Réseaux intégrés de services

Marie-Josée Fleury, Ph.D.
McGill – Douglas Institut universitaire en santé mentale; 17-01-2012

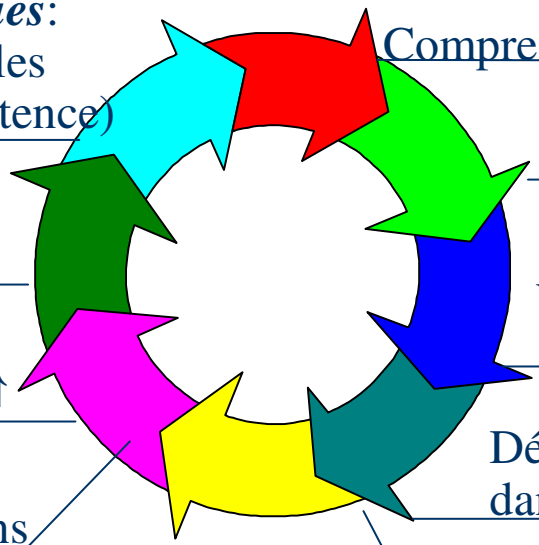
Réseaux intégrés de services (RIS)

1) Contexte d'émergence des RIS
   - ✓ Données: prévalence & inadéquation services
2) Tendances des transformations en cours
   - ✓ Objectifs poursuivis & effets associés aux RIS
3) La notion de RIS
   - ✓ Dimensions importantes à considérer
4) Facteurs facilitant et entravant les RIS
5) Conclusion – enjeux clés des RIS

Contexte d'émergence des RIS

Changement des contextes, de la démographie et des savoirs faire

Modes d'organisation et pratiques:
données probantes et basées sur les résultats / ↑ imputabilité (compétence)



Compression des dépenses publiques

Croissance de la demande de soins

Vieillissement de la population / hausse problèmes chroniques

Désinstitutionnalisation & intégration dans la communauté

Renverser la pyramide de dispensation de services

Multiples acteurs & organisations → Fragmentation

Approche biopsychosociale ↑

Technologies (système d'information)

***Urgence**: Selon une enquête récente, près **du tiers** des adultes dans les environs de MTL auraient consulté à l'urgence au moins une fois au cours des 2 dernières années; **2% utilisent 14%** des services (moyenne: 7 visites/an)./ **Maladie chronique**: **30%** population 12 ans+ déclarent avoir une maladie chronique et 14% au moins deux.

Contexte d'émergence des RIS:

Importance des TM

- OMS: estime TM (dépression) 2030: **1er cause de morbidité** – pays industriels
- **1990**: TM = **11%** du **fardeau des maladies** / **2020**: estime = **15%**
- Canada & E.U.: 1er cause d'**absentéisme au travail** (↓maladies physiques)
  - ✓ **2e Belgique** (1: problèmes musculo-squelettiques: 33%); TM: 29%

Contexte d'émergence des RIS:

Importance des TM

- **Coûts élevés**: $ (*4% du PIB – Belgique*); pertes de productivité; qualité de vie; famille (2xTM)…
  - ✓ TM, surtout TMG:
    - ✓ ↑ pauvreté; suicide (12x↑; 3^{e} cause décès – pays industr.: 15-44 ans)
    - ✓ mortalité anticipée (schizophrénie: 20 ans↓)
    - ✓ judiciarisation
    - ✓ itinérance…

Contexte d'émergence des RIS:

Importance des TM

- **Prévalence TM**: entre 4-26% (Chine/É-U) / Canada & Belgique: ≈10%
- **TMG**: 2-3% / coûts importants; clientèle: très vulnérable & stigmatisée
- Troubles **concomitants** importants: de 15% à 50%
  - ✓ Problèmes chroniques de santé physique (diabète, tr. cardiovasculaire…)
  - ✓ Toxicomanie
  - ✓ ***TSM*** (nbr ≥2): ***Belgique (2001-02)*** ≈ 30% (↑ 2x+: dépression & anxiété)

Contexte d'émergence des RIS:

Sous-utilisation & inadéquation des traitements

- OMS: **44-70%** personnes TM: **pas traitées** (schizophrénie, dépression majeure, toxicomanie et adolescents/enfants – 2004) – pays développés
  - ✓ Études internationales: **moy.1/3** utilise services SM (33% B; 40% C)
- Utilisateurs: 18-42% personnes TM recevraient un traitement **minimal adéquat** (10 pays industrialisés; OMS, 2007 – Tr. Anxieux, de l'humeur et abus de substance)
  - ✓ Traitement dépression: médication 8 mois; MO: 10 visites (Conseil du médicaments, 2001)

Contexte d'émergence des RIS:

Inadéquation traitements en 1er ligne (soins primaires)

Quelques données: prévalences TM chez les omnipraticiens

- ***Prévalence***: 80% de la population: MO / 30-40% des visites TM
  - ✓ Québec: 20-25% personnes consultent TM / personnes TM: consulte 2x+
  - ✓ Étude épidémio. – Belgique: 43% MO; 26%: MO et psychiatre

Contexte d'émergence des RIS:

Inadéquation traitements en 1er ligne (soins primaires)

- Pratique en silo
- Sous-détection des TM:
  - ✓ 30-70% TM: non détectés par les MO; études longitudinales (3 ans): 14%
- Délais importants de prise en charge TM:
  - ✓ de 6 à 20 ans selon diagnostics
- Prise en charge: minorité TGSM (1/3 personnes: Québec)
  - ✓ MO moins à l'aise: troubles bipolaires; schizophrénie (phase aiguë); troubles de la personnalité; toxicomanie; TM jeunes

Contexte d'émergence des RIS

Tendances des transformations en cours – dans lesquelles s'inscrivent les RIS:

- Mieux répondre besoins: diversifiés & continus usagers
  - ✓ Approche bio**psychosociale**
  - ✓ Approche populationnelle:
    - mieux coordonner: lignes services (1e-2e-3e)
    - ↑ prévention/promotion (campagne: déstigmatisation)
    - ↑ détection précoce
      - ➢ 70-80% TM adultes: se seraient présentés avant 25 ans

Contexte d'émergence des RIS

Tendances des transformations en cours

- Développer des continuums de soins: TM chroniques & TMG
  - ✓ récurrence des TM
  - ✓ OMS estime: 35% 1e épisode dépressif = 2e épisode: 2 ans+ tard
    - 60%: 2e épisode dans période de 12 ans
- Mieux coordonner les services entre les professionnels
  - ✓ Accroître le travail interdisciplinaire

Tendances des transformations en cours

- Consolidation des services de ***première ligne*** (↑ 2000)
  - ✓ 90% des cas de TM peuvent être traités en 1er ligne (☺ préférence: des usagers)
  - ☺ Pays ↑ soins primaires = population en meilleure santé

Tendances des transformations en cours

- ↑ ***services dans communauté*** *(désinstitutionalisation & non institutionnalisation des usagers)*
  - ✓ Belgique: 152 lits/100 000 (Québec: 40/100 000)
  - ✓ ↑ Alternative à l'hospitalisation – & *hospitalisation brève*:
    - ➢ ↑ SI; SIV (*équipes mobiles/ambulatoires*); cliniques externe; hôpitaux de jour
    - ➢ Continuum d'hébergements (*maison de soins psychiatriques; initiative d'habitation protégée*)…appartement supervisé
    - ➢ Programmes de réadaptation: soutien à l'emploi, activités de jour…

Tendances des transformations en cours

- Déploiement de ***bonnes pratiques*** *(objet de données probantes)*
  - ✓ Objectifs: ↑ efficience & imputabilité organisations et professionnels

35 *bonnes pratiques *- Rapport CSBE, 2012 (Fleury & Grenier)*

✓***Approches cliniques***: biopsychosociale; rétablissement; axée forces; réduction méfaits; par étape (*stepped care*)*…

✓***Thérapies***: T. cognitive-comportementale; entretien motivationnel; autogestion des soins; psychoéducation des familles…

- ✓ ↑ meilleur accès à la psychothérapie: G.-B., Australie, +Québec

✓***Stratégies cliniques & organisationnelles***: PSI, formation croisée; gestion de cas (SIV); SI; soutien à l'emploi (IPS – *Individual placement and support*)…

✓***Programmes ou modèles d'intervention***: programme de premiers épisodes psychotiques; Chez Soi (*Housing First*); traitement intégré TM & toxico.; soins partagés*; M. soins chroniques*; RIS…

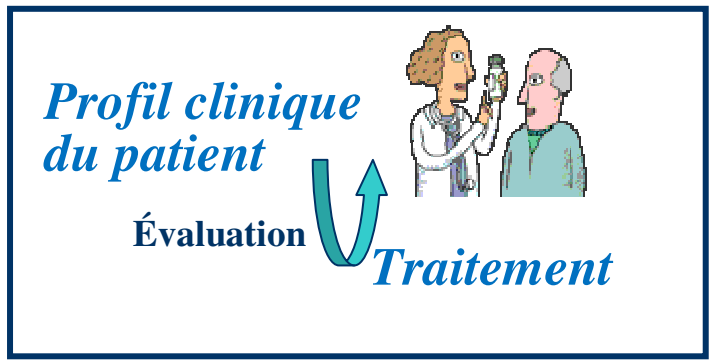
Bonnes pratiques

Soins par étape: du moins intensif au plus intensif (coût/bénéfice – niveau populationnel)

