



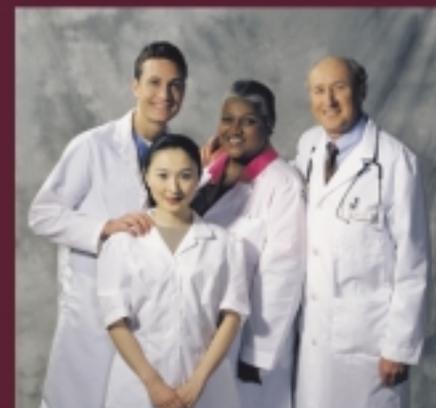
Santé  
Canada Health  
Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

# Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La prestation de services intégrés



Canada



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
Tél : (613) 954-5995  
Télec. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-4  
ISBN 0-662-66307-1

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour  
l'adaptation  
des services de santé



SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

**La prestation de services intégrés**

**Peggy Leatt, Ph.D.**

Liberty Health Chair in Health Management Strategies  
Department of Health Policy, Management and Evaluation  
University of Toronto



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS ([www.hc-sc.gc.ca/htf-fass](http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass)), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

## Condensé

**L**e Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets-pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales leçons tirées de la prestation des services intégrés. Il a été préparé par M<sup>me</sup> Peggy Leatt, Liberty Health Chair in Health Management Strategies, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto.

### Promesse de la prestation de services intégrés

On parle de « prestation de services intégrés » pour désigner les services de santé qui sont coordonnés autour des besoins en matière de santé des patients et des collectivités, mais cette expression recouvre bien plus. La prestation de services intégrés est actuellement un des domaines de la santé qui font l'objet du plus grand nombre d'études au Canada. Toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, se sont dotées d'une autorité sanitaire régionale quelconque, et toutes étudient le fonctionnement des systèmes de santé intégrés aux États-Unis et ailleurs. Devant l'augmentation des dépenses et le mécontentement croissant de la population, les organismes de santé souhaitent la mise en place d'un système intégré sans fragmentation,

chevauchement ou lacunes dans les services. La prestation de services intégrés recèle une promesse fondamentale, celle de la création d'un système rentable et moderne, caractérisé par des relations de travail plus étroites entre les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins de santé primaires, les soins à domicile, la santé publique, les bureaux d'aide sociale, les écoles, la police et d'autres encore dont les services influent sur les déterminants de la santé.

### Études du FASS relatives à la prestation de services intégrés

La présente analyse regroupe 41 études du FASS qui ont toutes pour objet de trouver des moyens de parvenir à une prestation de services plus intégrés. Quelques études optent directement pour une réorganisation des services; d'autres choisissent une approche indirecte, comme l'amélioration de l'accès à l'information pour les fournisseurs et autres intervenants dans différents secteurs géographiques.

Aux fins de la présente synthèse, les études sont regroupées en trois catégories : celles qui portent sur l'intégration clinique au niveau des soins aux patients; celles qui insistent sur l'importance de la gestion de l'information et de l'utilisation de la technologie; un groupe de projets qui décrivent l'intégration verticale des services dans une collectivité.

### Conclusions concernant l'intégration clinique

Les projets d'intégration clinique facilitaient la prestation des services intégrés en utilisant des outils et des processus uniformisés (par ex.: protocoles, séquences cliniques et programmes types). Ces approches ont permis d'assurer la continuité des soins lorsque des patients étaient transférés d'un service à un autre.

L'existence de structures coopératives telles que des équipes et des comités multidisciplinaires a facilité l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles uniformes. Les projets ont démontré que l'utilisation et la validation de ces nouveaux processus exigeaient des stratégies de communication et d'information

particulières. Les réticences au changement ont posé des problèmes dans certains projets, et les difficultés se sont trouvées exacerbées lorsque, par exemple, de nouveaux rôles étaient ambigus ou quand les dispensateurs de soins se disputaient patients ou ressources.

