Intégration des systèmes de santé

Rapport de synthèse

Canadian Home Care Association
canadienne de soins et services à domicile

Le porte-parole national des soins à domicile

À propos de l'Association canadienne de soins et services à domicile

L'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD), association nationale sans but lucratif, se consacre à assurer la disponibilité de soins à domicile et de services communautaires à la fois accessibles et adaptés, qui permettent à la population de rester chez elle en toute sécurité, dans la dignité et en bénéficiant d'une qualité de vie. Parmi les membres de l'Association figurent des organismes et des représentants de programmes de soins à domicile subventionnés par l'État, des organismes de services exclusifs et sans but lucratif, des consommateurs, des chercheurs, des enseignants et d'autres personnes s'intéressant aux soins à domicile. Grâce au soutien des membres, qui partagent le même engagement envers l'excellence, le transfert des connaissances et l'amélioration continue, l'ACSSD se fait le porte parole national des soins à domicile, ainsi que le point d'accès à l'information et à la connaissance sur le secteur des soins à domicile au Canada.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter notre site Web au www.cdnhomecare.ca.

© Association canadienne de soins et services à domicile, mars 2012
www.cdnhomecare.ca

Il est interdit de reproduire ou de retransmettre intégralement ou partiellement cette publication sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, par reproduction électronique ou mécanique, par photocopie, par enregistrement ou autre, ou de l'extraire d'un système de recherche documentaire sans avoir obtenu l'autorisation écrite préalable de l'éditeur et des rédacteurs, faute de quoi cet acte constitue une violation de la loi sur le droit d'auteur.

Intégration des systèmes de santé

Rapport de synthèse

Canadian Home Care Association
canadienne de soins et services à domicile

Le porte-parole national des soins à domicile

Messages clés

- Les modèles intégrés de soins revêtent des formes différentes. – Il n'existe pas de stratégie ni de modèle universel de soins intégrés.

- Dans nombre de régions du Canada et à l'étranger, des progrès sont accomplis en faveur d'une intégration accrue, comme le démontre la prise d'initiatives dans différents secteurs du système de soins de santé.

- L'intégration doit s'articuler autour des besoins de la population.

- Une intégration fructueuse exige un changement fondamental de philosophie, une orientation claire en matière de politiques, ainsi que des mesures incitatives promouvant la collaboration, tout en accordant une importance particulière au travail d'équipe et à la prestation de soins axés sur le patient.

- Les modèles d'intégration efficaces réduisent le chevauchement des tâches, augmentent l'efficience, améliorent les résultats cliniques, rehaussent la qualité de vie et favorisent une utilisation adéquate du système.

- L'amélioration de la qualité des soins dispensés le plus rentablement possible constitue la mesure la plus importante des systèmes de soins intégrés.

- Le secteur des soins à domicile joue un rôle essentiel au sein des systèmes intégrés qui favorisent une transition entre des soins épisodiques de courte durée et des soins de longue durée répondant aux besoins d'une population vieillissante.

- Nombre de ressorts territoriaux recourent aux partenariats cliniques et à la gestion de cas (dont la fonction de navigation à l'intérieur des systèmes) avec succès. Ainsi, ils parviennent à mieux intégrer les soins, à tabler sur les compétences de tous les membres de l'équipe soignante et à améliorer l'évolution de l'état de santé des patients.

- Il est nécessaire de redistribuer les ressources au sein du système de santé, afin de s'approprier le temps et les outils nécessaires au développement d'un système entièrement intégré.

Résumé

Au cours des dernières années, nous avons accompli des progrès constants en faveur d'une intégration accrue des systèmes de santé. Étant donné le vieillissement de la population et l'augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques, le concept d'intégration suscite un sentiment d'urgence et un intérêt grandissants. Une accumulation de preuves présente le modèle intégré de soins comme un cadre essentiel à l'amélioration des résultats cliniques et de la qualité de vie, ainsi qu'à la réalisation d'économies au sein du système.

Puisque les Canadiens souhaitent demeurer chez eux le plus longtemps possible, l'intégration des soins constitue l'une des principales stratégies qui leur permettront d'atteindre cet objectif. Cependant, la prestation de services en quantité adéquate demeurera un défi dans l'ensemble du pays. « Un grand nombre de provinces commencent à éliminer les silos érigés entre les différents types de fournisseurs de services de santé. La situation se révèle très prometteuse, mais il reste encore beaucoup à accomplir. Ces difficultés résident au cœur de l'intégration des soins et comptent parmi les défis que doivent relever d'autres pays », a fait observer la chercheure Margaret MacAdam (MacAdam, 2011). Il existe différents modèles et démarches d'intégration, mais plusieurs éléments clés rendent certains modèles plus efficaces que d'autres. La collaboration, une démarche centrée sur l'individu (soins axés sur la personne) et l'utilisation adéquate de la technologie comptent parmi les nombreux ingrédients essentiels à un modèle d'intégration efficace. Fait d'importance particulière, l'efficacité des modèles d'intégration exige un travail d'équipe à toutes les étapes du continuum de santé.

L'intégration des soins de santé représente un processus graduel, et il reste tant à faire. Dans l'ensemble du système de santé, les défis liés à l'intégration des soins à domicile englobent la mise au point d'un mécanisme de coordination; l'identification et le ciblage des personnes ayant le plus besoin de recevoir des soins intégrés; la garantie de l'accès; la gestion de cas; la création de réseaux coordonnés de fournisseurs; la formation des fournisseurs; l'exécution d'une analyse de rentabilisation qui convaincra les décideurs d'accroître l'intégration (Lum, 2008).

D'après la vision adoptée par l'ACSSD, les soins de santé correspondent à un système intégré offrant des services accessibles et adaptables, qui permettent à la population de demeurer chez elle en toute sécurité, dans la dignité et l'indépendance, et en bénéficiant d'une qualité de vie.

Des expériences d'intégration réussie continuent de se concrétiser dans différents ressorts territoriaux du pays. Bon nombre d'initiatives font l'objet d'une expansion ou d'une duplication dans d'autres régions, grâce à la publication de nouvelles preuves scientifiques et à l'échange de connaissances entre les praticiens et les décideurs. Qu'il s'agisse de la stratégie ***Home is Best***[MC] de la Régie de la santé de Fraser, en Colombie Britannique (désignée comme une pratique à forte incidence de l'ACSSD), en passant par ***l'initiative d'intégration des soins palliatifs*** de l'Île du Prince Édouard, le concept d'intégration et la reconnaissance de ses avantages poursuivent sur leur lancée.

Dans ce système intégré, le secteur des soins à domicile fournit des services englobant la promotion et l'enseignement de la santé, l'intervention curative, les soins en fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien aux aidants naturels.

L'ACSSD a commandé le présent rapport pour promouvoir cette vision en résumant quelques études actuelles sur l'intégration, en identifiant les obstacles et en faisant ressortir les principaux éléments qui facilitent l'intégration des modèles de soins. Nous espérons qu'il contribuera à enrichir la base de connaissances et qu'il constituera une précieuse source d'information pour les fournisseurs de services, les administrateurs et les décideurs, qui déploient des efforts pour concevoir et maintenir des modèles intégrés de soins englobant les soins à domicile.

