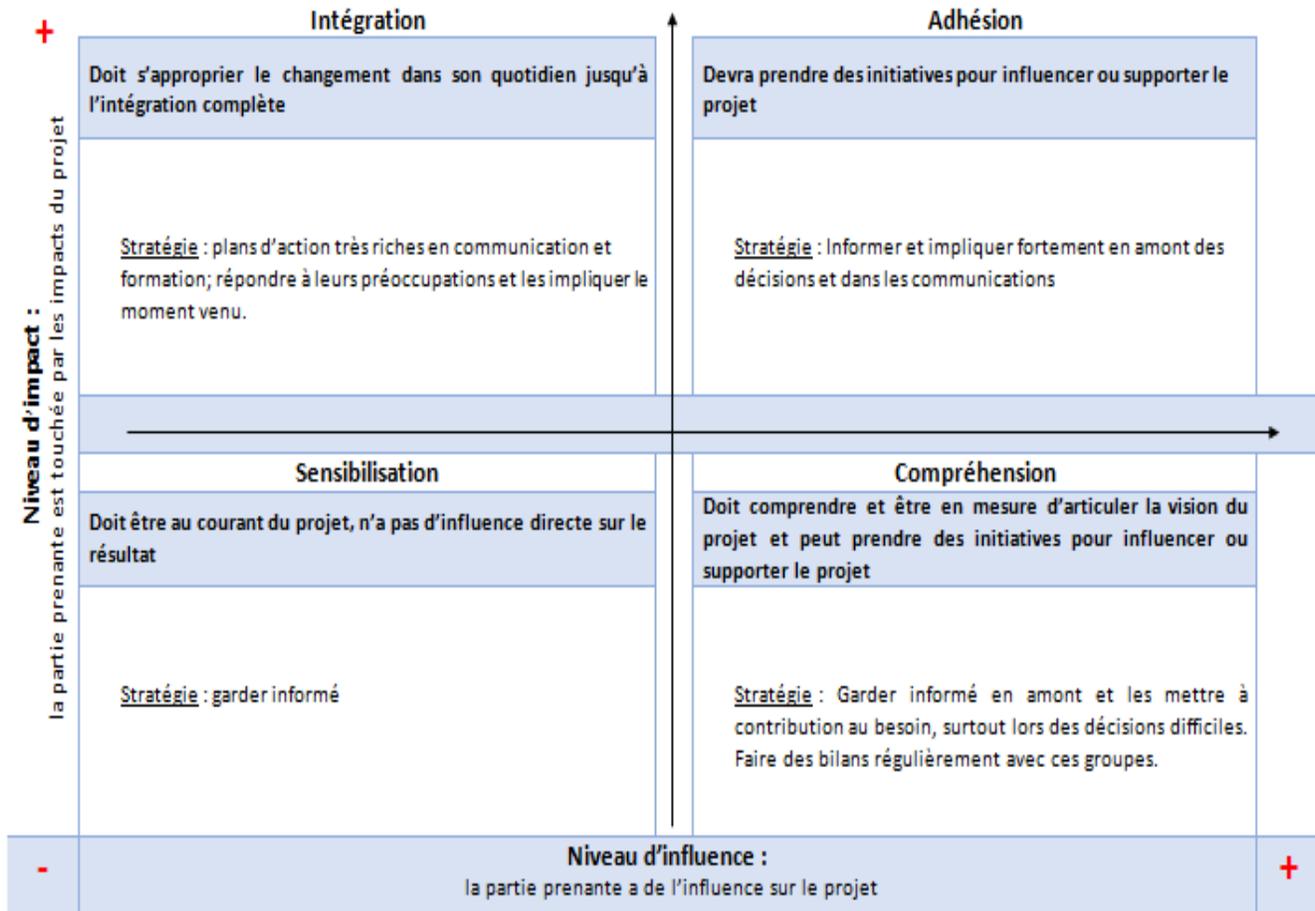
Outil 3b : Analyser le niveau de collaboration requis

L'outil suivant permet d'analyser les parties prenantes selon leur niveau d'influence sur le projet ainsi sur le niveau d'impact que le projet produira sur elles. Les parties prenantes peuvent donc être placées dans une des quatre catégories permettant d'estimer le niveau de collaboration requis et les stratégies à mettre en place pour les impliquer.