### **Conclusions concernant la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie**

Les projets qui portaient essentiellement sur la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie démontraient clairement qu'il est essentiel de coordonner l'information pour assurer une prestation de services intégrés. Cependant, ces études ont également montré que différents intervenants B les patients, le public, les dispensateurs de soins de santé, les gestionnaires, les dirigeants et les gouvernements B ont besoin de différents types de renseignements et qu'il est très difficile de concevoir des systèmes d'information correspondants.

Les études ont bien démontré qu'il est plus facile de coordonner l'information lorsqu'il existe un dossier médical électronique unique et un seul point d'entrée dans le système pour les patients. Cependant, il est évident qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine, si l'on veut que les décideurs reçoivent les données factuelles dont ils ont tellement besoin.

### **Conclusions concernant l'intégration verticale**

Les projets de cette catégorie ont suivi différentes approches de l'intégration verticale des services au niveau communautaire et souvent, avec succès. Des coentreprises ont aidé à assurer les soins de patients passant d'une organisation à une autre, par exemple, de patients transférés d'hôpitaux à leur foyer, où ils allaient bénéficier de soins à domicile ou communautaires.

Les résultats préliminaires d'ententes passées entre divers établissements, qui ont permis de réunir différents services, indiquent des incidences positives sur l'intégration des services et les résultats sur le plan de la santé. Plusieurs projets ont réussi à relier entre eux les services de santé et d'autres types de services sociaux, comme les services de l'emploi et du logement, les services éducatifs et les services juridiques.

### **Conclusions générales et recommandations**

Les conclusions générales des 41 études donnent à penser qu'il est possible de réaliser des économies et de gagner en efficacité en intégrant les services, ce qui amène à faire deux recommandations générales :

- Il devient urgent d'informer davantage les Canadiens sur leur propre santé, sur les soins de santé et sur le régime de soins de santé.
- Les gouvernements et les professions de la santé devraient élaborer et mettre en œuvre plus rapidement des programmes de prestation de services intégrés.

## Préface

**A**u Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets-pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la prestation des services intégrés. Il a été préparé par Peggy Leatt, Ph.D.

## Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs

travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

## Remerciements

L'auteur souhaite remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils lui ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

# Tables des matières

Condensé .....	i
Promesse de la prestation de services intégrés .....	i
Études du FASS relatives à la prestation de services intégrés .....	i
Conclusions concernant l'intégration clinique .....	i
Conclusions concernant la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie .....	ii
Conclusions concernant l'intégration verticale .....	ii
Conclusions générales et recommandations .....	ii
Préface .....	iii
Nature unique des projets du FASS .....	iii
Remerciements .....	iv
Tables des matières .....	v
1. Contexte .....	1
1.1 La vision de la prestation de services intégrés .....	1
1.2 Initiatives en cours .....	2
1.2.1 Autorités sanitaires régionales .....	2
1.2.2 Systèmes de santé intégrés .....	3
1.3 Questions en suspens .....	4
2. Aperçu des études du FASS .....	5
2.1 Méthodologie .....	5
2.2 Portée géographique .....	5
3. Analyse de conclusions importantes/pertinentes .....	5
3.1 Intégration clinique .....	6
3.1.1 Méthodes et procédures uniformisées .....	6
3.1.2 Structures et politiques coopératives .....	8
3.1.3 Communication et éducation .....	9
3.2 Gestion de l'information et technologie .....	10
3.2.1 Patients et grand public .....	10
3.2.2 Fournisseurs de soins de santé .....	11
3.2.3 Gestionnaires et chefs de clinique .....	12
3.2.4 Gouvernements et autres payeurs .....	13
3.3 Intégration verticale dans les collectivités .....	13
3.3.1 Coentreprises .....	14
3.3.2 Arrangements multi-institutionnels .....	15
3.3.3 Liens avec les déterminants de la santé .....	17

4.	Conséquences pour la politique et la pratique .....	18
4.1	Meilleure utilisation des ressources humaines .....	18
4.2	Rationalisation et succès des processus .....	18
4.3	Coordination de l'information .....	19
4.4	Modèles d'intégration .....	19
5.	Recommandations .....	20
	Ouvrages de référence .....	22
	Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la prestation des services intégrés	

# 1. Contexte

**L**es gouvernements et les patients canadiens sont confrontés à ce qui semble être des problèmes systémiques généralisés dans la prestation des services de santé.