Introduction

Les Canadiens accordent de l'importance au maintien de l'autonomie à domicile pendant la plus longue période possible. Si on leur donnait le choix, ils préféreraient obtenir rapidement leur congé de l'hôpital, suivi de la prestation de soins à domicile

Le vieillissement de la population et, par conséquent, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques orientent l'évolution de notre système de soins de santé. Ces forces opposées transforment l'organisation et la prestation des soins de santé au Canada. Les soins de santé, qui revêtaient auparavant un caractère épisodique et de courte durée, reposent maintenant sur une démarche continue qui privilégie la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques. Il n'est donc pas étonnant de constater que cette transition favorise également une plus grande reconnaissance du rôle essentiel que jouent les soins à domicile au sein du continuum élargi des soins de santé.

> Dispensés à domicile et en milieu communautaire, ils englobent la promotion et l'enseignement relatifs à la santé, l'intervention curative, les soins en fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien à l'aidant naturel ».

Dans un secteur des soins de santé aux ressources limitées, la vitesse de ce changement revêt un caractère de plus en plus urgent. De plus en plus, les gouvernements et les décideurs admettent que la coordination et la collaboration au sein du système de santé représentent un changement nécessaire, qui permettra à chaque personne d'accéder à des soins de qualité en temps opportun. L'amélioration des soins grâce à la collaboration efficace des équipes soignantes laisse présumer d'un engagement envers la qualité à toutes les étapes des soins. À ce titre, elle réduit le chevauchement des tâches, augmente l'efficience, améliore les résultats cliniques, rehausse la qualité de vie et favorise une utilisation adéquate du système.

L'intégration exige l'adoption d'un nouveau mode de pensée et d'une nouvelle méthode de travail (ACSSD, *Rapport sur l'intégration des soins,* 2008). En fait, les *soins intégrés* sont largement considérés comme un cadre essentiel, qui permettra de satisfaire aux exigences grandissantes que le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques imposent au système de soins de santé.

Au cours des dernières années, nous avons assisté à la production de nombreuses études et de nombreux rapports sur l'intégration des systèmes de santé. L'objet du présent rapport consiste à synthétiser les travaux de recherche actuels sur le sujet dans le contexte des soins à domicile et des soins continus. Ainsi, les gouvernements, les décideurs, les prestataires et les particuliers approfondiront leur compréhension des difficultés et des possibilités inhérentes à l'intégration des systèmes de santé.

Au cours de la dernière décennie, le secteur des soins à domicile a subi une transformation radicale. La demande relative aux soins à domicile est en hausse : toutes les provinces font mention d'une liste d'attente à l'égard d'au moins un service de soins à domicile (MacAdam, 2011). Les changements opérés dans le secteur des soins de courte durée (fermeture de lits, augmentation du nombre de cliniques de soins ambulatoires et de chirurgies d'un jour, p. ex.) alimentent cette demande relative aux services de soins à domicile, outre les limites imposées au secteur des soins de longue durée (listes d'attente de lits, p. ex.). Au cours des 10 dernières années seulement, les programmes de soins à domicile ont enregistré une augmentation de 51 % de leur nombre de bénéficiaires au Canada. Chaque année, on compte plus d'un million de bénéficiaires, et près de 70 % d'entre eux sont âgés de 65 ans et plus (ACSSD, *Portraits des soins à domicile au Canada,* 2008).

D'après Statistique Canada, la demande relative aux services de soins à domicile devrait progresser au cours des prochaines années au pays, vu l'augmentation de la prévalence des pathologies liées au vieillissement. À titre d'exemple, les statistiques suivantes devraient susciter la réflexion :

- La proportion que représentent les personnes âgées de 65 ans ou plus au sein de la population canadienne a atteint un niveau record en 2006, soit 13,7 % (Statistique Canada, 2006).
- La prévalence des maladies chroniques est plus élevée chez les personnes âgées. La proportion des aînés présentant une déficience ou un handicap augmente également avec l'âge.
- D'après les estimations, quatre aînés vivant à domicile sur cinq ont reçu au moins un diagnostic de maladie chronique, comparativement à une personne sur dix au sein de la population des 25 à 54 ans (Statistique Canada, 2006).
- Les personnes vulnérables risquent davantage de « glisser à travers les mailles du filet », de souffrir inutilement ou de subir une institutionnalisation prématurée.

Au Canada, les soins à domicile jouent un rôle crucial dans la restructuration des soins de santé, le renouvellement des soins primaires, la prise en charge des maladies chroniques et les stratégies de « vieillissement à domicile ».

Comprendre les soins intégrés

L'expression « soins intégrés » fait référence à un processus ou à une stratégie de perfectionnement de la coordination des services de santé, destiné à mieux répondre aux besoins des patients et des prestataires. En matière d'intégration, il n'existe pas de définition unique, ni de modèle de pratique exemplaire. L'intégration peut avoir un sens différent dans différents contextes, et elle peut revêtir plusieurs formes. Les modèles intégrés exigent de faire preuve de souplesse et de se concentrer sur l'élimination des obstacles à l'intégration des soins, plutôt que d'adopter une structure prescriptive (National Health Services, *Future Forum Report,* 2011). En guise de priorité absolue, l'intégration clinique au niveau des services doit porter sur l'amélioration de la démarche de prestation des soins selon les besoins de la personne, en particulier si ces soins sont dispensés par nombre de professionnels et d'organisations (Curry et Ham, 2010).

Varier les modèles de soins intégrés, mais prioriser la personne

Le respect des besoins et des perspectives de la personne constitue un principe directeur de l'intégration des soins. L'efficacité des modèles d'intégration exige un travail d'équipe à toutes les étapes du continuum de santé -- et un engagement indéfectible envers la priorisation des besoins du patient.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé définit l'intégration ainsi : « Collaboration entre les services, les fournisseurs et les organisations répartis le long du continuum afin d'assurer la complémentarité et la coordination des services, au sein d'un système homogène et unifié, ainsi que la continuité pour la clientèle. » Il est important de souligner que l'intégration des soins ne constitue pas une fin, mais un moyen ou une stratégie dynamique de coordination de la prestation des services de santé. L'objectif final de l'intégration consiste à offrir une expérience améliorée au consommateur de soins de santé (ACSSD, *Rapport sur l'intégration des soins*, 2008).

À la base, l'intégration repose sur une interaction plus efficace entre les personnes et les systèmes.

L'intégration des soins varie grandement selon les milieux et les contextes. Le King's Fund du Royaume Uni (2011) fait valoir qu'on peut établir une distinction entre *l'intégration réelle*, par laquelle les organisations fusionnent leurs services, et *l'intégration virtuelle ou contractuelle*, par laquelle les prestataires travaillent en collaboration grâce à des réseaux et à des alliances. Dans certains cas, l'intégration exige d'harmoniser les responsabilités liées à la délégation et à la dispensation des soins. Ainsi, les cliniciens acquièrent la souplesse nécessaire pour consacrer les budgets à la prestation des services, qu'elle soit directe ou confiée à d'autres partenaires. En fait, plusieurs groupes médicaux intégrés appliquent ce modèle aux États Unis. La recherche a démontré qu'il exerce un impact positif sur l'utilisation des services (usage réduit des lits d'hôpitaux, p. ex.) et améliore la qualité des soins. L'intégration peut s'effectuer au niveau *micro* (niveau individuel), lorsque des équipes multidisciplinaires collaborent à répondre aux besoins individuels des usagers et des soignants, ainsi qu'au niveau *méso,* lorsque des prestataires collaborent à répondre aux besoins de populations spécifiques, dont les aînés ou les populations présentant les mêmes maladies ou pathologies.

