Document generated on 04/19/2024 8:09 p.m.

Santé mentale au Québec

Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ?

Louis Demers and André Tourigny

Volume 34, Number 1, Spring 2009

Santé mentale en première ligne

URI: https://id.erudit.org/iderudit/029771ar
DOI: https://doi.org/10.7202/029771ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Demers, L. & Tourigny, A. (2009). Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, *34*(1), 239–244. https://doi.org/10.7202/029771ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2009

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ?

Louis Demers*

André Tourigny**

Depuis la fin des années 1980, de nombreux services destinés aux personnes âgées sont apparus pour répondre à des besoins relativement nouveaux et croissants. Ces services vont de l'évaluation gériatrique au maintien de l'autonomie et à l'aide en cas d'incapacités, en passant par la réadaptation fonctionnelle. L'addition de ces services ne s'est toutefois pas accompagnée de mécanismes de coordination adéquats. Plusieurs dysfonctions se sont ainsi manifestées : multiples portes d'entrée, coordination lacunaire des services de soutien à domicile et des services hospitaliers, multiplicité des évaluations, délais dans l'obtention des services, transmission inadéquate d'information (Bergman et al., 1997, Hébert et al., 2003). Dans un contexte de rareté de ressources et devant la perspective d'un accroissement de la demande de services, l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie et à d'autres clientèles vulnérables est apparue comme une solution générique à leur discontinuité.

Au Québec, les réseaux intégrés de services destinés aux aînés en perte d'autonomie sont une des orientations promues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2001). L'existence de tels réseaux devrait contribuer à maintenir les personnes âgées à leur domicile, ce qui rejoint à la fois leur désir de demeurer chez elles, celui des intervenants d'assurer la meilleure qualité de vie possible à ces personnes et celui des dirigeants des centres hospitaliers et des centres d'hébergement d'utiliser les lits de leur établissement pour les personnes qui en ont le plus besoin. Des travaux empiriques menés au Canada et à l'étranger montrent que ce mode d'organisation peut être efficace : on a en effet observé une réduction du déclin fonctionnel, davantage de satisfaction et d'*empowerment* des aînés et un moins grand recours aux

* Professeur, École nationale d'administration publique ; chercheur, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec.

** Chercheur, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche du CHA universitaire de Québec.

ressources d'hébergement (Bernabei et al., 1998, Jorhi et al., 2003, Kodner, 2006, Béland et al., 2006, Hébert et al., 2007).

Les leçons tirées de l'expérience d'un modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie

Le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie le plus diffusé au Québec consiste à réunir les organisations existantes d'un territoire par des mécanismes de coordination administrative et clinique. Les organisations acceptent d'adhérer au réseau intégré et d'adapter leurs ressources et leurs activités aux procédures établies par l'organe de coordination commun. Ce modèle, d'abord expérimenté et évalué dans les Bois-Francs, a été par la suite adapté dans le cadre de PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) en Estrie. Ce modèle comporte six éléments (Hébert et al., 2003) : 1° la coordination inter-établissements ; 2° une porte d'entrée unique ; 3° un système de gestion par cas ; 4° un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins ; 5° l'élaboration de plans de services individualisés et 6° un système d'information continue. Ce modèle a eu des effets globalement bénéfiques pour les aînés sans entraîner une augmentation des coûts (Tourigny et al., 2004, Hébert et al., 2007). Nous présentons ci-dessous les enseignements tirés de l'étude que nous avons menée sur l'expérimentation de ce modèle (Demers et al., 2005) :

La réalisation d'un réseau intégré de services 1) repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services, 2) requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle de coordination retenu, 3) doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires et 4) exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu. Pour que l'intégration des services se réalise, il est primordial que les acteurs touchés comprennent le modèle d'intégration et y adhèrent. L'efficacité d'un réseau intégré de services dépend aussi de l'utilisation d'un système d'informations cliniques partageables interdisciplinaire et interservices. Sur le plan organisationnel, la mise en place d'un réseau intégré de services suppose l'instauration de modes de gouverne et de coordination fondés sur la confiance et le respect mutuel.