Moins intensif

- ✓ autogestion des soins (documentation et web: information sur la maladie, psychoéducation, changement: habitude de vie, approche motivationnelle)
- ✓ soutien téléphonique bref (adhésion à la médication; psychoéducation)
- ✓ Psychothérapie
- ✓ services psychiatriques

Plus intensif

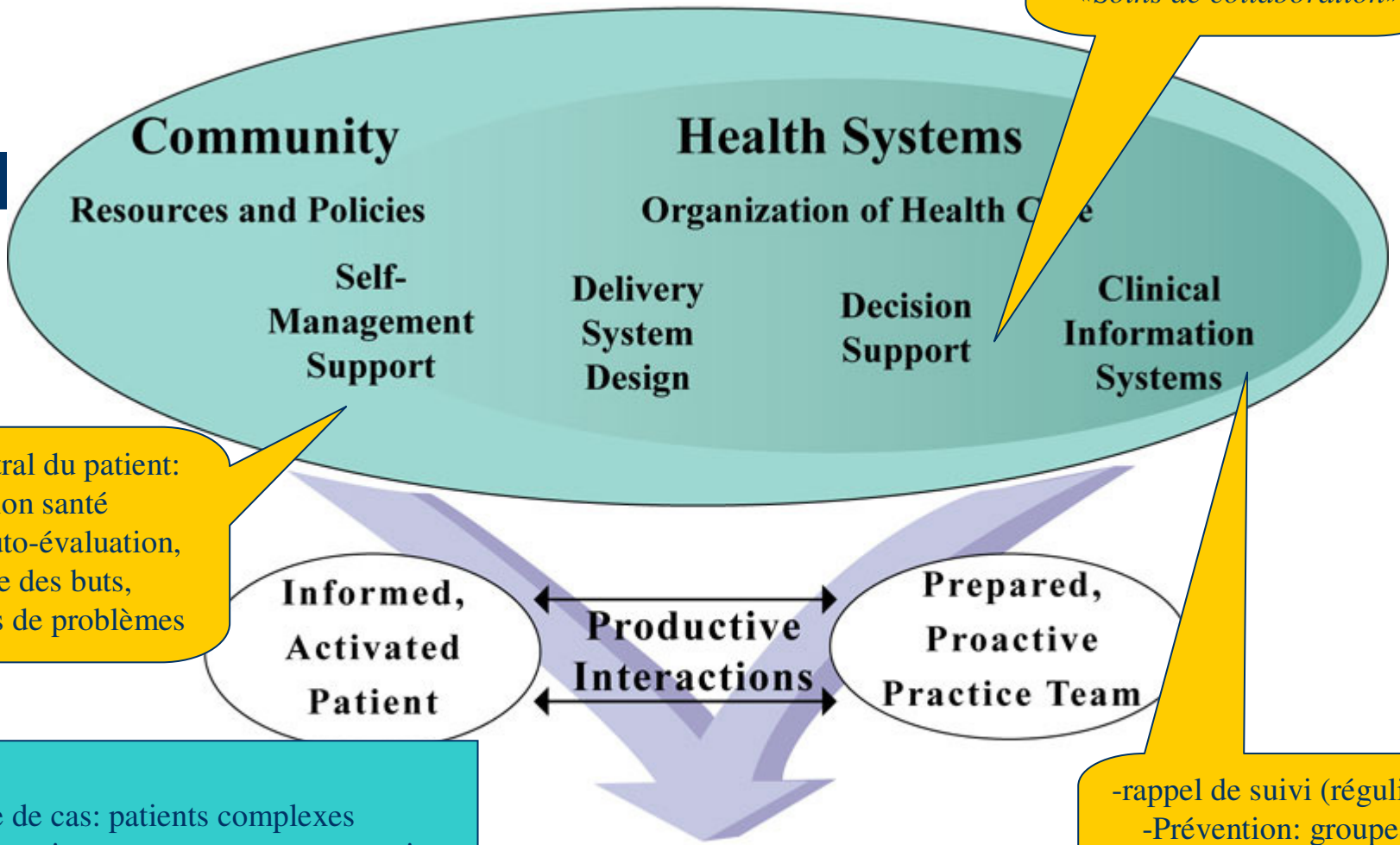


Bonnes pratiques

Soins partagés ou soins de collaboration:

- Dispositif de coordination entre: MO/Psychiatres/intervenants psychosociaux de 1e ligne/OC *(Belgique: Centres de santé mentale)*
- Plusieurs modèles:
  - ✓ Désignation psychiatres répondants → cliniques MO & équipes 1e ligne
  - ✓ Psychiatres sur place: intervention clinique (conjointe ou pas: MO & équipes) : meilleur soutien diagnostic & traitement des patients
    - références + efficaces; soutien téléphonique & formation
    - minorité des cas: TC / majorité: TG.SM

The Chronic Care Model



-Protocoles cliniques
-Implication du patient
-Formation omniprat.,etc.
-«Soins de collaboration»

-Rôle central du patient: gestion santé
-Outils: auto-évaluation, atteinte des buts, résolutions de problèmes

Autres:
-Gestionnaire de cas: patients complexes
-Participation patients: groupes communautaires
-Collaboration: dispensateurs & communauté
-Encourager le changement: système - ↑qualité
-Sensible à la culture du patient

-rappel de suivi (régulier)
-Prévention: groupes vulnérables
-monitoring des pratiques

Developed by The MacColl Institute
® ACP-ASIM Journals and Books

Soins chroniques: Modèle de Wagner (2001)

1) Outiller + MO: améliorer la décision clinique (protocoles cliniques; grilles dépistage & diagnostique...)

   ✓ Dépression majeure: médication (8 mois) + 10 visites MO (CM, 2011)

2) MO: travail de groupe & équipe interdisciplinaire

3) Autogestion des soins (psychoéducation, suivi minimal)

4) Systèmes d'information clinique

5) Optimisation des ressources dans la communauté

6) Meilleure organisation d'ensemble & intégration du système de soins

Les RIS: historique, objectifs poursuivis &

Notion de RIS

Contexte d'émergence
« À la recherche de nouvelles solutions »

Historique des réseaux: Les premières expériences

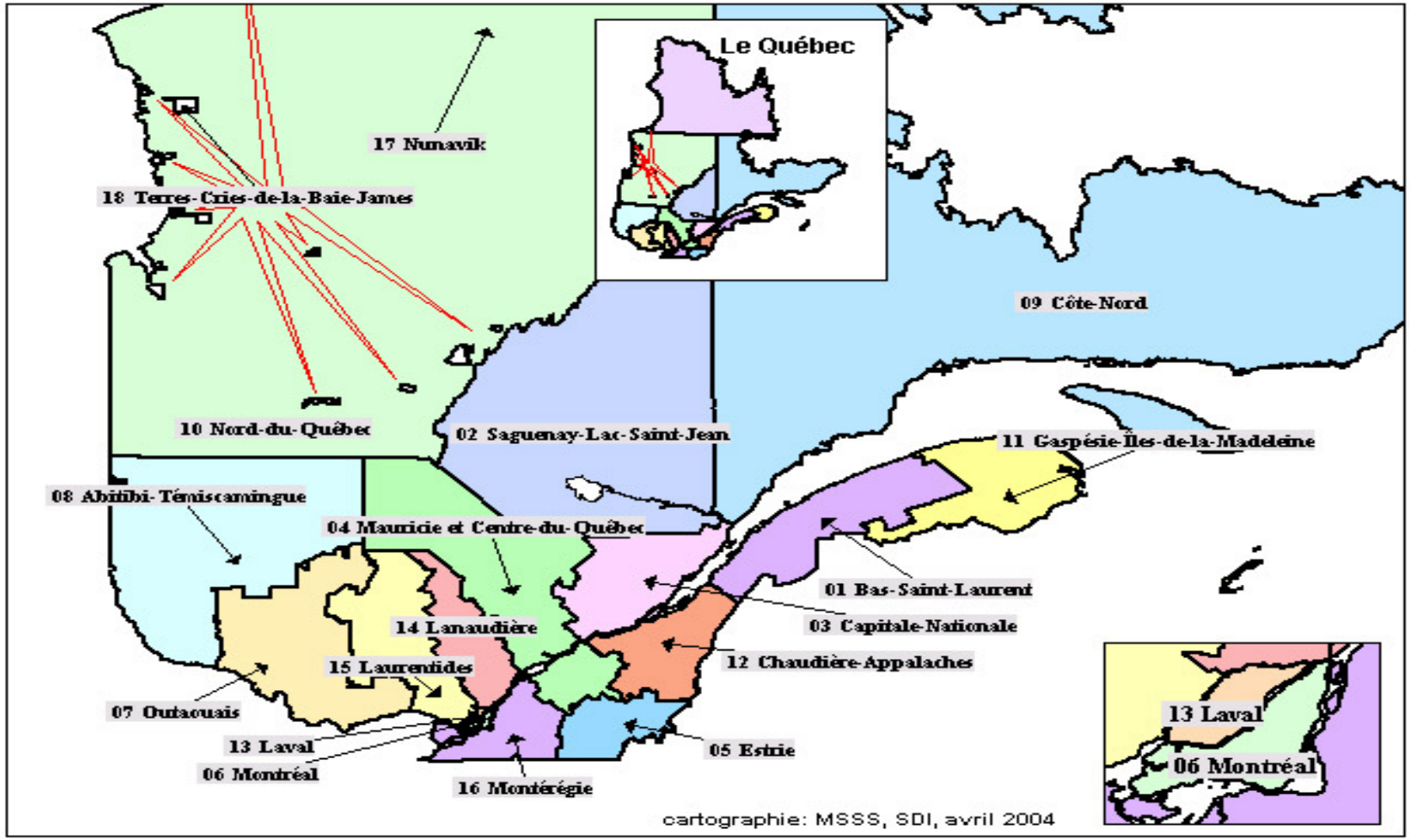
- 1990: Projets d'envergure RIS – E.U.
  - ✓ Program of All-Inclusive Care for the Elderly-Pace (Kodner et Kyriacou, 2000)
  - ✓ Veterans integrated Services Network (Kizer et al., 1997)
  - ✓ Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness (Goldman et al., 1990)
  - ✓ Access to Community Care and Effective Services and Supports Demonstration Program (Randolph et al., 2000)
- Canada/Québec: tournant 2000 (PAPA, diabète; oncologie; jeunes en difficulté…)
  - ✓ Québec: ↓RIS / soins partagés↑ dans les années 2000
- Belgique/France: aussi tournant 2000 & cœur réforme actuelle