Le King's Fund insiste sur le fait que « les soins intégrés devraient devenir la principale activité du secteur de la santé et des services sociaux » (King's Fund, 2011). Auparavant, Kodner et Spreeuwenberg (2002) ont souligné que « tous les aspects des soins peuvent souffrir d'une absence d'intégration. Les patients se perdent dans le système; on omet de fournir les services nécessaires, qui accusent alors des retards ou font l'objet de chevauchements; la qualité des soins subit un déclin et le potentiel d'efficacité par rapport au coût diminue. »

Une accumulation de preuves scientifiques fait ressortir les avantages des soins intégrés – pour les prestataires et les particuliers. Des modèles intégrés ayant franchi diverses étapes d'élaboration donnent lieu à des résultats positifs, tant au Canada que dans le reste du monde. Toutefois, il reste beaucoup de leçons à tirer de ces cas de réussite. Les modèles intégrés favorisent l'amélioration des résultats cliniques et de la qualité de vie des patients. Dans le contexte des systèmes, l'intégration des soins s'avère également rentable. En effet, elle réduit le chevauchement des tâches, tout en tablant sur des compétences et une expertise spécifiques, au bon endroit et au bon moment.

Les ingrédients essentiels aux soins intégrés

Il existe plusieurs éléments essentiels à une intégration améliorée des services de santé. Ensemble, ces éléments contribuent à « l'obtention de résultats cliniques positifs par les systèmes intégrés, quelle que soit la forme adoptée en particulier, ou presque » (The King's Fund, 2011). L'intégration dépend de la collaboration entre les fournisseurs, et ce, à toutes les étapes du continuum de soins de santé. En réalité, la collaboration constitue le fondement de l'efficacité des modèles d'intégration.

Les éléments suivants sont largement reconnus comme les principales caractéristiques d'efficacité des modèles de soins intégrés :

LA DÉFINITION DES POPULATIONS, qui facilite les relations entre les équipes soignantes ainsi qu'une population spécifique ou une collectivité locale. Grâce à cette approche ciblée, les équipes soignantes identifient les personnes qui tireront le plus grand parti d'une démarche mieux coordonnée de gestion de leurs soins.

L'HARMONISATION DES STIMULANTS FINANCIERS qui incitent les prestataires à travailler en collaboration. Cette caractéristique englobe la promotion de la responsabilité conjointe quant à la gestion des ressources financières. Elle insiste également sur la promotion de la santé et la prévention, afin de contrer les admissions dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers.

LE PARTAGE DE LA RESPONSABILITÉ LIÉE AU RENDEMENT, grâce à l'utilisation de données favorisant l'amélioration de la qualité et la reddition de comptes aux intéressés par l'établissement de rapports destinés au public.

LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION, qui facilite la dispensation de soins intégrés (dossier médical informatisé et outils permettant d'identifier et de cibler les patients « à risque », p. ex.).

L'APPLICATION DE DIRECTIVES promouvant les pratiques exemplaires et facilitant la coordination des soins prodigués dans le cadre du plan d'intervention, en plus de réduire les lacunes affectant ces soins.

UN LEADERSHIP EFFICACE à tous les niveaux, qui insiste sur l'amélioration constante de la qualité.

UNE CULTURE DE COLLABORATION, qui met l'accent sur le travail d'équipe et la prestation de soins hautement coordonnés et centrés sur le patient.

DES ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES de professionnels de la santé et des services sociaux dans lesquelles, par exemple, des généralistes collaborent à la dispensation de soins intégrés avec des spécialistes.

LA MOBILISATION DES PATIENTS, qui prennent des décisions relatives à leurs soins et à leur soutien pour favoriser leur auto prise en charge.

Source : The King's Fund (2011), adapté de Curry et Ham (2010).

La place des soins à domicile

Les soins à domicile occupent une position unique dans le système de soins de santé. Ils servent de pont intégrateur entre les différents secteurs des soins de santé, dont les soins de courte durée, les soins longue durée et les soins primaires (ACSSD, 2008). L'intégration tient compte des interdépendances entre le patient client, le fournisseur et le système (ACSSD, 2008). En collaboration avec d'autres secteurs de la santé, des programmes de soins à domicile favorisent des réussites importantes quant à l'amélioration des résultats et de la prestation des soins grâce à l'intégration. Des progrès sont accomplis dans de nombreux domaines, dont les soins palliatifs, les soins de longue durée, les soins primaires et les soins de courte durée, entre autres. Sur le plan de la prise en charge des maladies chroniques, la vitesse d'intégration des soins à domicile revêt un caractère de plus en plus urgent pour les décideurs et les prestataires, étant donné le vieillissement de la population. En termes simples, l'intégration exige l'adoption d'une philosophie et de comportements nouveaux.

Selon le chercheur Peter Tsasis, qui a étudié le rôle des soins à domicile dans la prise en charge des maladies chroniques en Ontario, l'intégration des systèmes doit s'articuler autour des besoins de la personne (Tsasis, 2009). « La priorisation des besoins individuels implique la prestation de services à domicile ou le plus rapprochés du domicile », affirme t il. D'après ses conclusions, il est nécessaire de coordonner une démarche favorisant la santé de la population, la prise en charge des maladies chroniques, l'intégration du système et les soins à domicile. Ainsi, les services de soins à domicile s'intègrent aux soins primaires, et les praticiens spécialisés en soins primaires peuvent orienter directement les patients vers les hôpitaux locaux, de sorte qu'ils améliorent l'accès aux services de consultation externe et de diagnostic sans que les patients n'aient à passer par l'urgence.

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

La demande relative aux soins de santé enregistre une progression considérable, en raison du vieillissement de la population. Les gouvernements, les décideurs et les aidants naturels se débattent avec un problème commun : trouver le moyen de prodiguer des soins de qualité afin de répondre aux besoins complexes et constants des aînés. Pour ce faire, ils devront répondre à plusieurs questions cruciales :

- Qui dispensera les soins qui répondront aux besoins de cette cohorte?
- Comment peut on mieux répartir les ressources d'un système de soins de santé déjà exploité au maximum de ses capacités?
- Comment peut on mieux miser sur les compétences des membres de l'équipe soignante, afin de mieux répondre aux besoins de la personne?
- Comment peut on assurer une transition plus efficace et rapide du système, pour passer de la prestation de soins épisodiques et de courte durée à la dispensation de soins continus, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé?
- Quelles sont les implications humaines et financières d'une absence d'intégration des soins?

Voilà quelques unes des nombreuses questions incitant à l'adoption d'une démarche plus collaborative et coordonnée de prestation des soins de santé. De plus en plus, les soins intégrés sont considérés comme une stratégie essentielle de priorisation de la personne, ainsi que d'amélioration des résultats cliniques, de la qualité de vie... et de la répartition des ressources. Le chercheur Marcus Hollander fait remarquer que « les systèmes de dispensation de soins intégrés aux aînés – qu'il s'agisse de systèmes de soins continus, de systèmes fondés sur les

soins primaires ou d'autres systèmes de soins intégrés – constituent la meilleure solution lorsqu'il s'agit d'accroître l'efficience et l'efficacité de la prestation des soins aux aînés » (Hollander, 2007:10).

Le vieillissement de la population et la prévalence grandissante des maladies chroniques représentent un défi constant pour les responsables des politiques en santé, les fournisseurs de services, ainsi que les personnes et leurs soignants. Les malades chroniques sont les plus grands utilisateurs des services de soins de santé. Cependant, le système n'est pas conçu pour permettre à ce groupe de maximiser son usage des services de santé appropriés. Pourtant, les personnes âgées de plus de 65 ans sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques que les plus jeunes. Malgré une progression de la demande d'accès aux services de santé chez les aînés, très peu d'études à grande échelle sur les soins intégrés ont visé cette population, jusqu'à maintenant.