Instruction :

En utilisant la matrice de la page suivante, cartographier chacune des parties prenantes dans une des quatre catégories (sensibilisation, compréhension, intégration ou adhésion) selon leur niveau d'influence et le niveau d'impact du projet.

Figure 12 : Matrice d'analyse du niveau de collaboration des parties prenantes



Source : Adapté de CAPTE de Valorisation HSI, société en commandite et de Valorisation Gestion, société en commandite

Outil 4 : Méthodes pour capter les besoins spécifiques d'une clientèle

La perspective des usagers (expérience-usager) est primordiale à considérer lors de tout projet d'intégration des services. Le point de vue des usagers enrichit et complète l'analyse. De plus, il permet de s'assurer que les besoins mis en priorité soient réellement ceux des usagers.

Il faut d'abord cerner les types de profils des usagers concernés par le projet, afin de bien cibler la recherche de données (veuillez vous référer au *Tableau 5 pour le détail des profils des usagers*). Il est à noter que plusieurs profils peuvent être présents chez une même clientèle.

Pour capter les besoins spécifiques des usagers (ce qu'ils disent de nos services, améliorations pertinentes pour eux, etc.), plusieurs sources d'information sont disponibles. Plus l'information est diversifiée, récente et collectée par un processus rigoureux, plus elle sera riche et près de la réalité. Vous retrouverez ci-dessous les principales sources recommandées.

- Capter l'expérience des usagers dans vos services par :
 - Un sondage interne auprès des usagers;
 - Un groupe de discussions;
 - Une entrevue, etc.
- Inclure un usager-partenaire dans vos travaux.
- Recenser la littérature à ce sujet (par exemple : les rapports du commissaire au bien-être).
- Analyser vos statistiques.
- Capter l'expérience des usagers à travers vos intervenants et partenaires qui travaillent en amont, de façon parallèle et aval de vous.

Outil 5 : Grille d'analyse des clientèles spécifiques et les projets d'intégration associés

À noter que ces services sont habituellement offerts aux *Profils B-C-D* des besoins des usagers.

Lorsque le projet d'intégration des services cible des clientèles spécifiques, l'analyse des besoins et des pratiques requises pour ces clientèles s'avère incontournable afin que le projet réponde, de façon adéquate, aux besoins réels.

La grille d'analyse de la page suivante propose une démarche d'analyse synthèse, basée sur quelques grandes étapes clés. Cette grille peut être utilisée directement ou servir comme rappel des principales étapes d'analyse d'une clientèle en vue d'un projet d'intégration des services.

Instructions :

D'abord, identifier les clientèles ciblées par l'analyse. Ensuite, pour chacune des clientèles impliquées, effectuer l'analyse selon les étapes suivantes :

1. Estimer les pourcentages des différents profils de besoins présents chez la clientèle

- Vous référer au *Tableau 5*. Il est à noter qu'il peut y avoir plusieurs profils présents chez une même clientèle.

2. Pour chacun des profils, identifier :

- Les pratiques ou services idéalement requis :
 - Vous référer à la *Section 2* portant sur les meilleures pratiques en intégration des services. Il est important d'ajuster cette analyse avec les besoins spécifiques de la clientèle ciblée (contexte).
- Les pratiques ou services réalisés actuellement.
- Les principaux écarts entre les meilleures pratiques requises et celles réalisées.
- Les pistes de solutions portant sur les principaux écarts identifiés.

Tableau 18 : Grille d'analyse d'une clientèle selon une démarche d'intégration

PROFILS DE BESOINS	SERVICES / PRATIQUES IDÉALEMENT REQUISES	SERVICES / PRATIQUES ACTUELLES	ÉCARTS OBSERVÉS			PISTES DE SOLUTION
			Aucun écart vert	Écart moyen jaune	Écart majeur rouge	
Profil A _____ %	Collaboration :					
	Accès :					
	Évaluation :					
	Intervention :					
	Suivi :					
Profil B _____ %	Collaboration :					
	Accès :					
	Évaluation :					
	Intervention :					
	Suivi :					
Profil C _____ %	Collaboration :					
	Accès :					
	Évaluation :					
	Intervention :					
	Suivi :					
Profil D _____ %	Collaboration :					
	Accès :					
	Intervention :					
	Suivi :					

Outil 6 : Analyse d'un projet d'intégration des services visant l'ensemble des usagers

À noter que ces services sont habituellement offerts au *Profil A* des besoins des usagers.