Carte: Canada & Québec

Canada: 10 provinces & 3 territories / 35 millions; Québec: 7.5 millions population

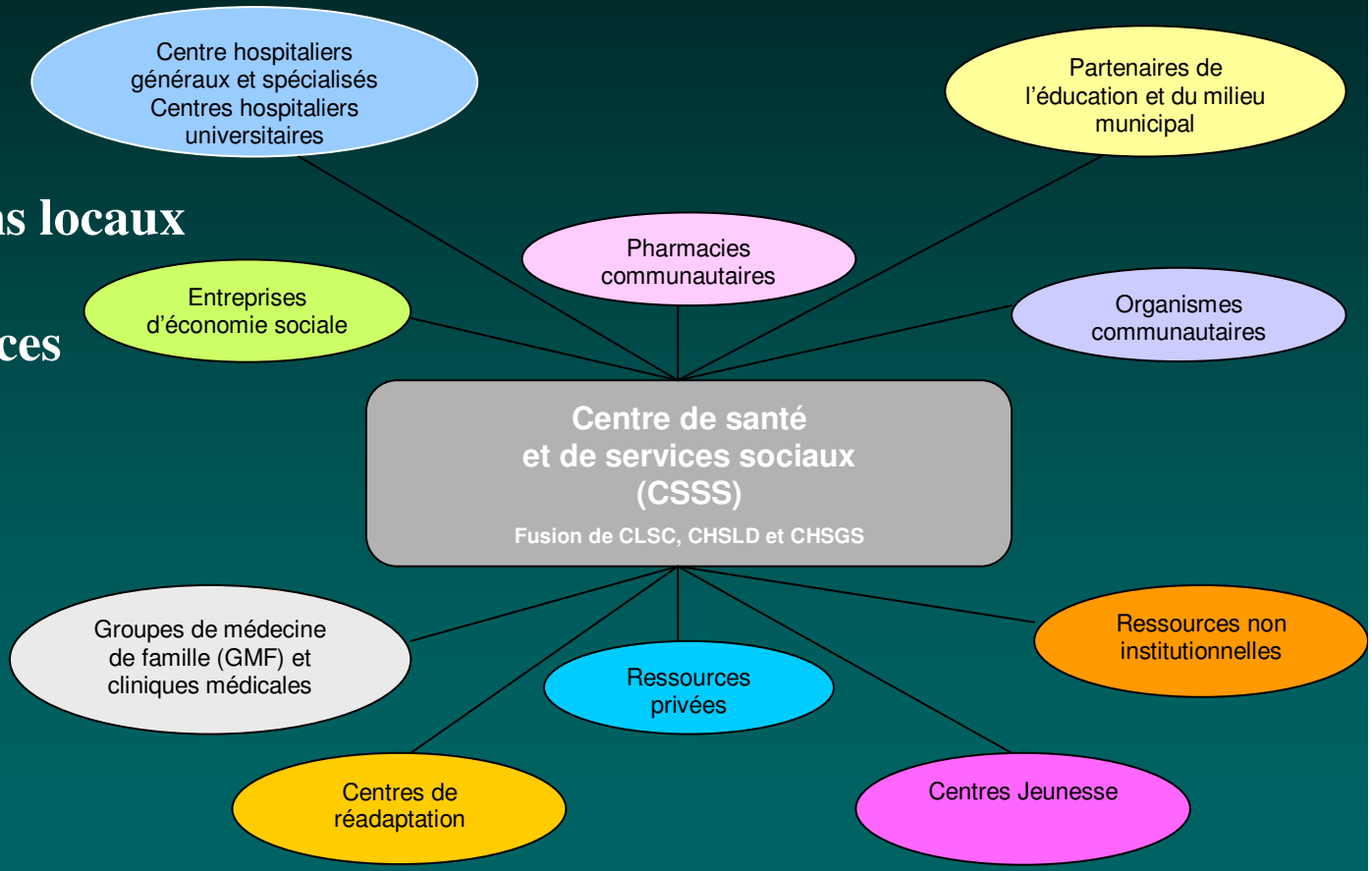
© 2002. Her Majesty the Queen in Right of Canada, Natural Resources Canada.
Sa Majesté la Reine du chef du Canada, Ressources naturelles Canada.

Les 18 régions sociosanitaires du Québec



95 RLS – réseaux locaux de services
Réforme 2004-05

- ✓ Répondre aux besoins locaux
- ✓ Intégration des services



Contexte d'émergence
« À la recherche de nouvelles solutions »

Réseaux intégrés de services: Objectifs poursuivis

☞*Ce qu'on recherche*:

- Établissement d'une vision commune & de pratiques + homogènes: ↑ continuum de soins
- ↓ ***duplications*** de services
- Éviter: que usagers ***répètent leur histoire***, refassent les ***mêmes examens***…, se ***présentent plusieurs fois à différents services*** avant de recevoir les bons services
- ↓ ***temps d'attente*** entre services ou ***arrêt services***…
- Améliorer ***qualité*** services – ***efficience*** système
- ☞ Surtout: **clientèles vulnérables**→ « magasinage » de services est difficile

Contexte d'émergence des RIS

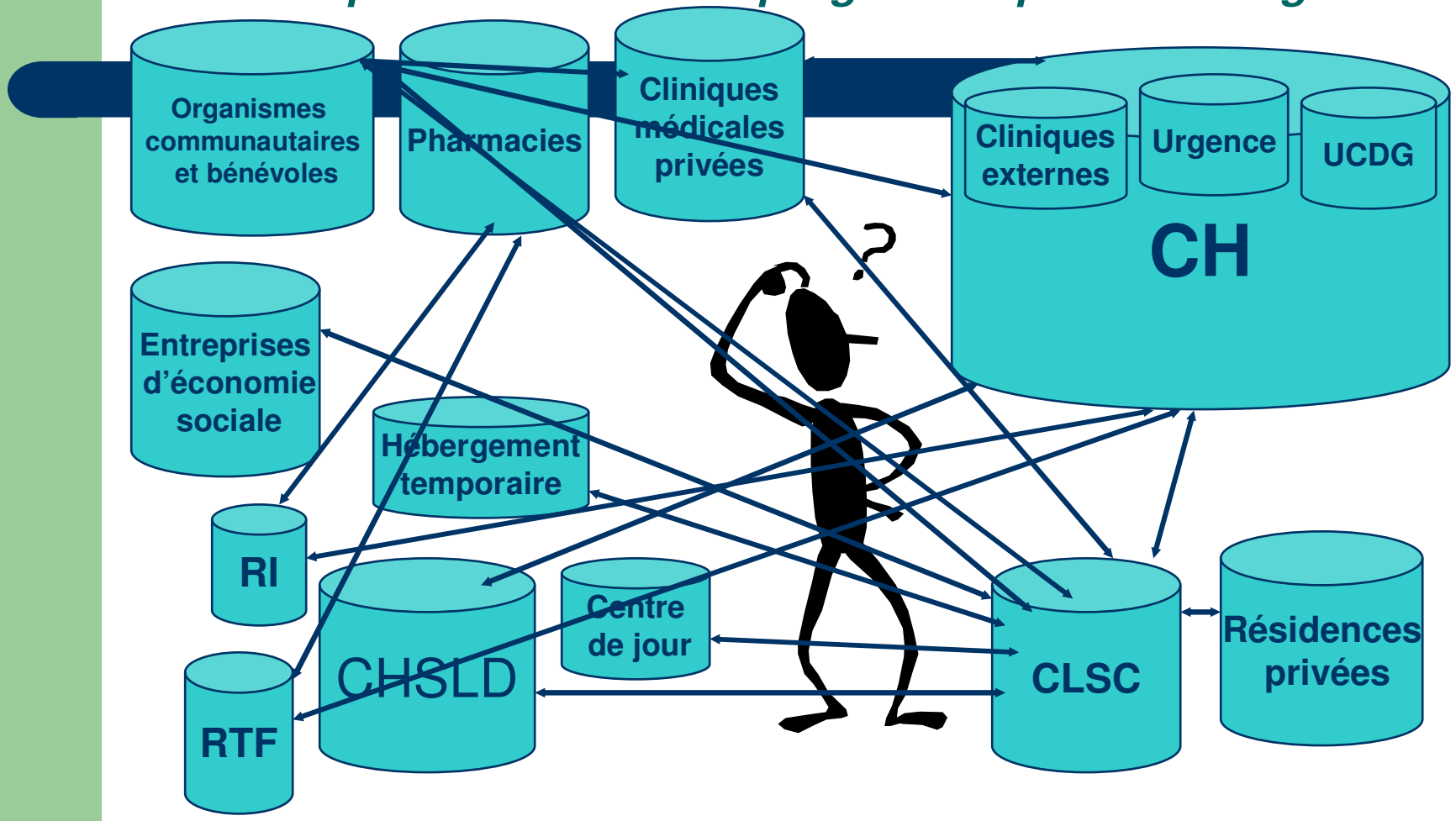
Tendances des transformations en cours

☺ ***Effets positifs*** associés RIS: système & clientèle

- ✓ efficience
- ✓ qualité des services
- ✓ réduction des hospitalisations
- ✓ maintien des personnes dans les communauté
- ✓ satisfaction de la clientèle…