Les acteurs ministériels peuvent contribuer au renforcement de l'intégration des services au palier local : 1° en adoptant des orientations

à la fois claires et flexibles, de façon à laisser aux acteurs locaux le choix des modalités concrètes de réalisation du modèle d'intégration qu'ils retiennent, 2º en adoptant des mesures conformes à ces orientations, notamment en matière de systèmes d'information et 3º en renforçant les mécanismes internes de coordination du Ministère en vue d'accroître la cohérence et la synchronisation de leurs interventions. Les acteurs régionaux peuvent eux aussi favoriser l'intégration des services en énonçant leurs propres orientations à ce sujet, et en soutenant les changements désirés plutôt qu'en les imposant unilatéralement.

Les chercheurs et les agents de recherche peuvent également contribuer significativement à l'intégration des services en proposant aux autres acteurs une représentation différente de la nature des problèmes d'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie, et des solutions possibles pour y faire face. Pour devenir de réels agents de changement, les chercheurs et les agents de recherche doivent non seulement diffuser des connaissances, mais aussi se rendre crédibles auprès des acteurs qu'ils cherchent à appuyer.

Au total, renforcer l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie est une innovation qui se réalise localement. Le succès de cette opération complexe dépend non seulement de la volonté des acteurs locaux de collaborer, mais aussi de décisions structurantes prises aux paliers régional et central. Une telle innovation a plus de chances de réussir si elle est menée à une échelle réduite. Plus le nombre de composantes et de partenaires à coordonner est élevé, plus les changements à apporter s'additionnent, plus la probabilité de ne pas atteindre de consensus s'accroît, plus les modalités du réseau de services risquent de viser à régler des problèmes généraux qui ne correspondent pas à la variété des situations concrètes, et moins les personnes qui auront à réaliser les changements — et, au premier chef, les intervenants — pourront participer à la conception du modèle et, partant, se l'approprier.

Deux corollaires découlent de ce qui précède. Premièrement, un système d'intégration des services ne se réduit pas à un ensemble de composantes formelles. En dernière analyse, c'est l'appropriation du modèle par les individus chargés de le mettre en œuvre qui en fera un succès. Faire fonctionner un réseau intégré de services suppose donc non seulement que l'on imagine un modèle abstrait de ce qu'il devrait comporter, mais aussi que l'on modifie les façons de faire existantes pour y incorporer les nouveaux liens, les nouvelles pratiques qu'exige une meilleure coordination des services. Il faut que les directeurs généraux acceptent de céder une part de leur autonomie pour travailler à l'atteinte d'une plus grande efficacité collective. Il faut aussi que les

gestionnaires contribuent collectivement à harmoniser les outils et les pratiques, et à relayer les ententes inter-organisationnelles au sein de leur direction ou de leur service. De leur côté, les praticiens doivent accepter de travailler de concert avec des collègues d'autres professions et de consacrer une partie plus importante de leur temps à se coordonner.

Deuxièmement, une formule qui a été expérimentée avec succès dans un territoire donné ne réussira pas forcément à s'enraciner dans un autre. Si l'on peut voir dans le réseau intégré de services une solution générique au problèmes de discontinuité des interventions auprès des aînés en perte d'autonomie, cette solution doit s'adapter aux réalités locales, comme les habitudes de consommation de services des usagers, l'emplacement et la disponibilité des services et les rapports entre organisations. À cet égard, l'intégration des services présente un défi particulier dans les grands centres urbains où les usagers peuvent obtenir des services d'une variété d'organismes communautaires, de cabinets médicaux et d'établissements.

Peut-on appliquer ce modèle d'intégration à la santé mentale ?