Dirigé en 2009 par Margaret MacAdam pour les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, un projet de recherche a permis d'analyser les compréhensions conceptuelles sous jacentes à l'intégration des soins. Ainsi, l'équipe de recherche a examiné des modèles de soins rentables aux aînés, pour définir leurs principales caractéristiques et déterminer dans quelle mesure les provinces canadiennes appliquaient ces éléments distinctifs.

> **« Dans le domaine de la prestation des soins de longue durée [aux aînés], une coordination et une intégration améliorées des services constituent des moyens viables de réduire le gaspillage des ressources, la fragmentation des soins et l'insatisfaction des patients, tout en augmentant le rapport coût efficacité ».**
> **— MacAdam, 2008**

Le projet comprenait trois parties : une analyse documentaire, une analyse du contexte de l'activité des provinces ayant instauré un modèle intégré de soins aux aînés, ainsi qu'une table ronde. L'analyse documentaire a démontré qu'à peine sept études répondaient aux critères d'inclusion du projet. D'après un processus d'évaluation formelle, ces études sur les soins intégrés ont révélé une réduction du recours aux hôpitaux et aux maisons de soins infirmiers, un accroissement de la satisfaction de la clientèle, ainsi que des économies de coûts ou une efficacité par rapport au coût.

L'intégration exige de la souplesse

L'efficacité des modèles ne repose ni sur leur caractère prescriptif, ni sur une définition rigide. La démarche adoptée dépend plutôt de l'objectif final des politiques. D'après les conclusions de Margaret MacAdam, les responsables des politiques du Canada et de nombreux autres pays sont en voie de parvenir à un consensus sur les principales caractéristiques des modèles de santé et de services sociaux intégrés. Ces caractéristiques incluent l'établissement de liens intersectoriels et interprofessionnels en vue de la planification des soins collaboratifs; le recours à la gestion multidisciplinaire des cas et des soins, facilitée par la mise en commun des données d'évaluation, la technologie de l'information et l'aide à la décision; enfin, la création de stimulants financiers, parmi d'autres mesures, afin d'encourager la participation des organisations et des professionnels à l'atteinte des objectifs de programmes communs.

Par ailleurs, les cadres qui comprennent un ensemble d'outils de soins intégrés servent efficacement à orienter l'instauration des réformes de la santé. Bien que le cadre ne dicte pas la structure, sa composition peut favoriser l'atteinte d'objectifs spécifiques en matière de politiques et s'adapter à différents contextes. Le cadre Hollander Prince (2008) est le plus souvent élaboré dans le domaine des soins continus aux aînés, aux personnes atteintes de maladie mentale, ainsi qu'aux adultes et aux enfants handicapés. Il a donc constitué le fondement de l'enquête

menée par Margaret MacAdam auprès des ministères provinciaux de la Santé du Canada. Ce cadre compte trois composantes : les prérequis sous tendant, sur les plans de la philosophie et des politiques, le soutien constant à l'intégration des systèmes de soins; une série de pratiques exemplaires sur l'organisation de la prestation des services; un ensemble de mécanismes de coordination et d'arrimage des organisations et des professionnels contribuant à la prestation des services de soins.

L'intégration des soins représente une stratégie particulièrement importante. En effet, elle permet de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, qui peuvent souffrir de plusieurs maladies chroniques et, par conséquent, sont en contact avec un ensemble de professionnels de la santé et des services sociaux.

D'après les conclusions de l'étude MacAdam, certaines provinces ont accompli de grands progrès quant à l'instauration d'éléments de pratiques exemplaires régissant leurs systèmes de soins intégrés. Dans les domaines des pratiques exemplaires administratives et de l'arrimage avec d'autres secteurs, cependant, la progression s'effectue plus lentement. Bien que l'ensemble des provinces réalisent des avancées en faveur d'une intégration accrue des systèmes de santé, ces progrès se révèlent inégaux à l'échelle interprovinciale, et parfois neutres au sein même des provinces. Il faut donc augmenter les investissements pour assurer le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins aux aînés, tout en réduisant le chevauchement des tâches et l'effet de silo. L'offre ne répond pas à la demande : toutes les provinces, sauf l'Ontario, affirment construire davantage de maisons de soins infirmiers et augmenter la disponibilité des lits offerts dans ces établissements. Qui plus est, chaque province fait mention d'une liste d'attente à l'égard d'au moins un service de soins à domicile.

Des rapports publiés dans d'autres pays (The King's Fund, Royaume Uni, 2011, p. ex.) font observer que l'intégration des soins représente une stratégie particulièrement importante. En effet, elle permet de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, qui peuvent souffrir de plusieurs maladies chroniques et, par conséquent, sont en contact avec un ensemble de professionnels de la santé et des services sociaux. Ces avantages, à titre d'exemple, sont illustrés par l'efficacité d'un modèle intégré de soins mis en œuvre à Torbay, en Angleterre. Dans cette agglomération, des équipes intégrées assurent la prestation des soins de santé et des services sociaux aux aînés. Ces équipes, créées à titre de projet pilote en 2004, se sont étendues à toute la région depuis. Chaque équipe, qui offre ses services à un groupe de 25 000 à 40 000 personnes, se conforme aux pratiques générales de la localité.

Les équipes intégrées qui délèguent des services afin de répondre aux besoins de la clientèle exploitent des budgets en commun. L'une de leurs priorités majeures consiste à augmenter les dépenses consacrées aux services de soins intermédiaires [soins de soutien], qui permettent aux patients de recevoir de l'aide à domicile et contribuent à réduire les admissions en milieu hospitalier. Les résultats englobent une réduction du nombre quotidien moyen de lits occupés (de 750, en 1998 1999, à 502 en 2009 2010), une baisse historique du nombre de jours d'alitement en salle d'urgence, chez la population âgée de 65 ans et plus de la région, ainsi que des retards négligeables sur le plan du transfert des soins (Thistlewaite, 2011).

L'intégration des soins à domicile aux soins primaires

Il est essentiel d'intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins primaires, afin de répondre aux besoins des aînés qui souhaitent demeurer chez eux le plus longtemps possible. La philosophie ***Home is Best***^{MC} témoigne des avantages d'une collaboration et d'une coordination accrues. D'abord instaurée dans la région sanitaire de Fraser, en Colombie Britannique, elle s'étend maintenant à toute la province. Désignée comme une pratique à forte incidence de l'ACSSD, ***Home is Best***^{MC} consiste en une démarche systémique de soins de santé impliquant la structuration et le renforcement d'un partenariat entre les services de soins à domicile et en milieu communautaire, les soins de courte durée et les soins primaires. Ainsi, elle améliore l'expérience des aînés au sein du système de santé. À l'échelle systémique, ***Home Is Best***^{MC} constitue un ensemble d'éléments facilitateurs, dont la planification proactive des congés, l'expansion des services communautaires de soutien, l'accès accru aux services de soins à domicile et l'intervention téléphonique.