Lorsque le projet d'intégration touche un service qui est ou qui devrait être offert à l'ensemble des usagers, les éléments suivants peuvent guider l'analyse et la réflexion sur les priorités à prendre en compte :

- 1. Quelles sont les parties prenantes avant / pendant / après le projet?**
- 2. Est-ce que l'information est transmise aux bonnes personnes dans les bons délais?**
- 3. Est-ce que le service favorise la collaboration avec l'utilisateur et sa famille, c'est-à-dire :**
 - Est-ce que l'utilisateur et ses proches sont impliqués (utilisateur-partenaire)?
 - Partenaire de ses soins;
 - Partenaire d'amélioration des services.
 - Est-ce que l'utilisateur et ses proches sont soutenus?
 - Consignes simples et écrites à suivre pour le retour à la maison, ou autres;
 - Sensibilisation et soutien aux saines habitudes de vie adaptées aux objectifs de leur situation;
 - Information sur les ressources disponibles.
 - Y a-t-il un système de communication adéquat entre les intervenants et les usagers?
 - Prise de rendez-vous facile et en temps opportun;
 - Suivi des résultats de tests et d'évaluations.
- 4. Est-ce que le service favorise la collaboration entre les intervenants; c'est-à-dire :**
 - Avons-nous des approches communes qui offrent une cohérence entre les soins et les services à l'utilisateur?
 - Principes communs d'intervention (ex. : utilisateur-partenaire de ses soins);
 - Guides de pratique communs ainsi que des protocoles concrets;
 - Intégration des données probantes dans la pratique pour favoriser l'adhésion à une approche ou des pratiques communes :
 - Partage d'expertise, communauté de pratique, accès à des données bien vulgarisées (visioconférence, webconférence, etc.), synthèse de veille informationnelle, etc.
 - Avons-nous facilement accès à des systèmes d'information intégrés?
 - Dossier utilisateur unique et informatisé;
 - Données probantes, protocole de soins, guide de soins et de services;
 - Outils de travail commun, formulaires, questionnaires;
 - Outils d'information et d'enseignement aux usagers.
 - Avons-nous accès à des systèmes de communication qui relient efficacement les professionnels?
 - Mécanismes formels de partage de l'information.

Outil 7 : Grille d'analyse du coût, des délais et de la qualité d'un service

Exemple de l'intégration de l'analyse du coût, des délais et de la qualité pour le service en radiologie. Les activités ciblées sont identifiées à partir des grandes étapes de la réalisation d'un service. Cette analyse sert à identifier des indicateurs et des cibles ainsi qu'à clarifier les attentes entre les différents acteurs. Ceux-ci sont identifiés à partir, notamment, des normes ministérielles, des données probantes ou d'un consensus entre les intervenants et leur gestionnaire. L'analyse permet également de pondérer le coût, les délais et la qualité pour arriver à un certain équilibre.

Tableau 19 : Grille d'analyse du coût, des délais et de la qualité d'un service

Activité (exemples)		Coûts			Délais				Qualité			
		Coût 2014	Coût 2013	Écart	Indicateur	Valeur réelle	Cible	Écart	Indicateur	Valeur réelle	Cible	Écart
1	Gestion des rendez-vous											
2	Planification examen											
3	Accueil d'un usager											
4	Préparation et examen de l'usager											
5	Analyse des résultats											
6	Rédaction du rapport											

Source : Adapté de Vézina, Michel et Isabelle Demers (2014) [51]

Annexe E - Intensité des liens d'interdépendance et les types de profils selon la perspective des usagers