Notions de RIS

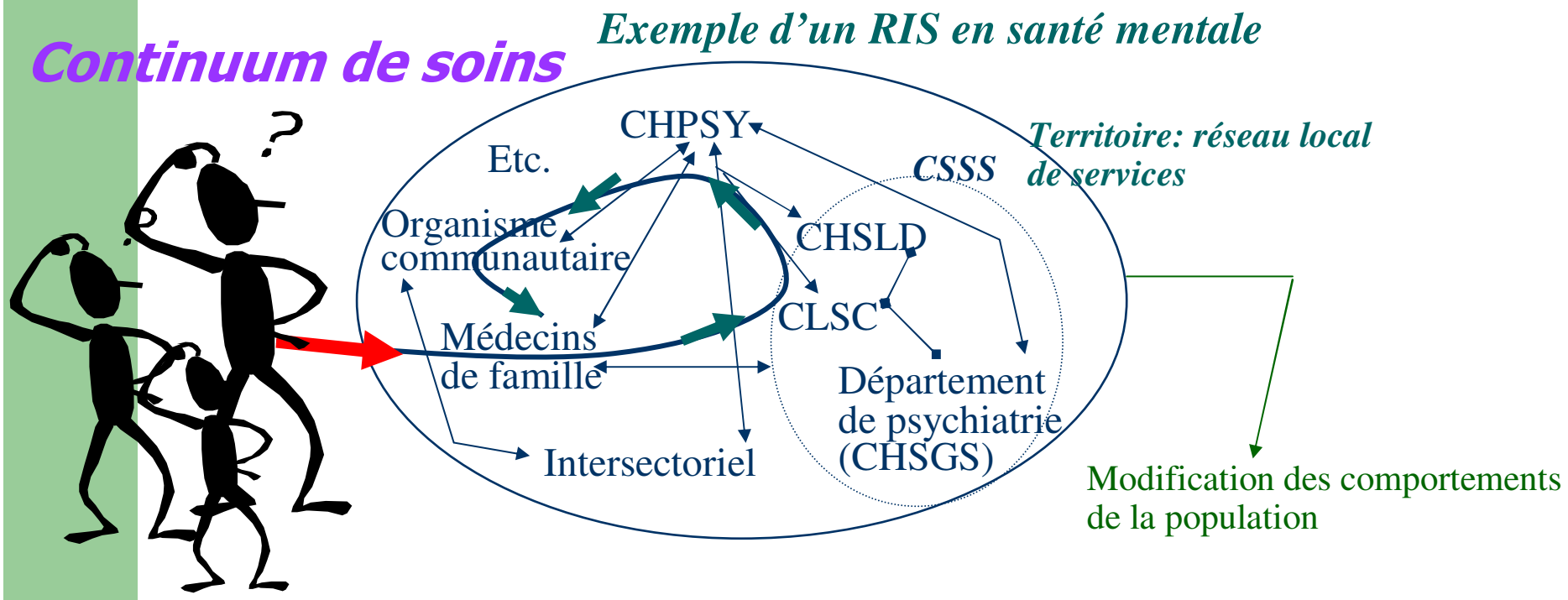
Exemple – « non RIS » - programme personnes âgées



Source: Présentation du RIS-PAPA dans la région de Châteauguay

UCDG: unité de courte durée gériatrique

Notions de réseaux intégrés de services



Notions de réseaux intégrés de services

Définition

- La mise en réseau intégré de services est un processus qui consiste à créer et à *maintenir* une gouverne commune et coordonnée aux niveaux administratif (ou fonctionnel) et clinique entre des acteurs organisationnels autonomes d'un territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficience et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être d'une clientèle.

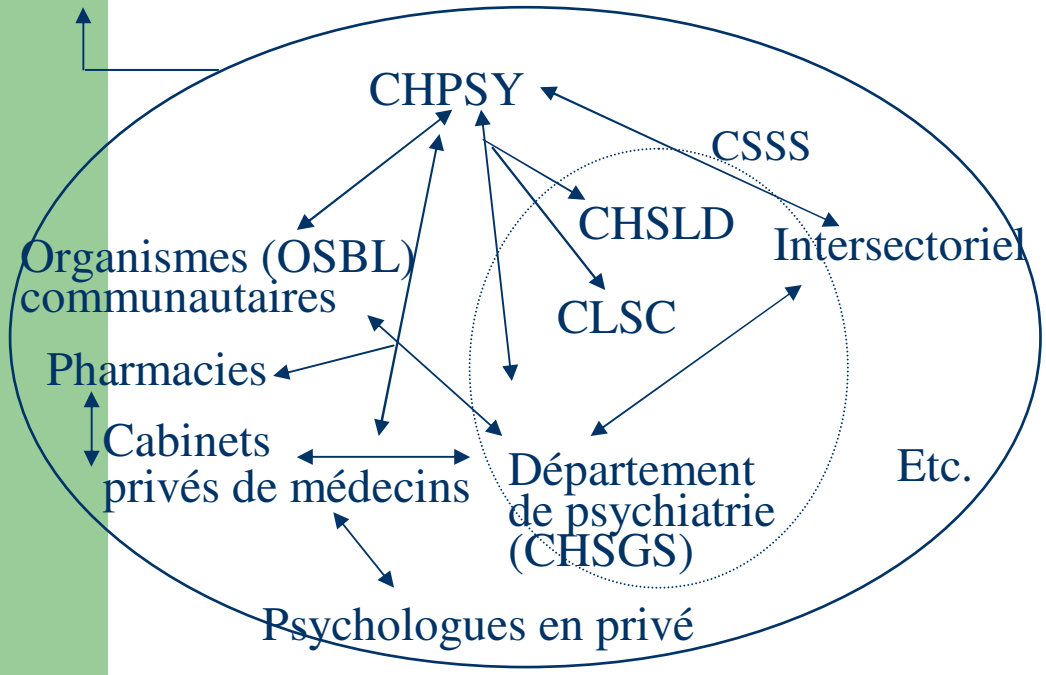
Ce qui implique:

- Une importante **interdépendance** entre les organisations et intervenants (reconnaissance de l'incapacité de répondre seul aux besoins d'une clientèle)
- Une **action commune** des organisations d'un même domaine d'intervention et d'un territoire
- Une **responsabilisation collective** des dispensateurs de services par rapport à la santé et au bien-être de la clientèle

Notion de RIS

Aspects importants à considérer pour l'implantation de RIS

•**Gouverne*** du réseau (ou *organisation de la cohérence d'ensemble*): table de concertation, organisation, coordonnateur de services…



•Programme clientèle ou secteur d'activité: ex.: PAPA, diabète …

- •Identifier du continuum de soins (gamme de services: profils de besoins & intensité de soins)

•Territoire

Ensemble des partenaires pertinents

- •Concepts: volume de clientèle et étendue du territoire

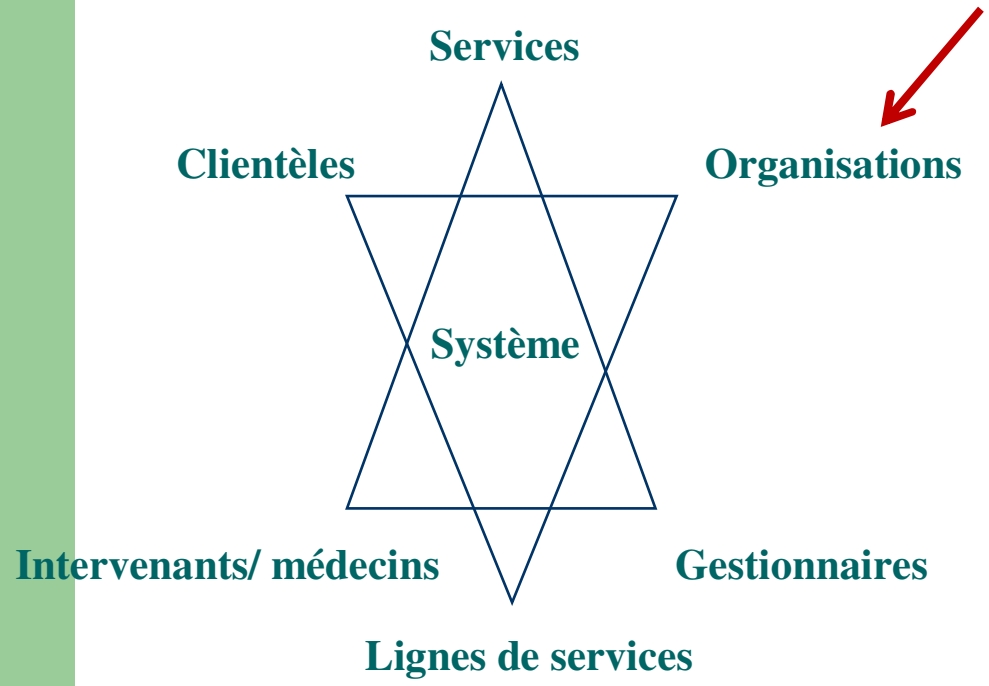
•**Cibles d'intégration** ←

•Stratégies d'intégration:

- •Cliniques (et médicales)
- •Fonctionnelles ou administratives

Cibles d'intégration

Les stratégies d'intégration peuvent être déployées autour des composantes (cibles) suivantes



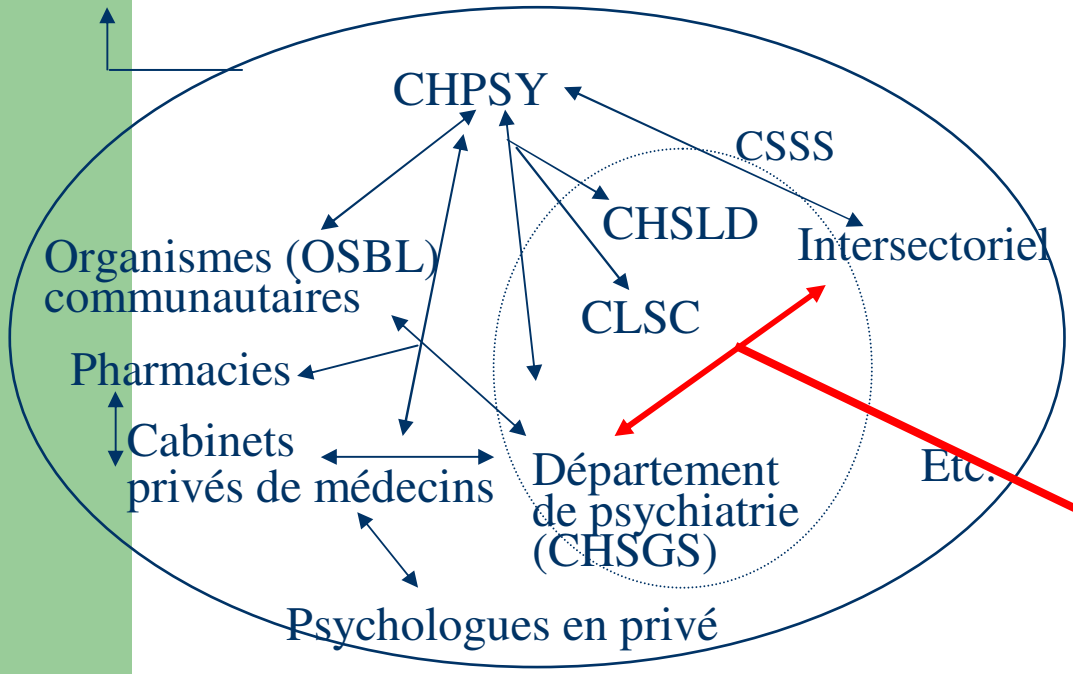
Exemple de stratégies d'intégration déployées par cible:

- ***Clientèles*: gestionnaire de cas…**
- ***Gestionnaires*: table de concertation**
- ***Intervenants***: formation…
- ***Services:*** agent de liaison
- ***Lignes de services***: soins partagés
- ***Médecins:*** financement par capitation
- ***Organisations:*** fusion (≈ 1000= -200)
- ***Système***: planification stratégique, monitorage des interventions

Référence: Fleury, M.-J. and C. Mercier (2002), "Integrated Local Networks as a Model for Organizing Mental Health Services." *Administration and Policy in Mental Health*, 30(1): 55-73.

Aspects importants à considérer pour la mise en œuvre d'un RIS – ex.: santé mentale

•Gouverne* du réseau (ou *organisation de la cohérence d'ensemble*): table de concertation, organisation, coordonnateur de services…



•Programme clientèle ou secteur d'activité: ex.: santé mentale…

- •Identifier du continuum de soins (gamme de services: profils de besoins & intensité de soins)

•Territoire

- •ensemble des partenaires pertinents
- •Concepts: volume de clientèle et étendue du territoire

•Cibles d'intégration

•**Stratégies d'intégration**:

- •Cliniques (et médicales)
- •Fonctionnelles ou administratives

Stratégies d'intégration des services en réseaux

Intégration fonctionnelle ou administrative

- **Système de gouverne**
  - Table de concertation / groupe de pilotage (niveaux stratégique, tactique et opérationnel)
  - Entité désignée ou coordonnateur…
- **Système de gestion**
  - planifications stratégiques
  - ententes ou contrats de services (ex.: contrats de performance et ententes de gestion; prêts d'équipement ou de locaux)
  - systèmes d'information (gestion et clinique)
  - guichet d'accès
  - normes et relations de travail
- **Système d'évaluation (monitoring)**
- **Système d'allocation de ressources (et incitatifs financiers)**
  - système de capitation, paiement mixte (salaire et honoraire)…

Intégration structurelle

- Fusions / regroupements
- Occupations partagées de locaux

Fleury et Ouadahi, (2002)

Stratégies d'intégration des services en réseaux

Intégration clinique

Plans ou contrats de services:
- plans de services individualisés
- plans d'intervention (PTI, PSTI)*
- protocoles de traitement, de suivi, relatif à la médication (guides de bonnes pratiques)

•Gestion de cas:
- gestionnaires de cas (intervenants pivots)
- suivi intensif ou de soutien variable dans le milieu
- équipes territoriales (multi organisationnelles)
- agents de liaison (ou identification de personnes contact)
- •suivi systématique

•Programmes ou intervenants conjoints

•Formation et coaching clinique (approche multidisciplinaire et inter-organisationnelle) /stage inter-organisationnel

•Télémédecine ←

•Consultation – liaison (entre les lignes de services)
- •Centres ou groupes d'expertise
- •Corridors de services
- •Soins partagés

•Mécanismes de références standardisés ←

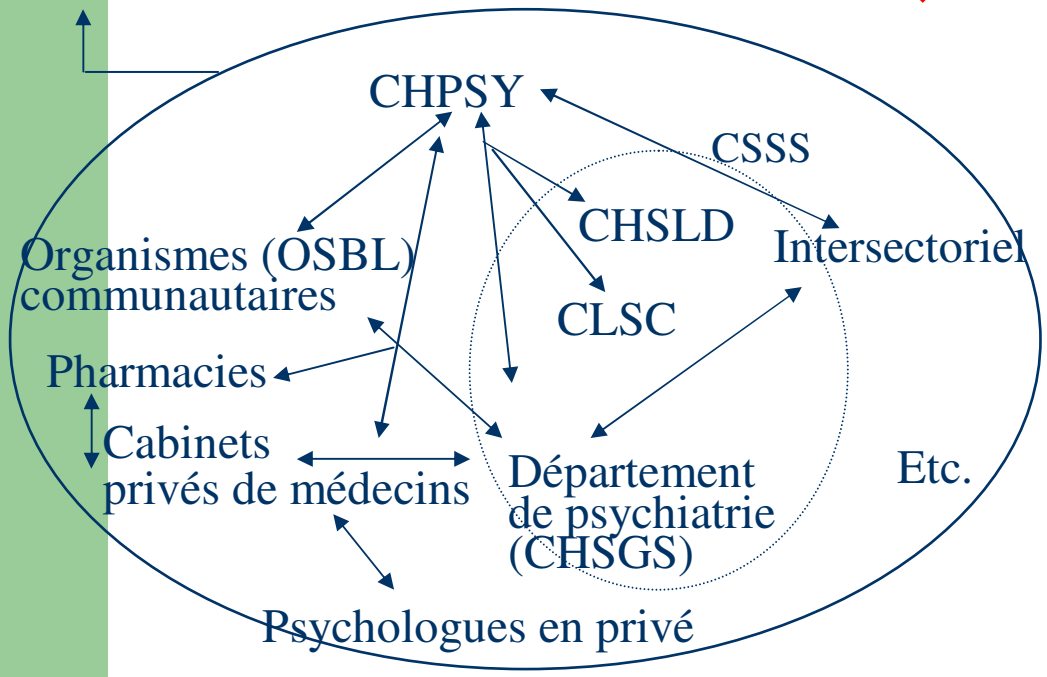
•Bottin de ressources ←

•Autres outils cliniques (formulaire de consentement, grille standardisée ← d'évaluation des besoins…)

Fleury et Ouadahi, (2002) / PTI: plan thérapeutique d'intervention & PSTI…: en soins infirmiers

Aspects importants à considérer pour la mise en œuvre d'un RIS – ex.: santé mentale

•Gouverne* du réseau (ou *organisation de la cohérence d'ensemble*): table de concertation, organisation, coordonnateur de services…



•Programme clientèle ou secteur d'activité: ex.: PAPA, diabète …

- •Identifier du continuum de soins (gamme de services: profils de besoins & intensité de soins)

•Territoire

- •ensemble des partenaires pertinents
- •Concepts: volume de clientèle et étendue du territoire

•Cibles d'intégration

•Stratégies d'intégration:

- •Cliniques (et médicales)
- •Fonctionnelles ou administratives

Modélisation: système de santé mentale

Rétroaction
Amélioration continue

Système idéal/optimal: parfaite adéquation entre ces axes

Orientations politiques

Besoins

Dispositif de soins

Évaluation/reddition de compte

Bonnes pratiques

Organisation optimale des services

Réseaux intégrés de services (RIS) - modèles

Individuel (clinique; ***ex.: dépression = médicament & TCC***)