Guidés par la philosophie ***Home Is Best***^{MC}, des aînés reçoivent l'aide favorisant leur maintien à domicile. Une équipe soignante coordonne leurs soins en collaboration avec un médecin de famille. « La nouvelle philosophie et la démarche originale de soins ont engendré l'abrègement du délai d'admission des clients aux services communautaires; une baisse du nombre d'orientations des patients vers un « autre niveau de soins » (ANS); un raccourcissement des séjours en milieu hospitalier; enfin, une réduction du nombre de consultations en salle d'urgence » (ACSSD, *Pratique à forte incidence*, 2012). Cette démarche coordonnée, concrétisée par la philosophie ***Home Is Best***^{MC}, permet aux aînés de garder leur santé et de demeurer plus longtemps chez eux, de réintégrer leur domicile plus rapidement après un séjour à l'hôpital et de prévenir ou de retarder leur admission à l'hôpital ou en établissement de soins, sauf si nécessaire.

Dans tout le pays, d'autres initiatives d'intégration des soins à domicile aux soins primaires donnent des résultats positifs, que ce soit en Colombie Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario, entre autres (ACSSD, 2008). Ces initiatives adaptées à des populations patients clients spécifiques prévoient l'établissement de liens entre les intervenants, afin d'améliorer la dispensation des soins à l'ensemble de la clientèle. En voici des exemples :

- Arrimage entre le personnel de soins à domicile (dont les gestionnaires de cas, le personnel infirmier, les thérapeutes et le personnel de soutien à domicile) et les équipes de santé familiale et (ou) de soins primaires
- Création et maintien de partenariats entre des médecins de famille et des gestionnaires de cas spécialisés en soins à domicile afin d'améliorer la communication, la collaboration et l'utilisation du système
- Instauration d'un modèle d'accès communautaire fondé sur une structure d'équipe communautaire
- Soutien à des équipes interdisciplinaires de soins primaires, en vue de fournir plusieurs services à un seul endroit
- Établissement de ressources communautaires et de cliniques pour les aînés dans le secteur des soins primaires

À l'échelle systémique, *Home Is Best*^{MC} constitue un ensemble d'éléments facilitateurs, dont la planification proactive des congés, l'expansion des services communautaires de soutien, l'accès accru aux services de soins à domicile et l'intervention téléphonique.

En Ontario, l'exécution du *Projet d'intégration des soins* (PIS) visait l'élaboration et l'évaluation d'un modèle encourageant une intégration véritable tout au long du continuum des soins de santé. Le PIS est une initiative pluriannuelle prévoyant le développement, la mise en service et l'évaluation de centres d'accès aux soins communautaires responsables de planifier la transition vers un modèle plus intégré de service à la clientèle,

dont le paiement effectué en contrepartie de résultats spécifiques. L'objectif du projet consiste à faire en sorte que les populations, dont celles présentant des besoins complexes, reçoivent les soins et le soutien nécessaires à une vie épanouie au sein de la collectivité. « Le PIS, proposition de valeur unique, se fait le champion de l'intégration des soins, du paiement fondé sur les résultats (remboursement alternatif) et de la navigation à l'intérieur du système » (Bell et Foley, 2011).

Jusqu'à maintenant, ce modèle s'avère prometteur. Il favorise une intégration accrue et, en définitive, améliore l'évolution de l'état de santé des patients et le rapport coût efficacité. La première phase du PIS portait sur le soin des plaies. À quatre semaines, tous les centres prenant part au projet avaient dépassé l'objectif de réduction des plaies de 30 %. De plus, 72 % des clients ont déclaré être davantage en mesure d'assurer leur prise en charge, grâce au programme proposé lors de l'évaluation de leurs soins intégrés. À l'heure actuelle, le modèle du PIS s'applique au secteur des soins palliatifs. En outre, on élabore des projets futurs à l'intention des aînés en perte d'autonomie et des enfants vulnérables, sur le plan médical.

L'intégration des soins à domicile aux soins de courte durée

Le secteur des soins de courte durée donne lieu à des succès similaires. Un nombre important de bénéficiaires de soins de courte durée sont orientés vers des programmes de soins à domicile (ACSSD, Portraits des soins à domicile, 2008). Les secteurs des soins à domicile et des soins de courte durée renforcent leurs relations de travail, motivés par la nécessité d'assurer une utilisation et une gestion améliorées des lits d'hôpitaux, en plus de limiter les coûts de santé. Les *arthroplasties de la hanche et du genou* et le *partenariat au service des patients* constituent des exemples d'intégration fructueuse entre les soins à domicile et en milieu hospitalier. Ces « pratiques à forte incidence de l'ACSSD » prévoient le placement de personnel spécialisé en soins à domicile dans des établissements de soins de courte durée. Elles favorisent ainsi l'efficacité des sorties d'hôpital, en particulier chez les patients devant accéder à un autre niveau de soins.

En Ontario, *l'initiative FLO* contribue à accélérer la transition de la clientèle des soins de courte durée vers la collectivité. Selon la philosophie de l'initiative FLO, il faut accorder la priorité à la clientèle et améliorer les processus existants afin de mieux la servir. Dans le cadre d'un partenariat, l'équipe de base se compose de fournisseurs de services hospitaliers et de personnel spécialisé en soins à domicile. D'autres partenaires favorisent l'efficacité des transitions, dont des prestataires de services infirmiers, des agences de soutien communautaire et des établissements de soins de longue durée. Le succès de l'initiative repose sur l'uniformisation des processus, une communication régulière et fréquente, des protocoles conjoints de transition et d'admission, ainsi que des partenariats entre les dispensateurs de soins, entre autres (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2008).

Certaines provinces connaissent le succès grâce à des initiatives intégrées portant sur l'utilisation des services d'urgence. L'Alberta, l'Ontario et le Nouveau Brunswick, par exemple, ont instauré des programmes visant à réduire l'utilisation des services d'urgence et à prévenir les admissions inappropriées à l'hôpital. Les principales caractéristiques de ces programmes incluent le recours au personnel de soins à domicile (grâce à la présence d'un gestionnaire de cas au service d'urgence, en général), ainsi que la collaboration entre les soins à domicile et les services médicaux d'urgence. Le cas échéant, elles favorisent l'aiguillage vers les soins à domicile, plutôt que le transport à l'hôpital. De plus, le personnel de soins à domicile se charge d'identifier les patients admissibles à un congé d'hôpital et d'accélérer leur sortie des services d'urgence. Cette stratégie de repérage conjoint préconise une compréhension approfondie des besoins de la clientèle et des capacités du système (ACSSD, *Rapport sur l'intégration*, 2008).

Chez soi d'abord, autre démarche désignée comme une « pratique à forte incidence de l'ACSSD », repose sur une nouvelle philosophie adoptée par les hôpitaux et par le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de la région du réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton. L'élaboration de la stratégie *Chez soi d'abord* visait à résoudre le problème du flux des patients en milieu hospitalier. À l'instar de nombreux ressorts territoriaux, trop de gens séjournaient à l'hôpital en attendant d'accéder à d'autres niveaux de soins (ANS), en particulier les soins de longue durée (SLD). Le titre « ANS » s'applique aux patients qui occupent un lit d'hôpital, mais dont l'état n'exige pas de recourir aux ressources ni aux services intensifs offerts dans un milieu de soins. Des taux élevés de recours aux ANS signifient que des patients reçoivent des soins dans un milieu inapproprié, et que le système risque de subir une surcharge, créant ainsi des retards de travail dans les salles d'urgence.