	Liaison		Coordination		Haute coordination et Intégration complète	
Profils de besoins	Profil A Besoins ponctuels ou à court terme	Profil B Besoins persistants Condition chronique légère à modérée	Profil C Besoins persistants Conditions multiples, chroniques modérés à sévères	Profil D Besoins persistants Conditions multiples, chroniques sévères		
Capacité d'adaptation de l'utilisateur	Bonne	Bonne à modérée	Modérée à faible	Faible		
Besoins de services	Accès aux services	Soutien régulier à fréquence variable	Soutien régulier, fréquent et coordonné	Accompagnement constant		
Collaboration et continuité des services	<p>Mécanismes de transmission de mes résultats ou autre information pertinente : à moi, à mon médecin de famille et à mes intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne pas refaire les mêmes examens et évaluations. <p>Usager-partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner mon consentement éclairé. Être « Leader » de mes soins. Respect de mon autonomie. 	<p>Mécanismes de communication et de discussion, au besoin, entre les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne pas répéter mon histoire à chaque fois. Ne pas être l'outil de transmission entre mes intervenants. <p>Usager-partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner mon consentement éclairé. Être « Leader » de mes soins. Respect de mon autonomie. 	<p>Mécanismes de concertation et de collaboration entre les intervenants sur des objectifs communs au PII et PSI :</p> <p>Usager-partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner mon consentement éclairé. Être « Leader » de mes soins. Respect de mon autonomie. Être considéré comme un expert de ma maladie. Être écouté dans mon projet de vie. Inclure ma famille et mes proches dans mon soutien. 	<p>Mécanismes de concertation, de collaboration et de communication journalière entre les membres de l'équipe ou avec mon proche aidant à la maison :</p> <ul style="list-style-type: none"> PII et PSI avec les partenaires. <p>Usager-partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner mon consentement éclairé. Être « Leader » de mes soins. Respect de mon autonomie. Être considéré comme un expert de ma maladie. Être écouté dans mon projet de vie. Impliquer ma famille et mes proches qui deviennent souvent « Leader » de mes soins. 		

Annexe F - Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle (CIP)⁴ est souvent mentionnée dans les meilleures pratiques qui favorisent l'intégration des services. En effet, une utilisation adéquate par le système clinique d'un continuum de collaboration interprofessionnelle est essentielle en intégration des services.

La CIP est requise dans le cadre d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires. Cependant, il ne faut pas oublier que la notion de la CIP est plus large et ne se définit pas seulement dans le cadre de telles équipes. Ainsi, nous pouvons la voir comme un continuum; il s'agit alors de mettre en place les interactions optimales (liens) selon les besoins des usagers. Veuillez vous référer à la *Figure 13* sur le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.

Les pratiques de la CIP doivent être d'abord dictées par une volonté de répondre adéquatement aux besoins bio-psycho-sociaux et aux attentes de la personne, de ses proches ou de la communauté et, conséquemment, s'amorcer par un véritable partenariat avec ces derniers [57].

Un des éléments essentiels pour mettre en place une CIP, selon la littérature, est la **clarification des rôles**, qui permettra une collaboration efficiente [55]. Par exemple, lorsque les interventions impliquent de donner de l'information à l'utilisateur (prévention, enseignement), les points suivants doivent être clairs :

- Qui est l'intervenant pivot (si requis) ou qui sera en suivi ou lié à l'utilisateur?
- Qui donne l'information? De quelle manière? Avec quel soutien⁵?
- Quels autres intervenants peuvent supporter le message et de quelle manière⁶?

Un manque de clarté des rôles de chacun est une barrière importante à une CIP adéquate. Un soutien à la définition et à l'appropriation des rôles est donc primordial [55, 58] à l'intégration des services. Celle-ci dépendra, notamment, d'un bon équilibre entre une contribution d'intervenants de diverses professions et des rôles bien définis [55].

De plus, certains éléments d'organisation du travail peuvent aussi soutenir le développement de la CIP.⁷ Par exemple, voici quelques éléments à prendre en compte pour soutenir une collaboration au sein d'une équipe de travail :

- Mise en place d'espaces de communication pour soutenir la collaboration (mise en commun, rencontres d'équipe, discussions cliniques régulières, etc.) et permettre un développement de l'équipe.
- Soutien à l'appropriation d'approches communes.
- Soutien au développement des compétences de collaboration interprofessionnelle.
- Utilisation des technologies facilitant le travail d'équipe et la collaboration (wiki, plate-forme informatique commune, etc.).