Les dépenses de santé ont tellement augmenté que les services de santé représentent 40 p. 100 des dépenses de certains gouvernements provinciaux. Cependant, le système ne rend guère compte des coûts liés aux soins de santé et de l'utilisation de ces derniers par les fournisseurs ou les consommateurs. Les coûts continuent d'augmenter tandis que les provinces s'efforcent de trouver et de retenir des professionnels de la santé indispensables. Les moyens de pression utilisés en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse montrent que les travailleurs de la santé sont mécontents et que, déjà, ils ne sont déjà pas assez nombreux. On parle également de pénurie prochaine de certaines catégories de médecins et d'autres professionnels de la santé.

La fragmentation des services ne facilite pas les choses, et il existe sans doute des excédents et des chevauchements de services à cause d'un manque de communication et de coordination entre les dispensateurs de soins. Différentes parties du système se disputent les ressources et on ne les incite guère à une collaboration interdisciplinaire. On dépend encore trop des soins hospitaliers classiques et le passage à des services ambulatoires plus appropriés demeure trop lent.

Entre-temps, le public perd confiance dans le système. Les médias regorgent d'articles sur de longues listes d'attente, sur la lenteur excessive du service dans les salles d'urgence des hôpitaux et sur des dossiers médicaux et des tests de diagnostic excessifs. D'aucuns redoutent que des personnes soient victimes des lacunes du système car, la population vieillissant, les services n'existeront pas quand ils en auront besoin.

Parallèlement, les consommateurs connaissent de plus en plus leurs droits à l'information en ce qui concerne leur propre santé et l'existence de services de santé. Le public devient plus tenace dans ses demandes d'accès

à l'information avant de prendre des décisions et de choisir effectivement des fournisseurs de services. Influencés par l'information venue des États-Unis et d'ailleurs, les Canadiens sont de plus en plus conscients qu'il existe une réelle possibilité d'erreurs médicales ou, pour être plus précis, d'erreurs du système de santé.

## 1.1 La vision de la prestation de services intégrés

Au Canada, le secteur des soins de santé considère la prestation de services intégrés comme un moyen de s'attaquer sur plusieurs fronts à ces problèmes de services de santé.

« Prestation de services intégrés » est synonyme de services de santé coordonnés autour des besoins des patients ou de groupes de population particuliers. L'expression désigne aujourd'hui tout un ensemble de stratégies axées sur la coordination des services au niveau des soins.

Au Canada, des services de santé intégrés sont mis en place dans un cadre général avec des éléments que Stephen Shortell, Robin Gillies et David Anderson qualifient fort justement d'« indicateurs d'intégration » dans *The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems* (1994). Il s'agit des éléments suivants :

- élaboration de protocoles cliniques, de modèles et de systèmes de gestion des cas;
- création de liens entre les services cliniques de différents établissements pour des programmes de soins cardiovasculaires, de soins oncologiques, de médecine comportementale et de santé des femmes;
- accélération des applications cliniques d'améliorations qualitatives continues et expansion de tout le continuum de soins;
- définition et validation de méthodes d'évaluation des résultats et de la performance utilisant notamment des cartes de pointage pondérées;
- réduction de la capacité d'hospitalisation dans les centres de soins actifs;

- regroupement de programmes et services communautaires;
- augmentation du nombre des dispensateurs de soins primaires; et
- développement accru de la médecine de groupe pour les soins primaires et spécialisés.

Cette liste donne une idée des grands espoirs que présente la prestation de services intégrés. Les dispensateurs de soins de santé et les gouvernements provinciaux souhaitent voir des collectivités en meilleure santé et des patients plus satisfaits, servis par un système de santé homogène sans fragmentation, chevauchements ou lacunes dans les services. Dans le système qu'ils envisagent, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins de santé primaires, les soins à domicile, la santé publique, les bureaux d'aide sociale, les écoles, la police et d'autres dont les services influent sur les déterminants de la santé travailleraient en plus étroite collaboration.