Chez Halton Healthcare Services, le nombre de nouveaux patients orientés mensuellement vers les SLD a chuté, passant de 25 à 14 au sein d'un hôpital, et cette tendance se maintient. Dans cet hôpital, le ratio entre les patients affectés aux ANS et les patients recevant des SLD est passé de 87, en septembre 2008, à 30 en juin 2009. Le pourcentage élevé d'ANS en milieu hospitalier, qui reflète le nombre de jours patients, a également dégringolé, passant de 28 % à un intervalle de 3 à 5 %, dans lequel il se maintient. L'ACSSD décrit *Chez soi d'abord* comme « une grande victoire pour les milieux communautaire et hospitalier, et en particulier pour les aînés en perte d'autonomie du réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton »

Chez soi d'abord mise sur la maximisation des investissements dans les services de soutien communautaire, la création de processus opérationnels facilitant l'accès aux services de soutien communautaire et la promotion d'une transformation de la culture, pour favoriser l'engagement envers des options de soins offertes à l'extérieur du milieu hospitalier.

L'intégration des soins à domicile aux soins de longue durée

On observe également une intégration accrue dans le contexte des soins de longue durée, engendrée par le vieillissement d'une population qui souhaite demeurer chez elle le plus longtemps possible. L'intégration et la coordination des systèmes de soins réduit la fragmentation et contribue à éviter les admissions prématurées en établissement (Rapport de l'ACSSD, 2008). À titre d'exemple, le *Seniors at Risk Integrated Health Network* (SARIN) s'appuie sur un modèle enrichi de soins aux malades chroniques. Il a pour objectif d'aider les aînés souffrant d'au moins deux maladies chroniques à demeurer chez eux (Régie de la santé de l'île de Vancouver, Colombie Britannique).

Au Québec, le *Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie* — ou PRISMA — vise à améliorer la continuité et l'accessibilité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'exécution du programme PRISMA se poursuit depuis dix ans en périphérie de Montréal. Son objectif consiste à aider les personnes âgées en perte d'autonomie à demeurer chez elles le plus longtemps possible. Le programme PRISMA prévoit l'application d'un modèle intégré de prestation des services qui facilite la détermination, la coordination, le maintien et l'évaluation d'un éventail complet de services de soins à domicile fournis par des médecins praticiens, par des employés de la fonction publique et par des organismes bénévoles. Les données sur l'efficacité de ce modèle ont révélé une diminution de l'incidence du déclin fonctionnel, un allègement du fardeau imposé aux soignants et une baisse de la proportion des personnes âgées souhaitant faire leur entrée en établissement. La philosophie et la démarche du programme s'intègrent au modèle de prestation de services des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province de Québec.

Au Royaume Uni, le National Health System (NHS) insiste également sur la nécessité d'améliorer les soins de longue durée. Dans son rapport de 2005 intitulé *Supporting People with Long-Term Conditions*, le NHS fait remarquer que les soins dispensés à la majorité de cette population revêtent « traditionnellement un caractère réactif, non planifié et épisodique ».

> **« L'harmonisation des soins avec les besoins constitue la solution. Chez la majorité des personnes atteintes d'une maladie chronique, ses bienfaits importants découlent d'une amélioration de l'état de santé, d'une meilleure intégration du soutien à l'auto prise en charge des symptômes et de la médication » (NHS, 2005).**

Ces aspects entraînent un recours intensif aux services de soins secondaires (médecins spécialistes, soins de courte durée, p. ex.). D'après son étude, le NHS recommande un modèle fondé sur les réussites et les innovations existantes, afin d'aider les services locaux de santé communautaire à élaborer une démarche plus systématique et intégrée. Le NHS identifie trois éléments d'harmonisation des soins avec les besoins spécifiques de la personne : la gestion de cas, la gestion des soins spécifiques aux maladies et l'aide à l'auto administration des soins. .

L'intégration des soins à domicile aux soins palliatifs

Les soins palliatifs constituent un autre domaine où une meilleure intégration aux programmes de soins à domicile donne des résultats positifs. En raison des engagements pris dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (2004), des ressorts territoriaux du Canada se consacrent à améliorer la prestation des soins à domicile aux patients en fin de vie. Désigné comme une pratique à forte incidence de l'ACSSD, le *programme de soins palliatifs améliorés* constitue un exemple de démarche intégrée visant à soutenir les patients recevant des soins palliatifs en milieu communautaire.

Le programme de soins palliatifs améliorés permet aux personnes souffrant d'une maladie terminale de recevoir des soins en fin de vie au moment opportun. L'équipe de soins palliatifs améliorés regroupe un gestionnaire de cas spécialisé en soins à domicile, une infirmière en pratique avancée (infirmière clinicienne spécialisée ou infirmière praticienne), un médecin spécialisé en soins palliatifs et un conseiller spirituel. Cette équipe principale sert de ressource clinique spécialisée à l'équipe élargie de soins à domicile, dont plusieurs membres peuvent posséder une formation complémentaire en soins palliatifs, mais doivent assumer une charge de travail en soins généraux. Par conséquent, l'équipe de soins palliatifs améliorés (SPA) contribue au perfectionnement des connaissances et des compétences du personnel infirmier, du personnel médical, ainsi que des soignants professionnels et des aidants naturels qui offrent leurs services à cette clientèle.

Le Conseil canadien de la santé a identifié le programme de soins palliatifs intégrés de l'Île du Prince Édouard comme l'une des six « pratiques exemplaires » du Canada. Le modèle du programme repose sur les normes adaptées d'un document de l'Association canadienne de soins palliatifs (consulter le www.chpca.net). Le point de référence du programme, coordonné par le programme régional de soins à domicile, outre son outil d'évaluation commun, visent à limiter le chevauchement et la répétition des tâches dans l'intérêt des patients et de leur famille. Ils ont grandement contribué à faire de ce programme provincial l'une des pratiques exemplaires applicables à l'ensemble du Canada.

Par ailleurs, le district de santé de la capitale de la Nouvelle Écosse offre également un service de soins palliatifs intégrés pour mieux répondre aux besoins des patients en fin de vie. Des fournisseurs de soins de santé travaillent au sein d'une équipe, afin d'assurer l'accès des patients au milieu qui convient le mieux à leurs besoins.

L'intégration des soins à domicile aux soins pédiatriques

De plus en plus d'enfants doivent recevoir un soutien élargi en santé, tant à domicile qu'en milieu communautaire (Children and Youth Homecare Network, 2002). À titre d'exemple, près de 15 % des bénéficiaires de soins à domicile de l'Ontario sont des enfants (Kirby, 2002).

Le Children's Treatment Network (CTN) constitue un exemple d'application du modèle intégré de soins en Ontario. Ce modèle relie plus de 40 établissements de soins de santé, d'enseignement, de loisirs, de services sociaux et de services communautaires. Il permet ainsi l'adoption d'une démarche d'équipe quant aux soins prodigués à chaque enfant. Les principes clés de ce modèle englobent une démarche centrée sur la famille; une intervention holistique, grâce à laquelle les membres du CTN collaborent à établir un plan unique de services pour chaque client; un cadre intégré prévoyant la participation des intervenants à un système de soins dispensés aux enfants présentant des besoins en réadaptation dans les régions de Simcoe et de York. Une évaluation du CTN a révélé une facilitation de l'accès, un abrègement de l'attente relative aux services, une participation accrue des enfants dans les milieux scolaire, communautaire, familial et récréatif, de même qu'une amélioration du fonctionnement familial et de la qualité de vie, entre autres (Children's Treatment Network, 2010).