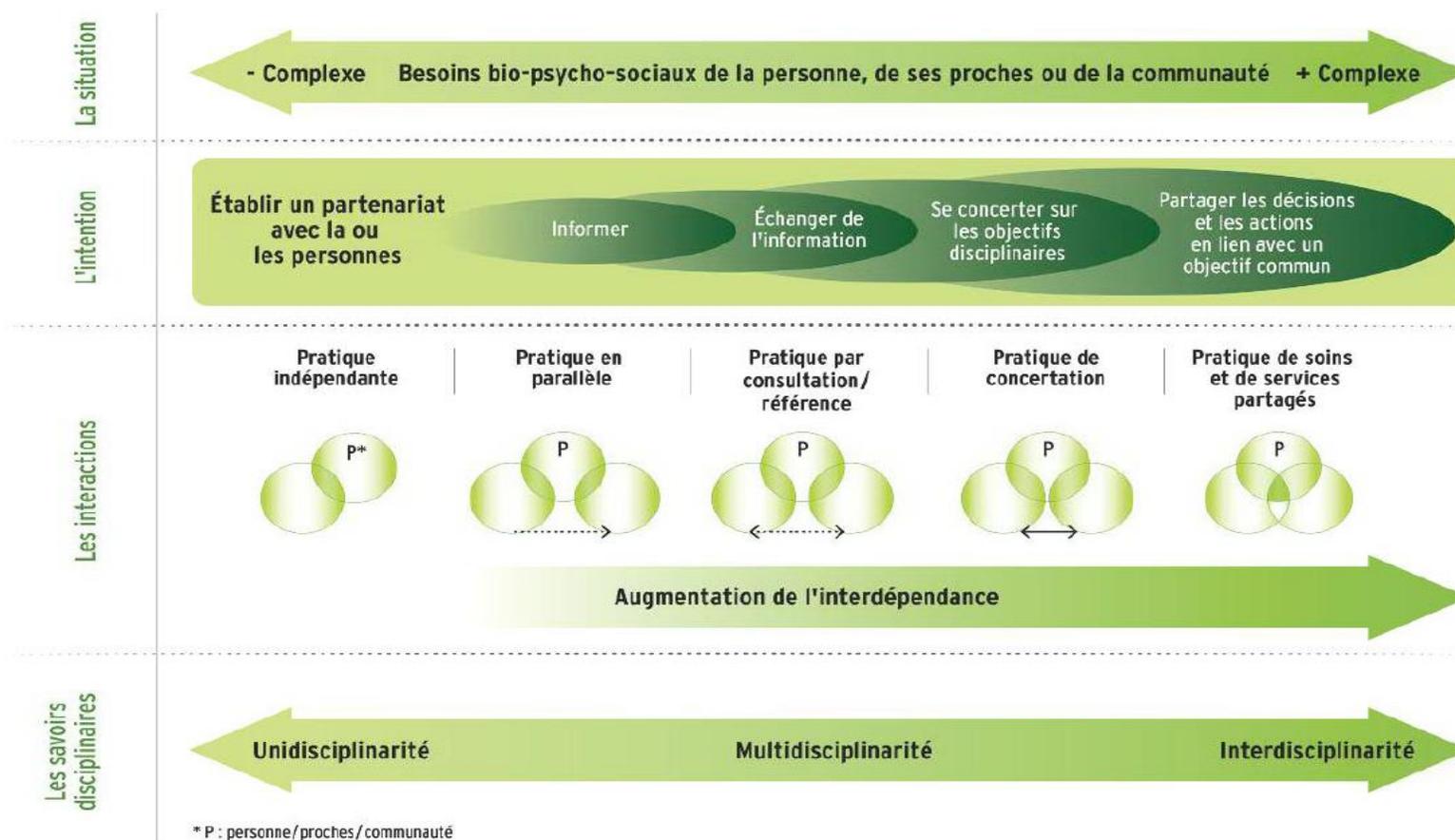
⁴ La collaboration interprofessionnelle se définit comme un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratiques qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté (Careau et autres, 2014).