## 1.2 Initiatives en cours

Le Canada a toujours réglé les grands problèmes des services de santé en procédant à des réorganisations ou à des restructurations à l'échelle provinciale. En cas de doute, restructurez! Il n'est donc pas surprenant que ce soit la principale approche adoptée par le secteur de la santé pour essayer de parvenir à une prestation de services plus rentable et à une intégration des services.

Les idées en ce qui concerne l'intégration des services suivent deux modèles distincts : celui des autorités sanitaires régionales (ASR), qui décentralisent les décisions à l'échelon local, et les systèmes de santé intégrés (SSI), qui reposent sur des régimes organisés mis au point aux États-Unis et ailleurs.

### 1.2.1 Autorités sanitaires régionales

À commencer par le Québec en 1989, toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, se sont efforcées de mettre en place des autorités sanitaires régionales d'un type ou d'un autre. Dans le présent modèle, des personnes sont nommées ou élues à l'ASR pour la collectivité locale, et elles sont responsables de la santé

et des services de santé d'une certaine population ou d'une certaine région géographique.

Dans la plupart des provinces, les ASR sont responsables de l'affectation des ressources et de la gestion des hôpitaux, des centres de santé communautaires, des programmes de soins à domicile, de la santé publique, des services ambulanciers et de différents types d'établissements de soins de longue durée. Il arrive également qu'elles soient chargées d'engager les médecins, les infirmières, les techniciens de laboratoire et autres professionnels de la santé nécessaires à la prestation des services. Dans la plupart des cas, le gouvernement provincial demeure responsable des services de santé mentale et de cancérologie, entre autres, et la plupart des ASR ne sont pas habilitées à décider de dépenses relatives aux services de médecins ou aux médicaments.

La création des ASR se justifie par ces deux raisons : accroître la responsabilité locale en ce qui concerne la prestation de services de santé et leur coût et faire participer localement les citoyens aux décisions en matière de santé qui concernent leur collectivité. Les ASR sont censées faciliter la prestation des services intégrés parce qu'un seul organisme directeur local est responsable de la plupart des services de santé dans la région. Elles sont également censées faciliter la réaffectation des ressources qui accompagne le transfert de services d'un centre hospitalier à des services communautaires, conformément aux besoins de la population en matière de santé.

La grande question est de savoir si les ASR atteignent leurs objectifs. Comme la plupart des provinces continuent de les modifier, il est difficile de le dire. De plus, peu d'évaluations ont été entreprises à ce jour.

D'après Jonathan Lomas, John Woods et Gerry Veenstra (1997), il ressort d'une enquête nationale auprès des membres des conseils d'administration des ASR que celles du secteur institutionnel avaient réussi à regrouper quelques programmes hospitaliers dans un plus petit nombre d'établissements. Cependant Lomas et coll. concluent également que le manque de pouvoir des ASR sur une part importante des budgets de la santé, comme le financement des services de

médecins et des médicaments, nuit aux tentatives d'intégration de programmes hospitaliers dans le secteur communautaire.

### 1.2.2 Systèmes de santé intégrés

Les systèmes de santé intégrés ont évolué aux États-Unis, où ils sont un dérivé des régimes de soins gérés. Au Canada, toutes les provinces en ont abondamment parlé, mais aucune n'a encore mis en œuvre une version complète du modèle des SSI.

Les SSI sont conçus comme des réseaux d'organisations généralement placés sous une régie commune, qui fournissent ou prennent des dispositions pour fournir un continuum coordonné de services à une population donnée. Ils sont responsables sur les plans cliniques et financiers de l'état de santé de la population et des résultats des services de santé. Ils fournissent aux participants, contre règlement d'honoraires fixes par personne, une gamme complète de services allant de la promotion de la santé aux services de soins de longue durée, en passant par les soins de santé primaires, les diagnostics, les traitements et la rééducation.