Populationnel (planification des services)

Gamme de services :
Exemple en santé mentale

Services de proximité:
(1er ligne / soins primaires)

- services de crise (liaison ou dispensation);
- mesures de soutien communautaire (personne pivot, gestionnaires de cas, suivi dans le milieu, etc.);
- services médicaux (omnipraticiens en cabinets privés, cliniques externes, GMF, etc.);
- services d'entraide;
- services de soutien pour les parents et les proches;
- services de réadaptation (centres de jour, ateliers, etc.);
- services professionnels, (psychologues, etc.);
- services courants de santé

***Intersectoriel*:**

- hébergement (ressources de type familial, ressources intermédiaires, appartements supervisés, etc.);
- logement social (offices municipaux d'habitation, coopératives, organismes sans but lucratif, etc.);
- travail (centres locaux d'emploi, services d'Emploi Québec, services externes de main-d'œuvre, l'Office des personnes handicapées du Québec, etc.);
- formation (éducation aux adultes, CÉGEPS, etc.)
- transport (municipal, scolaire et adapté);
- loisirs (municipaux, communautaires, etc.)
- besoins de subsistance (banques alimentaires, comptoirs vestimentaires, etc.)
- aide domestique (coopératives de service, etc.):
- réadaptation en collaboration avec les services correctionnels (justice et sécurité publique)

Niveau local

Services spécialisés:

- urgence hospitalière;
- services médicaux en milieu hospitalier;
- hospitalisation;
- hébergement spécialisé et / ou de longue durée;
- services médico-légaux;
- services offerts dans les hôpitaux de jour;
- traitements psychiatriques spécialisées;

Niveau sous-régional ou régional

Adapté, MSSS, 2002

RIS – Continuum de soins (circuit/trajectoire)

Troubles courants (TM) *& TG stabilisés*

Troubles graves de SM ou TM complexes

Continuum de soins

Psychologue

Psychiatre (MEL)

Services spécialisés

CSSS Équipe psychosociale

Médecin de famille

1

2a

3

Guichet d'accès - CSSS

2

2

CSSS Équipe de SM

4

Cliniques externes

2c

Groupes communautaires

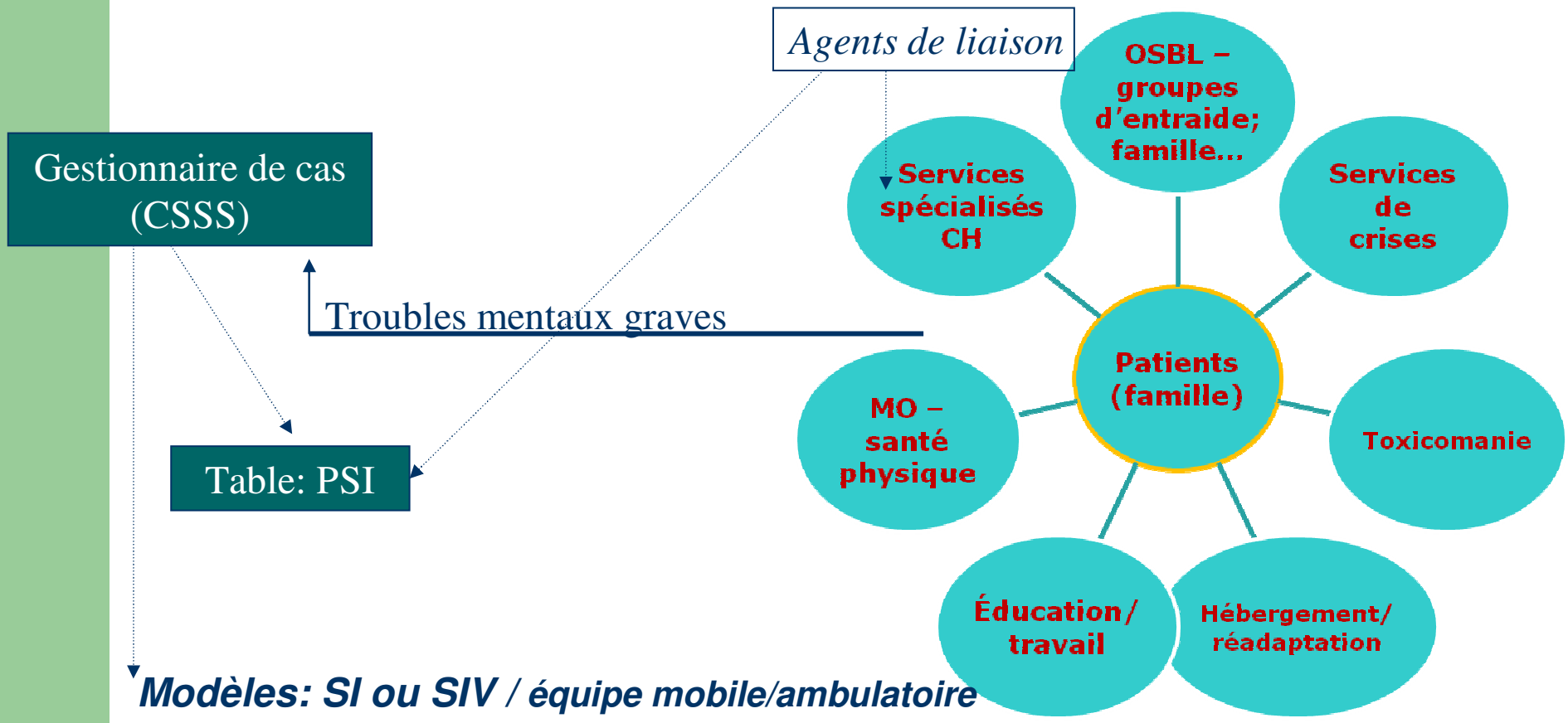
Besoins du patient

1e ligne

2e ligne

3e ligne

Continuum de soins (circuit/trajectoire)
Clientèle TG.SM



Facteurs facilitant & entravant les RIS

Notion de RIS

Enjeux d'implantation des réseaux intégrés de services : facteurs facilitant

- Structure de gouvernance forte
  - ✓ Comités de concertation: stratégique, tactique et opérationnel (↻)
  - ✓ Leadership collectif (représentation: organisations & professionnels)
  - ✓ Coordonnateur RIS (*champion*)
  - ✓ Mobilisation & information sur le changement (changement *bottom up*)
- Planification & monitorage du changement
  - ✓ Objectifs circonscrits et réalistes, échelonnés dans le temps
  - ✓ Rétroaction sur l'implantation – indicateurs de suivi
- Connaissance du réseau
- Formalisation des stratégies d'intégration
  - ✓ Circonscrire des continuums optimaux de soins

Enjeux d'implantation des réseaux intégrés de services : facteurs entravant

- Résistance au changement (principe d'inertie)
  - ✓ Autonomie & volonté : croissance organisations
  - ☺ Intérêts ou gains à tirer de la collaboration ***(intérêts: patients/↓ organ.& prof.***)
- Pénurie des services ds la communauté
  - ✓ Confinement des spécialistes dans les CH
  - ✓ Faible mobilisation des omnipraticiens
- Divergence sur les modes d'intervention / cultures organisationnelles
- Modes de paiement des organisations et des médecins (☺ financement réseau)
- ↓ Système d'information (dossier électronique partageable)

Enjeux d'implantation des réformes

Certaines recommandations:

- Viser des cibles réalistes et utiles pour soutenir l'engagement et la coopération, & miser sur ces succès pour accroître l'implantation du changement
- Miser sur l'alternance entre des phases d'importants changements et de maintien des acquis (stabilisation)
- Soutenir une flexibilité des modèles en fonction des réalités locales, tout en pouvant inclure une standardisation de certains processus ou composantes du modèle (*bonnes pratiques*: pour soutenir l'innovation)
- Accroître le rôle de la recherche et de la formation pour soutenir les transformations – Transfert/échange des connaissances

Conclusion

- ☺ RIS: présentent une voie pertinente et efficiente de refonte des systèmes de santé
  - ✓ Modèle holiste réorganisation – tient compte: gestion, pratique, culture…
  - ✓ Données probantes = ↑ qualité services & efficience système
  - ✓ Répondent mieux aux besoins populationnels et individuels
- ☹ Par contre, leur mise en œuvre est complexe
  - ☹ RIS: amènent des changements importants par rapport à la pratique plus traditionnelle de fonctionnement en silo
  - ☹ Présentent des défis importants: modèles à déployer
    - ✓TC & TMG & troubles concomitants & autres programmes
      - ➢ Programmes: toxicomanie; jeunes; personnes âgées…

Merci !