⁵ Il est recommandé de soutenir le verbal par l'écrit.

⁶ Un message corroboré par plusieurs intervenants sera plus efficace auprès de l'utilisateur et soutiendra une cohésion des interventions.

⁷ Selon le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010), dans certaines situations, la pratique en collaboration se déroule dans une équipe interprofessionnelle formelle, ce qui nécessite tant une compréhension des processus de développement de l'équipe ou de la pratique dans un microsystème, qu'une connaissance de la façon dont la complexité organisationnelle influe sur la pratique en collaboration.

Figure 13 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



Source : Careau et autres (2014) [57]

Références

1. Rochon, Dr et Caroline Chouinard (2013). «Les pratiques de concertation... Une stratégie pour assurer la santé et le bien-être de notre population», Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), Rencontre intersectorielle, CSSSJonquière, www.csssjonquiere.qc.ca/documentaire_ouvrir.asp?doc_numero=9852.
2. Shaw, Sara, Rebecca Rosen et Benedict Rumbold (2011). What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS, Research report, London, Nuffield Trust, 23 p., http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf.
3. Denis, Jean-Louis (2008). Gouvernance, transformation et performance durable dans les systèmes de santé, Montréal, [Power point], http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2857/jean_louis_denis.pdf.
4. Armitage, Gail D., et autres (2009). «Health systems integration: state of evidence», *International Journal of Integrated Care*, vol. 9.
5. Kodner, Dennis (2009). «All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care », *Healthcare Quarterly*, vol. 13, <http://www.longwoods.com/content/21091>.
6. Smyth, Linda (2009). «Make Integration work requires more than goodwill», *Healthcare Quarterly*, special issue, vol. 13, <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.
7. Bédard, Danielle, et autres (2001). Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, http://www.dect-idf.com/wp-content/uploads/2014/11/reseaux_integres.pdf.
8. Sarnak, Dana O. et Jamie Ryan (2016). How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries, The Commonwealth Fund, <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/jan/high-need-patients-nine-countries>.
9. Waddington, Catriona et Dominique Egger (2008). Intégrés Health services – what and why, World Health Organization (WHO), [Technical Brief No.1], http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.
10. Couturier, Yves, Lucie Bonin et Louise Belzile (2016). L'intégration des services en santé, une approche populationnelle, Montréal, Les presses de l'université de Montréal, Collection Paramètre, 276 p.
11. Frontier Economics (2012). Enabler and barriers to integrated care and implications for monitors, London, Frontier Economics Ltd, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287800/Enablers_and_barriers_to_integrated_care_report_June_2012.pdf.
12. MacAdam, Margaret (2008). Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review, Ontario, Canadian Policy Research Networks Inc., http://www.cprn.org/documents/49813_EN.pdf.
13. Kodner, Dennis L. et Cor Spreeuwenberg (2002). «Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper», *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, (e12), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>.
14. World Health organisation (WHO) (2008). Integration health Services - What and Why?, WHO, [Technical Brief No.1], http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf.
15. Valentijn, Pim P., et autres (2012). «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/pdf/ijic2013-2013010.pdf>.