Recourir à la gestion des cas pour intégrer les systèmes

La gestion de cas est un élément important de l'intégration des systèmes de santé (ACSSD, 2007a). Les chercheurs Marcus Hollander et Michael Prince préconisent la gestion de cas comme une stratégie essentielle d'accroissement de l'intégration des soins : « Selon nous, la plupart des clients reçoivent les meilleurs services s'ils conservent le même gestionnaire de cas au fil du temps, parmi tous les éléments du système. » Ils ajoutent que la gestion systémique des cas favorise une harmonisation constante entre les besoins de la personne et l'éventail des services offerts – même advenant l'évolution de ces besoins. L'adoption d'une démarche systémique de gestion des cas empêche la détérioration de l'état des clients en raison d'une absence de surveillance régulière, qui peut finir par exiger la prestation de services plus coûteux, dont l'admission en milieu hospitalier (Hollander and Prince, 2008:11).

Bien qu'elle varie sur les plans de la portée, de l'accès et du contenu, la gestion de cas est une activité commune à tous les ressorts territoriaux du Canada. Traditionnellement, les gestionnaires de cas spécialisés en soins à domicile se sont concentrés sur la coordination et l'accessibilité des services de leur secteur, celui des soins à domicile et en milieu communautaire. Lorsqu'une personne ne répondait pas aux critères d'admissibilité aux soins à domicile, on l'orientait vers d'autres fournisseurs de services ou on lui donnait son congé afin qu'elle assure sa propre prise en charge, jusqu'à la prochaine crise qui la faisait rentrer dans le système. Cette démarche épisodique a occasionné une fragmentation des soins. Les membres de l'équipe soignante élargie travaillaient en silos, ne collaboraient pas spontanément à la prestation des soins et méconnaissaient le rôle de leurs collègues.

Les professionnels de la santé adoptent cette stratégie en collaboration avec leur clientèle, afin de maximiser l'autonomie et les capacités du client par la défense de ses intérêts, par la communication, par l'éducation, par l'identification des ressources nécessaires et l'accès à ces ressources, ainsi que par la coordination des services.

Grâce à l'arrimage entre des gestionnaires de cas spécialisés en soins à domicile et des équipes de soins familiaux, le Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires, mis en œuvre par l'ACSSD, a contribué à cerner les nombreux avantages d'une amélioration du rôle des gestionnaires de soins à domicile quant à la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie chronique. Ce projet, qui portait sur la satisfaction des besoins de la clientèle par une équipe de soins intégrés, a permis d'évaluer l'élargissement du rôle des soins à domicile dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques. Rendue possible grâce à la gestion de cas, cette démarche intégrée a amélioré la qualité des soins. Elle a réduit leur fragmentation, renforcé la coordination des soins complexes et assuré la prestation de services essentiels de dépistage, de surveillance et d'évaluation auprès de la clientèle. Elle s'est inspirée d'une approche holistique soutenue par la création de liens avec le milieu élargi des soins.

Voici les principales caractéristiques de la gestion de cas spécialisée en soins à domicile, dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques :

- Évaluation régulière de la lutte contre la maladie, de l'observance du plan de soins et de l'auto prise en charge de la maladie
- Ajustement du traitement et (ou) communication des besoins du client au médecin spécialisé en soins primaires, sur une base régulière
- Aide à l'auto prise en charge
- Aide à l'intensification du suivi
- Aide à la navigation tout au long du processus de soins de santé (Hindmarsh, 2008).

L'intégration par la gestion de cas comporte assurément quelques défis. À ce titre, il faut renforcer la communication et la collaboration entre les gestionnaires de cas et les fournisseurs, d'une part, et au sein du système, d'autre part, afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins prescrits (Association canadienne des soins de santé, 2009). Grâce au Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires, l'ACSSD a élaboré une solution afin de surmonter cet obstacle. Cette solution a amélioré la qualité des soins et l'utilisation des ressources humaines en santé. En outre, elle a permis de jumeler des gestionnaires de cas avec des médecins de famille, et ainsi de les désigner comme un élément de l'équipe soignante. Cet arrangement a profité à tous les intéressés : les médecins ont déclaré obtenir un plus grand soutien et ont allégé leur charge de travail; les gestionnaires de cas étaient mieux en mesure de coordonner les soins; enfin, l'état des patients s'est amélioré. Ce modèle intégré est considéré comme une pratique exemplaire nationale. À l'heure actuelle, il est mis en œuvre dans plusieurs régions de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie Britannique.

Obstacles à l'intégration

Il existe de nombreux obstacles à l'intégration fructueuse des systèmes de santé. L'ACSSD a défini les obstacles suivants, à la suite d'une consultation réalisée auprès de spécialistes des soins à domicile en 2011 :

- Absence de vision d'intégration clairement centrée sur la personne
- Modèles de gouvernance et leadership se conformant à une approche hiérarchique et rejetant les modèles souples, adaptatifs et inclusifs de soins
- Politiques et financement décourageant la collaboration par des mesures d'incitation aux soins épisodiques et en silo
- Compréhension limitée des rôles et de la valeur de chaque membre de l'équipe, quant à l'expérience vécue par le patient sur le plan des soins
- Manque de confiance et communication minimale entre les membres de l'équipe soignante; absence de responsabilisation par rapport à l'évolution de l'état de santé du patient
- Fragmentation et (ou) absence de systèmes technologiques facilitant l'échange d'information, la communication et l'évaluation en temps opportun
- Attentes irréalistes, notamment à l'égard du délai nécessaire à la création de partenariats de confiance; nécessité d'appuyer l'exécution d'un processus de changement systémique; nécessité d'obtenir des ressources initiales pour maintenir ce changement

Menée en 2011 par The Change Foundation, une étude a confirmé l'existence de ces obstacles à l'intégration et souligné la nécessité de mieux comprendre les perspectives et l'expérience des fournisseurs de services communautaires, soit les coordonnateurs de soins, les membres d'une profession de la santé réglementée et les préposés aux services de soutien à la personne.

Ce contexte est essentiel à la compréhension et à l'amélioration de l'expérience des personnes et de leurs soignants.

The Change Foundation a réalisé cette étude en s'appuyant sur une enquête menée auprès de membres d'une profession de la santé réglementée (soins infirmiers, pharmacie, service social, diététique et ergothérapie, p. ex.), de coordonnateurs de soins (coordonnateurs ou gestionnaires de cas) et de préposés aux services de soutien à la personne. L'enquête, modifiée en fonction de chaque groupe, était conçue pour améliorer la compréhension des interactions avec la clientèle. Ses résultats ont permis de cerner des possibilités d'amélioration de la qualité et, en définitive, de l'expérience du patient. Quatre thèmes clés ont ressorti de l'analyse des réponses à l'enquête :

- Élaboration d'une stratégie de ressources humaines
- Perfectionnement du design opérationnel
- Amélioration de l'échange d'information et de la communication
- Perfectionnement de l'arrimage avec les soins primaires

Conclusion

La création et le maintien d'un système intégré de soins n'est pas une tâche facile. Si elle ne comportait aucune difficulté, tous les systèmes seraient intégrés. Néanmoins, les avantages de l'intégration quant à l'évolution de l'état de santé de la clientèle, au rapport coût efficacité et à la satisfaction des prestataires, contrebalancent nettement les efforts exigés, ainsi que la soi disant quantité élevée de ressources qui lui sont consacrées.