Site web – recherche et publications (M.-J. Fleury):
http://www.douglasrecherche.qc.ca/pages/view?section_id=225

Les RIS…

Notions de réseaux intégrés de services

Informations supplémentaires

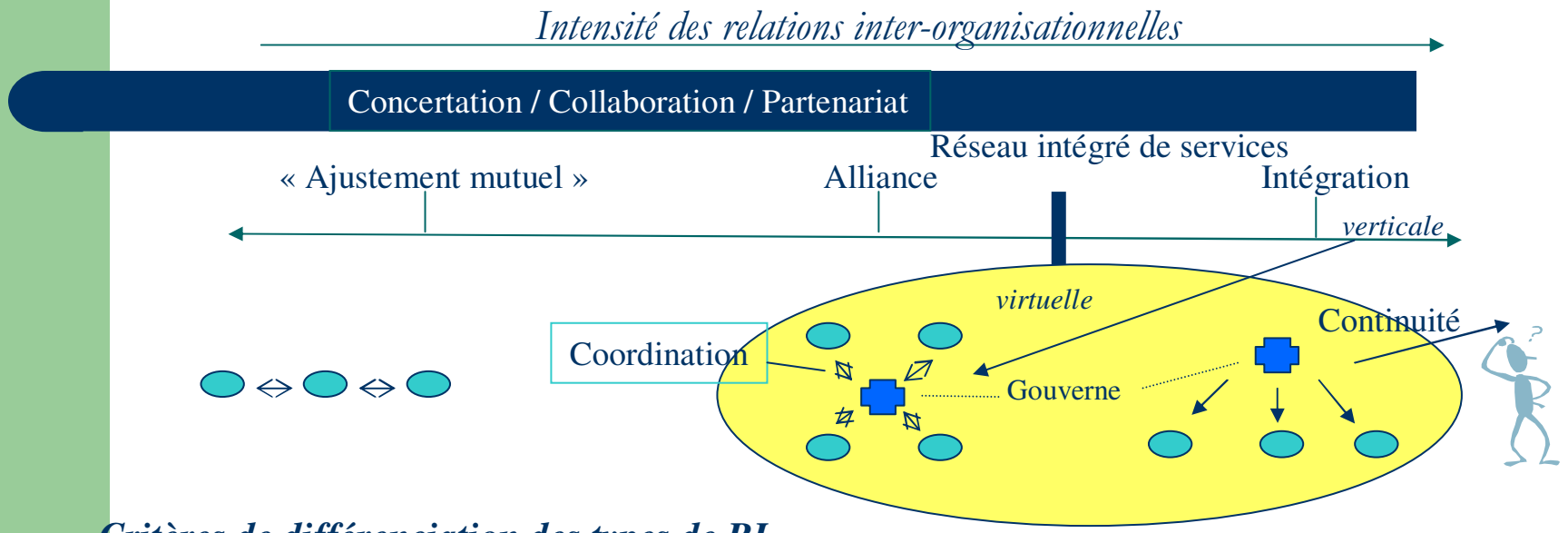
Statistiques comparatives

Belgique, Canada, Québec

Nbr/habitants	Belgique	Canada	Québec
Lits psychiatriques	152/ 100 000 (2010)	33/100 000 (2011)	40/100 000 (2010) - ,0,4/1000 0,25: CHSGS; 0,15: CHPSY
Psychiatres	**17.7/ 100 000** (2011)	15.4/100 000 (2011)	15.8/100 000 (2011)
Omnipraticiens	**1.14/1 000** (2011)	1.12/1 000 (2011)	1.02/1 000 (2010)
Psychologues	14/ 10 000 (?)	58/100 000 (2006)	**108.4/100 000** (2010)

Types de relations inter-organisationnelles (RI)

Continuum des types de relations inter-organisationnelles



Critères de différenciation des types de RI

Gouvernance:	Influence	Négociation	Hiérarchique
Formalisation:	Informelle	Moyenne à importante	Importante
Sanctions:	N.A.	Un peu	Beaucoup
Étendue des transactions:	Peu	Importante	Importante
Type de problèmes	Prévention-soins aigus demandant peu de coordination	Chronique & non complexe ou complexe & non chronique	Complexe et chronique (multidimensionnelle, profes. et organis.

Fleury, 2006: Integrated Service Networks: The Quebec Case, Health Services Management Research (HSMR) .

Stratégies d'intégration

- mécanismes, outils, procédures déployer pour intégrer les services

1) Intégration clinique*

- Rassemble des *pratiques variées d'interventions* et des *procédures* qui permettent la *coordination et la continuité* des soins et des activités nécessaires pour traiter une clientèle
- Elle s'établit sur les plans **horizontal et vertical**: épisode de soins / services dispensés dans une même équipe (organisation) ou entre les services de différentes organisations (intégration horizontale ou virtuelle)

2) Intégration administrative ou fonctionnelle*

- Consiste à aligner les mécanismes de la gouverne, de la gestion, de l'allocation des ressources, de la collecte et du traitement de l'information ainsi que de l'évaluation au fonctionnement d'un système intégré ou d'un groupe d'organisations

Stratégies d'intégration

- mécanismes, outils, procédures à déployer pour intégrer les services

3) Intégration des médecins (ou équipes cliniques – travail interdisciplinaire*)*

4) Intégration structurelle / financière

- Fusion, regroupement d'établissements
- Introduction de la capitation (projet FASS: « Haut St-Laurent » ou SIPA)

5) Intégration normative

- Fait référence à l'ensemble des normes, de la culture ou des pratiques devant être modifiées pour établir des services ou systèmes intégrés

6) Intégration systémique

- Accomplissement ultime de l'ensemble des composantes de l'intégration: d'un secteur, programme services ou pour l'ensemble du système sociosanitaire

Inventaire des stratégies d'intégration

Structurelle		Fusions	Regroupements	Occupations partagées
Fonctionnelle ou administrative	Système de gouverne	Bilatéral*	Trilatéral**	Hiérarchique/négociation
		Niveaux: stratégique, tactique et opérationnel		
	Système de gestion	Politiques, orientations et planification	Systèmes d'information (télé-médecine)	Normes et relations de travail
		Guichet unique	Ententes/contrats de services	Système d'imputabilité (monitoring/évaluation)
	Système d'allocation des ressources	Budgétisation par programme		Budgét. per capita pondéré
		Capitation	Paiements à salaire, mixte (acte et salaire): médecins	
	Programmes conjoints (services donnés conjointement par plusieurs établissements)			
Clinique	Plans de services	Plans d'intervention	Plans de services individualisés (PSI)	Protocoles de traitement/suivi
	Gestion de cas	Gestionnaires de cas	Suivi intensif/non intensif / suivi systématique	
	Mécanismes de références inter-organisationnelles	Agents de liaison		
	Formation, « coaching clinique » et stages inter-organisationnels			
	Soins partagés (coordination entre les lignes de services et les services médicaux et psychosociaux)			
	Bottin de ressources			
	Partage d'intervenants entre les organisations			
	Autres outils cliniques	Grille standardisée d'évaluation des besoins; feuille uniforme d'inscription ou de référence; formulaire de consentement; etc.		

Référence: FLEURY, 2006 (HSMR)

Autres concepts structurant l'analyse d'un réseau intégré de services

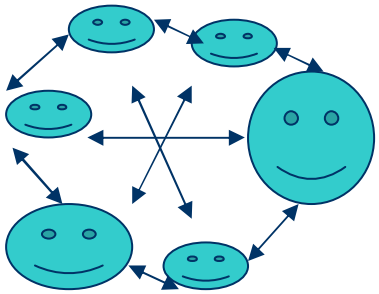
Étendue / Densité / Centralité des relations inter-organisationnelles

- Étendue des réseaux intégrés de services
  - Territoire: dispersion des ressources et ampleur des RIS
- Densité: nombre et fréquence des liens établis et importance des sources de transaction: relations humaines, financières, équipements…
- Centralité: la direction des relations inter-organisationnelles et le rôle des organisations dans les transactions
  - ✓ Notion de clans

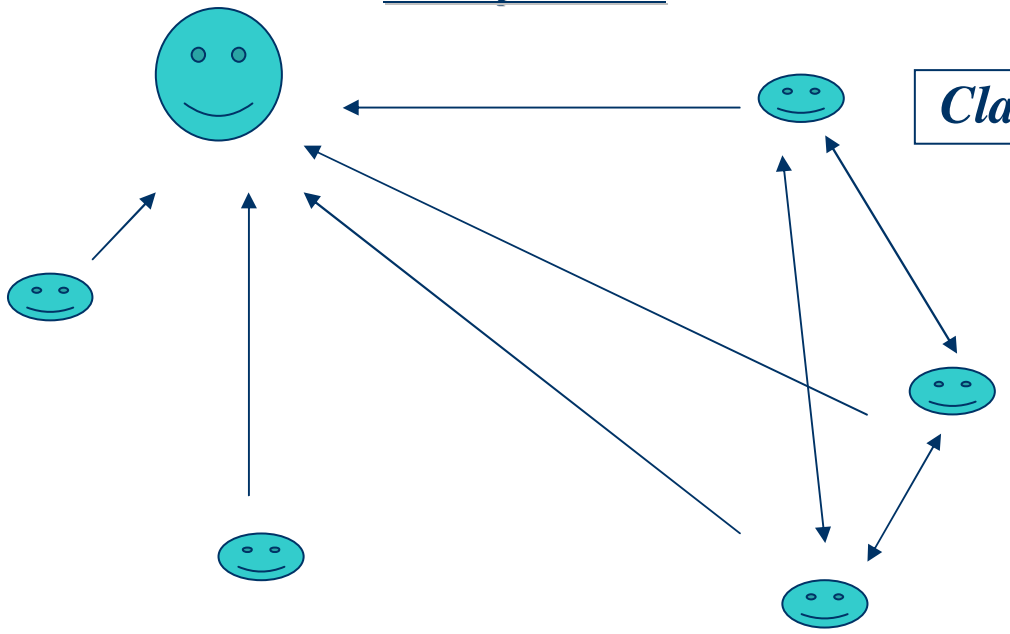
Principaux concepts structurant l'analyse inter-organisationnelle