Selon nous, les conditions de succès d'une plus grande intégration des services aux aînés en perte d'autonomie valent aussi, globalement, pour l'intégration des services aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Il serait toutefois inapproprié de chercher à reproduire intégralement le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie dans le domaine de la santé mentale. Intervenir collectivement auprès d'une personne qui présente des troubles mentaux graves est en effet une tâche plus complexe qu'intervenir auprès d'un aîné en perte d'autonomie.

D'une part, il est plus difficile de s'entendre sur la nature du problème qui justifie une intervention, de dégager des critères reconnus de réussite et d'établir les liens de cause à effet entre modalités d'intervention et résultats. D'autre part, alors qu'un relatif consensus existe sur la pertinence d'intégrer les services aux aînés en perte d'autonomie et sur la contribution attendue de chaque partenaire dans ce système, il en va autrement en santé mentale. Bien que des ponts aient été jetés entre le « monde » communautaire et celui de la psychiatrie, d'importants progrès restent à faire pour que les praticiens des deux camps travaillent de concert dans un esprit de respect mutuel. De plus, même si l'ensemble des intervenants auprès d'une personne s'entendait, par exemple, sur la nécessité de viser son rétablissement et de favoriser sa réappropriation du pouvoir, la mise en œuvre des moyens pour y parvenir exigerait la collaboration d'une myriade d'organisations de

secteurs différents : logement, loisir, travail, éducation et autres. Est-il possible ou même souhaitable d'intégrer l'ensemble de ces services ?

Références

BÉLAND, F., BERGMAN, H., LEBEL, P., CLARFIELD, A. M., TOUSIGNANT, P., CONTANDRIOPOULOS, A. P., DALLAIRE L., 2006, A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : results from a randomized controlled trial, *Journal of Gerontology : Series A-Biological Sciences and Medical Science*s, 61, 4, 367-73.

BERGMAN, H., BELAND, F., LEBEL P., CONTANDRIOPOULOS, A.P., TOUSIGNANT, P., BRUNELLE, Y., 1997, Care for Canada's frail elderly population : fragmentation or integration ?, *Canadian Medical Association Journal*, 157, 8, 1116-21.

BERNABEI, R., LANDI, F., GAMBASSI, G., SGADARI, A., ZUCCALA, G., MOR, V., RUBENSTEIN, L.Z., CARBONIN, P., 1998, Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, *British Medical Journal*, 316, 7141, 1348-51.

DEMERS, L., ST-PIERRE M., TOURIGNY A., BONIN L., BERGERON P., RANCOURT P., DIELEMAN L., TRAHAN L., CARIS P., BARRETTE H., HÉBERT A., LAVOIE J., 2005, *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, rapport de recherche remis à la Fondation canadienne sur les services de santé (FCRSS).

HÉBERT, R., RAICHE, M., DUBOIS, M.-F., DUBUC, N., TOUSIGNANT, M., ROKHAYA GUEYE, N., ET LE GROUPE PRISMA-ESTRIE, 2007, Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISMA-Estrie in Hébert, R., Tourigny, A., Raîche, M., eds., *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, Edisem, Québec, 243-269.

HÉBERT, R., DURAND, P.J., DUBUC, N., TOURIGNY, A. AND THE PRISMA GROUP, 2003, PRISMA : a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada, *International Journal of Integrated Care*, (www.ijic.org) 3 (march 18), 1-8.

JOHRI, M., BÉLAND, F. ET BERGMAN, H., 2003, International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 3, 222-235.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec.

RAICHE, M., HÉBERT, R., BLANCHETTE, D, DURAND, S., DUBOIS, M.-F., ROKHAYA GUEYE, N., ET LE GROUPE PRISMA-ESTRIE, 2007, La performance globale des Rispa : impacts sur l'utilisation des services de santé, leurs coûts et l'efficience dans l'étude PRISMA-Estrie in Hébert, R., Tourigny, A., Raîche, M., eds., *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, Edisem, Québec, 271-296.

TOURIGNY, A., DURAND, P., BONIN, L., HÉBERT, R., ROCHETTE, L., 2004, Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly, *Canadian Journal on Aging*, 23, 3, 231-46.