La recherche démontre que le secteur des soins à domicile peut, et devrait jouer un rôle essentiel dans l'intégration des systèmes de soins de santé. Qu'il s'agisse de répondre aux besoins de notre population vieillissante, de fournir les services nécessaires au maintien à domicile d'enfants vulnérables devant recevoir des soins complexes ou d'aider des personnes à mourir dignement dans le milieu de leur choix, la démarche intégrée de soins produit les meilleurs résultats. L'intégration exige la participation active des gouvernements, des planificateurs de politiques, des administrateurs de systèmes, des fournisseurs de services, des personnes et de leur famille. Grâce à ses études et aux commentaires qu'elle a recueillis auprès de prestataires de services, de décideurs et de particuliers répartis dans l'ensemble du pays, l'ACSSD propose plusieurs recommandations clés afin de surmonter les obstacles à l'intégration et d'offrir l'expérience harmonieuse et rentable à laquelle nous espérons tous accéder dans le domaine des soins de santé

- Structurer **une vision et une philosophie** favorisant l'intégration d'un système de soins de santé centré sur la personne.
- Proposer des **modèles clairs de financement et d'orientation des politiques** qui récompensent et promeuvent l'intégration, tout en permettant aux fournisseurs de services de concrétiser la vision.
- Concevoir des modèles de prestation des soins fondés sur les **besoins en santé de la population,** qui intègrent des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Adopter des **compétences en leadership** et des structures opérationnelles novatrices, qui renforcent le partage des responsabilités, ainsi que la souplesse nécessaire à l'encouragement et au maintien de l'intégration.
- Restructurer **les services de soins primaires et bâtir des partenariats avec les secteurs des soins à domicile,** de l'intervention communautaire, des soins de courte durée et de l'aide à la vie autonome.
- Miser sur les partenariat cliniques et les compétences en soins à domicile pour proposer la **gestion de cas comme stratégie d'intégration des systèmes de santé.**
- Investir dans des **solutions technologiques** pour améliorer la communication et la collaboration entre les professions et les secteurs de la santé.
- Adopter un **cadre de responsabilisation** qui adhère à la méthode Triple Aim* de mesure des objectifs établis pour les systèmes intégrés :
  1. Bonifier l'expérience individuelle (du patient) à l'égard des soins (dont la qualité, l'accessibilité et la fiabilité).
  2. Améliorer la santé des populations de patients.
  3. Réduire, ou du moins maîtriser le coût des soins par habitant dans l'intérêt des populations.

*(*Source : Berwick, 2008)*

Un investissement adéquat et constant dans les soins à domicile, outre l'intégration des stratégies, doit constituer une priorité quant à l'évolution du système de soins de santé. L'intégration des systèmes de santé revêt un caractère complexe et comporte plusieurs aspects : il est impossible d'instaurer un nouveau système de santé unifié et harmonisé du jour au lendemain. Il faut investir temps et argent dans la transition, pour favoriser une évolution des interactions entre les personnes et les systèmes. À ce titre, des progrès sont accomplis dans tout le pays, puisque des décideurs et des fournisseurs de services découvrent et instaurent des méthodes de coordination et de collaboration novatrices, en plus d'apporter des améliorations significatives à la qualité des soins.

Références

- Association canadienne des institutions de santé universitaires. *Dans l'attente de changements III : Ordre et célérité... Améliorer l'accès aux soins grâce à des innovations en matière d'évolution des patients,* 2009, extrait du www.acaho.org.
- Berwick, D., Nolan, T. et Whittington, J. « The Triple Aim: Care, Health and Cost », *Health Affairs,* vol. 27, no 3, 2008, p. 759-769
- Association canadienne des soins de santé. *Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream,* auteur, Ottawa, 2009.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Transformation Lessons from Disease based Strategies: An Environmental Scan,* 2012, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Association canadienne de soins et services à domicile. *Intégration des soins - Examiner les potentialités de l'harmonisation des soins à domicile avec d'autres secteurs de soins de santé,* 2008a, rapport complet diffusé au www.cdnhomecare.ca.
- Association canadienne de soins et services à domicile. Portraits des soins à domicile, 2008b.
- Association canadienne de soins et services à domicile. *Appliquer la gestion de cas en tant que stratégie d'intégration des systèmes : expériences issues du Projet de partenariat national de l'ACSSD,* 2007a, rapport complet diffusé au www.cdnhomecare.ca
- Association canadienne de soins et services à domicile. *The Integral Role of Home Care in Improving Access to Care,* janvier 2007, 2007b, rapport complet diffusé au www.cdnhomecare.ca
- Association canadienne de soins et services à domicile. Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires, 2006, www.cdnhomecare.ca.
- Initiatives de l'Association canadienne de soins et services à domicile : pratiques à forte incidence, www.cdnhomecare.ca)
- Association canadienne de soins et services à domicile, www.cdnhomecare.ca
- Children and Youth Homecare Network. Document soumis à la Commission Romanow, 2002.
- Children's Treatment Network. *5-year Progress Report,* 2010, www.ctn-simcoeyork.ca.
- Curry, N. et C. Ham. *Clinical and service integration. The route to improved outcomes,* The King's Fund, Londres, 2010, extrait du http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical_andService_html.
- Foley, J. et D. Bell. ICCP: *Leveraging Innovation for Added System Value,* exposé présenté au congrès 2011 de l'Association canadienne de soins et services à domicile, Niagara Falls (Ontario), le 24 octobre 2011.
- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J. et C. Ham. *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together,* The King's Fund, Londres, 2011.
- Ham, C., Imison, C., Goodwin, N., Dixon, A. et P. South. *Where next for the NHS reforms? The case for integrated care,* The King's Fund, Londres, 2011.
- Santé Canada. *Integration of Primary Health Care and Home Care Services in Canada,* Santé Canada, Ottawa, 2006.

- Santé Canada. *Integration of Primary Health Care and Home Care,* rapport de l'atelier tenu à Santé Canada le 13 mars 2007.

- Hindermarsh, M. *Meeting the Needs of the Community: A System for Redesigning Care*, exposé présenté lors d'un atelier sur l'intégration, Association canadienne de soins et services à domicile, Toronto (Ontario), le 8 mars 2008.

- Hollander, M. *Developing a Strategic Framework for Continuing Care Services*, rapport préparé pour le ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse, direction des soins continus, Hollander Analytical Services Ltd., 2007.

- Hollander, M. et M. Prince. « Organizing Healthcare Delivery Systems for persons with ongoing care needs and their families: A Best Practices Framework », *Healthcare Quarterly,* vol. 11, no 1, 2008, p. 42 52.

- Hollander M., Chappell N., Prince, M. et E. Shapiro. « Providing Care and Support for an Aging Population », *Healthcare Quarterly*, no 3, 2007, p. 34-45.

- Kirby, M. *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme,* Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002.

- Kodner, D. et C. Spreeuwenberg. « Integrated care: meaning, logic, applications and implications — a discussion paper », *International Journal of Integrated Care,* vol. 1, no 2, février 2002.

- Lum, J. *Integrated Care,* exposé présenté au congrès *Look Globally, Act Locally: Integrating Care in the Community for Vulnerable Populations,* Toronto (Ontario), le 20 octobre 2008.

- MacAdam, M. *Moving health service integration: Provincial Progress in System Change for Seniors,* Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2009.

- MacAdam, M. *Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review,* Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2008.

- National Health Service. *Supporting People with Long Term Conditions.* An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration, Department of Health, Royaume Uni, 2005, http://www.dh.gov.uk.

- Statistique Canada. *Un portrait des aînés au Canada,* 2006.

- The Change Foundation. *The Integration of Care*, rapport préparé par The Change Foundation, Toronto (Canada), 2011.

- Thistlewaite, P. Integrating health and social care in Torbay, The King's Fund, Londres (Angleterre), 2011.

- Tsasis, P. « Chronic disease management and the home-care alternative in Ontario », *Health Services Management Research,* vol. 22, no 3, 2009, p. 136 139.