16. Boutin, Hélène, Marie-Jos  e Drolet et Caroline Arsenault (2015). *  valuation de l'intégration des saines habitudes de vie auprès de la clientèle atteinte de cancer en Chaudière-Appalaches*, Ste-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 84 p.,
http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RAP_PPSS_Eval_integration_SHV_2015-03-11-VF.pdf.
17. Hollander, M.J. et M.J. Prince (2008). «Organizing Healthcare Delivery systems for persons with ongoing care needs and their families : A best practices framework», *Healthcare Quarterly*, vol. 11, (1),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326380>.
18. Stiefel, Matthew et Kevin Nolan (2015). *Guide IHI de mesure du Triple Objectif : Santé de la population, expérience des soins, c  t par habitant*, Massachusetts, Institute for Healthcare Improvement (IHI), [White Paper],
<http://www.ih.org/resources/pages/ihwhitepapers/aquidetomeasuringtripleaim.aspx>.
19. Suter, Esther, et autres (2009). «Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration», *Healthcare Quarterly*, vol. 13, 16-23, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/pdf/nihms1308.pdf>.
20. DeVillers, Marie-Eva (2010). *Multi dictionnaire de la langue française*, Montréal,   ditions Québec Amérique inc.
21. Roy, Denis A., Éric Litvak et Fred Paccaud (2010). *des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé.*, Mascouche, Québec, Le Point en administration de la santé et des services sociaux.
22. Little, Lisa (2012). *Définir les besoins de la société en matière de santé. Définition et guide du Collège royal*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 12 p.,
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/policy/shn_definition_and_guide_f.pdf.
23. Ham, Chris et Natasha Curry (2011). *Integrated care, what is it? Does it work? Wht does ils mean for the NHS?*, Londre, King's fund, <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Integrated-care-summary-Sep11.pdf>.
24. Organisation mondiale de la santé (OMS) (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, Gen  ve, OMS, 25 p.,
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf.
25. Anctil, Hervé et Marjolaine Pigeon (2012). *La santé et ses déterminants: Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux,
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>.
26. Senate committee on Social affairs, Science and Technology (2001). *The Health of Canadians – The Federal Role – The Story So Far*, The Health of Canadians, p.81 p., <http://www.cimca.ca/im/The-Complete-Kirby-Report.pdf>.
27. National voices et Think Local Act Personal (2013). *A Narrative for Person-Centred Coordinated Care*, Angleterre, NHS England Publication Gateway, [Reference Number: 00076], <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>.
28. Department of Health (2013). *Integrated Care and Support : Our Shared Commitment*, Angleterre, Department of Health, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198748/DEFINITIVE_FINAL_VERSION_Integrated_Care_and_Support_-_Our_Shared_Commitment_2013-05-13.pdf.
29. Tourigny, André et Lucie Bonin (2012). «Le rôle de l'organisation des services dans le modèle conceptuel du vieillissement en santé», Journée annuelle de santé publique (JASP),
http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012_26nov_vieillissement_atourigny.pdf.
30. Arsenault, Caroline (2015). *Recension des meilleures pratiques en adoption de saines habitudes de vie chez les survivants au cancer*, Ste-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 23 p.,
http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RAP_Rec_meilleures_pratiques_SHV_survivants_cancer_2015-03-18.pdf.

31. Denis, Jean-Louis. «Comprendre le changement et les réformes dans les systèmes de santé : Discussion autour d'un programme de recherche», Les séminaires du Pôle santé HEC Montréal Montréal, [24 novembre 2015], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/seminaire-du-24-novembre-2015-comprendre-le-changement-et-les-reformes-dans-les-systemes-de-sante-discussion-autour-dun-programme-de-recherche/>.
32. Leatt, Peggy, George H. Pink et Michael Guerriere (2000). «Towards a Canadian Model of Integrated Health Care, Healthcare Papers», *Healthcare Papers*, vol. 1, (2), <http://www.longwoods.com/content/17216>.
33. Contandriopoulos, André-Pierre, et autres (2003). *The integration of health care : Dimensions and implementation*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, secteur santé publique, <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf>.
34. American Psychological Association. *Integrated Health Care*, Consulté le 8 avril 2016, <http://www.apa.org/health/integrated-health-care.aspx>.
35. Anctil, Hervé (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir.*, Québec, Gouvernement du Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>.
36. Baron, Charles (2015). *La personne et l'équipe : naissance et développement d'une équipe*, Québec, Université Laval, Département de management, [Notes de cours].
37. Baron, Charles (2015). *La personne e l'équipe : Participation optimum dans l'équipe*, Québec, Université Laval, Département de management, [Notes de cours].
38. National Health Service (NHS) (2014). *Five year forward view*, Royaume-Uni, NHS, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>.
39. Bustros-Lussier, Geneviève, David-Martin Milot et Andréanne Roy (2014). «Prévention et promotion en santé : outil destiné aux étudiants de médecine», Université de Sherbrooke, Santé publique et médecine préventive, [Présentation Power Point], <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/la-direction/Outil-pedagogique-PP.pdf>.
40. Provost, Marie-Hélène, Louise Moreault et Lise Cardinal (2016). *L'intégration de pratiques cliniques préventives, description, impact et conditions d'efficacité visant l'intégration de la prévention dans la pratiques cliniques*, Québec, Gouvernement du Québec, La direction des communications du MSSS.
41. Lyngsø, Anne Marie, Nina Skavlan Godtfredsen et Anne Frølich (2016). «Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System», *International Journal of Integrated Care*, vol. 16(1): 4, pp. 1-10.
42. Johnson, Kevin et Alain Rondeau (2015). *Le changement et le système de santé : construire une "capacité à changer"*, [Webinaire], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/15-mars-2011-le-changement-et-le-systeme-de-sante-construire-une-capacite-a-changer/>.
43. Nicholson, Caroline, Claire Jackson et John Marley (2013). «A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review», *BioMed Central*, vol. 12, (528), <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-528>.
44. Bareil, Céline (2011). *Gérer le changement organisationnel dans le système de santé: l'expérience d'un projet de recherche-action au CHU Sainte-Justine*, [Webinaire], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/1-novembre-2011-gerer-le-changement-organisationnel-dans-le-systeme-de-sante-l'experience-dun-projet-de-recherche-action-au-chu-sainte-justine/>.
45. Bareil, Céline (2004). *Gérer le volet humain du changement*, Montréal, Transcontinental, 216 p.
46. Collerette, Pierre, Martin Lauzier et Robert Schneider (2013). *Le pilotage du changement*, Québec, Presses de l'université du Québec.