Densité / Centralité / Étendue des relations interorganisationnelles

Exemple no 1



Exemple no 2



Notions de réseaux intégrés de services

Pour qui ? – Les réseaux intégrés de services (RIS)

1) Clientèle avec problématiques complexes: plusieurs organisations impliquées (personnes âgées en perte d'autonomie, oncologie…)

2) Clientèle avec problématiques chroniques (suivi à long terme; exemple troubles graves de santé mentale, TCC, diabète, déficience intellectuelle, physique…)

   - Implique un suivi du ***continuum de services*** à offrir à une clientèle, laquelle exige un ***niveau « élevé » d'intensité*** de soins et de services pour une ***période substantielle***

   - Implique un système complexe: ***plusieurs organisations et plusieurs intervenants*** dispensant des services à un patient

     - Si pas « si complexe »: un ou deux intervenants prenant en charge un patient (exemple – dépression: omnipraticien + psychologue): des corridors de services / soins partagés ou de collaboration peuvent suffire, car la « complexité de l'intégration » implique des coûts…

Types de relations inter-organisationnelles

« Intégration des services »

- Employée indifféremment: problèmes / service ou programmes spécifiques / ou l'ensemble du système (optimisation de l'efficience et de la cohérence); populationnelle: non en fonction d'une approche par programme-services ou problématique de santé
  - Différence: niveaux d'intégration
- Leutz (1999) souligne « that we can integrate all of the services for some of the people, some of the services for all of the people, but we can't integrate all of the services for all of the people (p. 84) ».
  - **Oui** = intégration de tous les services pour certains problèmes ou clientèles
  - **Oui** = intégration de quelques services pour tous les problèmes / clientèles
  - **Non** = intégration de tous les services (globale) pour tous les problèmes / clientèles

Axe des besoins

- ***Analyse besoins***: vise une meilleure planification des services en vue de déployer des services répondant parfaitement aux besoins d'un patient, d'une clientèle ou d'une population
- ***Niveau populationnel***: connaître le profil sociodémographique, la prévalences des troubles de santé et les profils de consommation de soins
  - ***Pour améliorer le système de soins, on s'intéresse à ces questions, notamment***:
  - Quels sont les déterminants des besoins et de l'utilisation des services?
  - Y a-t-il des profils types d'utilisateurs de soins?
  - Quelles sont les caractéristiques des grands consommateurs de soins?
  - Pourquoi certaines personnes consomment autant ou à répétition?

Implantation et changement organisationnel - RIS

Facteurs contextuels **-** *écart entre le contexte et « le projet de changement »: adéquation des « structures-processus-cultures & réponses aux besoins (changements) »*

- Individus et professionnels (ex.: leadership collectif - médecins, soutien de l'agence… adhésion au changement, compétence… - niveau stratégique, tactique et opérationnel)
- Structure, processus, ressources disponibles (organisations, gamme de services, stratégies et outils de gestion et d'intégration…)
- Dynamique, culture et historique: d'intervention (bonnes pratiques), enjeux de pouvoir, innovation, collaboration…partir des besoins de la clientèle

Intervention

- Macro/méso/micro (ampleur et clarté des changements ou des objectifs poursuivis)
- **Validité de construit de l'intervention** (efficacité démontrée de l'intervention – RIS)
- Ampleur des stratégies d'implantation mobilisées / mécanismes supportant la réforme (financiers, humains, managériaux…), formalisation/mobilisation et gouvernance (centralisée) des processus…
- Le temps…

Continuum des conditions déterminant la « facilité ou la difficulté » d'implanter des partenariats ou des RIS

Faciles	Critères	Difficiles
Faible volume	**Volume de la clientèle**	**Haut** volume
Problème simple, impliquant une intervention ou des interventions **séquentielles**	**Types de clientèle**	Clientèles avec **multiples problèmes** – impliquant plusieurs partenaires (ou plusieurs programmes) **Suivi important**
Semi-urbain ou rural – exception: dispersion et pénurie des ressources / avec peu de conflits	**Types de réseaux**	**Urbains**, multitudes d'organisations et professionnels, mobilisation de la clientèle (et rétention: profes.) / avec d'importants conflits
Le partenariat ou RIS apporte une **réduction des coûts** et amélioration de la **qualité**	**Quant au coût / qualité Efficience**	Le partenariat ou RIS n'apporte **pas** une réduction des coûts ni amélioration de la qualité
Petits changements; changements dont **l'efficacité est démontrée**	**Ampleur et types de changements**	**Importants** changements; **effets non démontrés**
Coûts **faibles** à investir	**Coût à investir**	Coûts **élevés** à investir

Adapté de Fortin, présentation 2003

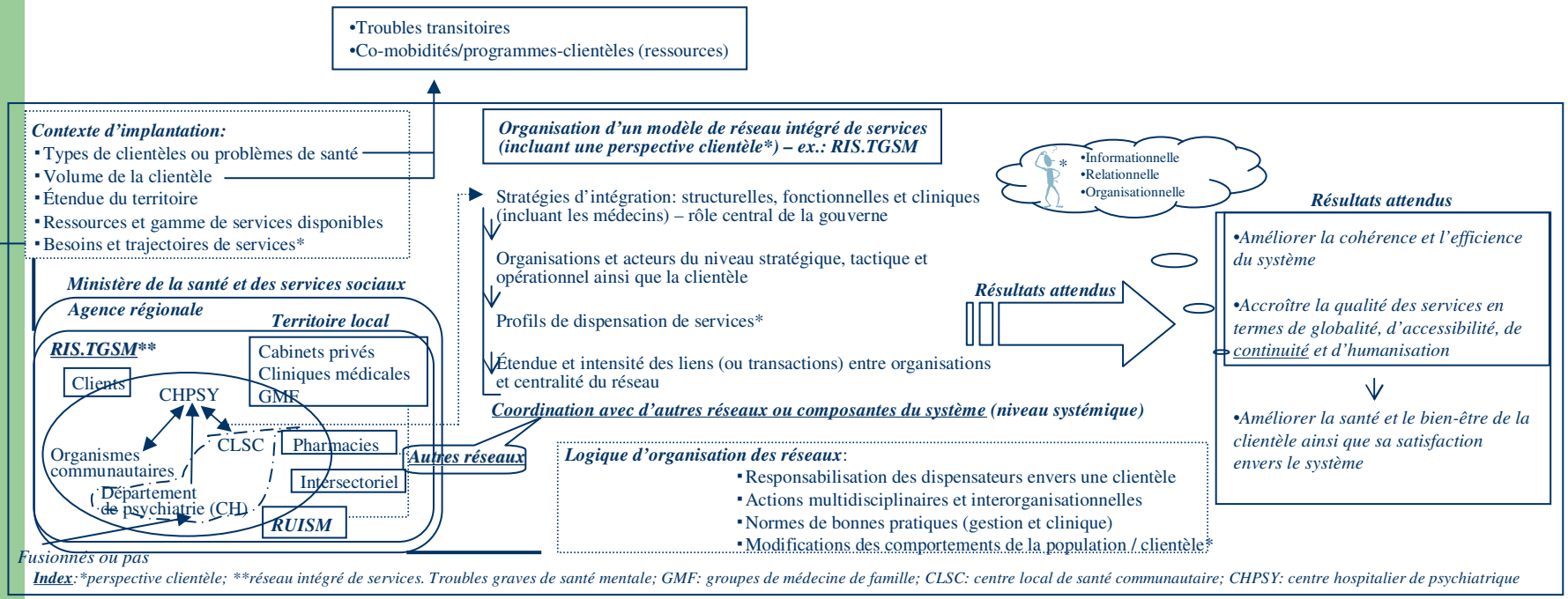
Continuum des conditions déterminant la « facilité ou la difficulté » d'implanter des partenariats ou des RIS (suite)

Faciles		Difficiles
Changements **faibles** ou **progressifs**	**Changement de pratiques cliniques/ ou organisationnel**	Changements **drastiques**
Faible atteinte à l'autonomie professionnelle ou culture organisationnelle	**Autonomie professionnelle/ Culture organisationnelle**	**Forte** atteinte à l'autonomie professionnelle, surtout médicale; ou culture organisationnelle
Peu de technologies nouvelles à maîtriser	**Technologie impliquée Complexité**	**Beaucoup** de technologies nouvelles à maîtriser
Projet **pilote** qui sera **facile à défaire** ou à **convertir** **???: ou le contraire - difficiles**	**Caractère permanent du projet**	Projet **permanent** ou qui sera **difficile à défaire**
Projet **souhaité** Changement émergeant « bottom up »	**Initiative du projet**	Projet **imposé** Changement mandaté « top down »

Autres: temps,gains…

Adapté de Fortin, présentation 2003

Paramètres de l'organisation des services en réseaux intégrés



Fleury, (2006): Integrated Service Networks: The Quebec Case, Health Services Management Research.

- Bris de services (identification des discontinuités)
- Niveaux d'intensité de l'intégration (nécessaires entre les services)

Contexte – Organisation SM Québec

Réformes de la SM en cours au Québec

- *Plan d'action en santé mentale* (2005-2010)
  - ✓ Reconnaissance du rôle des MO en santé mentale – partenaires clés
  - ✓ Déployer des Équipes de SM en CSSS (20 + 2MO: 100 000 habitants – Adultes)
  - ✓ Rétablissement / pouvoir d'agir des personnes
  - ✓ Soins partagés, guichets d'accès aux services: équipe psychosociale CSSS / TG: ↑ suivi intensif & soutien d'intensité variable, soutien à l'hébergement & à l'emploi (et étude)…