47. Trottier, Louise-Hélène (2013). *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau : un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Guide-GC-RP_REV2_2013-10-16%281%29.pdf.
48. Thomson, Wendy, Roger paquet et Pierre Shedleur (2014). *Pour que l'argent suive le patient, l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé, Rapport du groupe d'experts pour un financement axé sur les patients*, Québec, Gouvernement du Québec, [p. 49], <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf>.
49. Castonguay, Joanne (2015). *Lien entre financement à l'activité et amélioration de l'efficience*, Analyse, Revue Le Point en santé et services sociaux, [Vol. 11, no 3], <http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2015/12/Article-11-03-04-Joanne-Castonguay.pdf>.
50. Bouvette, Karine (2015). *Adopter le système de gestion de l'amélioration continue Lean – l'expérience du CSSS Chicoutimi*, [Webinaire], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/seminaire-du-12-mars-2015-adopter-le-systeme-de-gestion-de-lamelioration-continue-lean-l'experience-du-csss-chicoutimi/>.
51. Vézina, Michel et Isabelle Demers (2014). *Le développement d'un modèle de comptabilité par activité au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, [Webinaire], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/seminaire-du-11-decembre-2014-le-developpement-dun-modele-de-comptabilite-par-activite-au-centre-hospitalier-universitaire-sainte-justine/>.
52. Poirier, Léo-Roch, et autres (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en oeuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées, le point de vue des experts*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf.
53. Arsenaault, Caroline et Guy Bisson (2014). *Principes de base d'une gestion efficace de l'accès aux soins et aux services de santé, cadre de référence*, Ste-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/CDF_gestion_acces_2014-08-20.pdf.
54. Shang, Mélanie (2012). *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience : recension des écrits et recommandations*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 29 p., http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3367/Trajectoire+services_Nov2012.pdf.
55. Mitchell, Geoffrey K., et autres (2015). «Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface : how effective is it and what determines effectiveness», *Australian Journal of Primary Health*, vol. 21, 391-408, http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=PY14172.pdf.
56. Gagnon, Daniel (2013). *Présentation du projet du tableau de suivi clinique à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, [Webinaire], <http://polesante.hec.ca/seminaires-passes/seminaire-du-8-octobre-2013/>.
57. Careau, Emmanuelle, et autres (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux*, Québec, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils_2015/GuideExplicatif_CONTINUUM_v15_web_1_.pdf.
58. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, College of Health disciplines, Université de la Colombie-Britannique, http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf.

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

www.cisss-ca.gouv.qc.ca