Pour ce qui est de la prestation de services intégrés, les SSI doivent changer de paradigme et ne plus tant mettre l'accent sur les « fournisseurs » que sur le service à la « clientèle » (consommateur). Le modèle des SSI a, semble-t-il, pour avantage de permettre aux consommateurs d'accéder en temps plus opportun aux services, d'offrir un « guichet unique », de présenter moins de chevauchements de services, d'éliminer les lacunes et fragmentations dans les soins, et d'offrir une meilleure coordination et un meilleur transfert entre les services primaires et secondaires. Idéalement, les consommateurs disposent de renseignements factuels sur les différents traitements à leur disposition. Ils peuvent donc s'informer sur l'endroit où ils seront le mieux soignés et sur les meilleurs professionnels de la santé pour ce qui est des services dont ils ont besoin.

Là encore, il existe très peu d'évaluations empiriques, encore que plusieurs études de cas sur les SSI aient été réalisées. *Remaking Health Care in America* (1996, répétée en 2000), qui porte sur 10 systèmes intégrés aux États-Unis, est une des études les plus influentes. Les auteurs, Shortell, Gillies, Anderson, Erikson, et

Mitchell, y concluaient principalement que la plupart des systèmes avaient progressé dans le rapprochement des services hospitaliers moyennant une intégration horizontale. Certains systèmes sont parvenus à intégrer des médecins dans les organisations et à les inciter à collaborer par des mesures économiques. L'intégration clinique, élément essentiel de la prestation de services intégrés, est le domaine où les résultats sont les moins bons.

En 2000, Peggy Leatt, George Pink et Michael Guerriere ont examiné les données relatives aux SSI recueillies dans un document clé pour Healthcare Papers intitulé *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare*. Leatt et coll. concluent en proposant six stratégies pour faire avancer la prestation des services intégrés. Ils recommandent de mettre l'accent dans la politique sur le consommateur individuel et sur ses besoins, de commencer par faire des soins de santé primaires un service clé, de définir des modèles de financement fondés sur les besoins de la population, de faire en sorte que les fournisseurs se communiquent des renseignements et de promouvoir la technologie; de créer des réseaux de coordination virtuels au niveau local, et de mettre en place des mécanismes pour surveiller et évaluer la prestation de services.

L'Ontario a aussi examiné sérieusement les SSI dans le cadre de son initiative de réforme de la santé. En 1996, cette province a nommé la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), à qui elle a donné quatre ans pour moderniser les services hospitaliers et concevoir des stratégies pour la création de SSI. La Commission a réussi à regrouper les services hospitaliers par le biais de fusions et elle a remis un rapport intitulé *Regard sur le passé, regard sur l'avenir : Rapport de travail* (2000), qui offre un plan directeur pour la gestion de l'information en matière de santé, les soins de santé primaires, la gestion du rendement et l'intégration verticale dans les collectivités. L'incidence des travaux de la Commission en Ontario ne se fait pas encore pleinement ressentir.

Malgré ces indicateurs positifs, le modèle des SSI est controversé au Canada. L'idée de systèmes concurrentiels axés sur le marché ne plaît pas à certains Canadiens, et les professions de la santé ainsi que d'autres

organismes fournisseurs n'appuient plus autant certains principes clés des SSI. Les analyses effectuées en Ontario sur les SSI mettent de plus en plus l'accent sur des SSI « virtuels », comme le précise Jeff Goldsmith dans *The Illusive Logic of Integration* (1994). Il y explique qu'il est difficile de mettre en place pour les SSI une structure de régie unique et que la solution réside dans une intégration virtuelle. Il estime également que l'intégration ne nécessite probablement pas de régie ou de propriété commune, et qu'elle peut être réalisée par le biais de diverses alliances stratégiques telles que des coentreprises, des contrats, des réseaux et d'autres arrangements multi-institutionnels.

### 1.3 Questions en suspens

D'un point de vue pratique, peu d'éléments renforcent l'idée que la prestation de services intégrés entraîne de meilleurs résultats sur le plan de la santé et une plus grande satisfaction des patients. Le problème tient en partie au manque de clarté et d'interprétation cohérente de ce que renferme la notion de prestation de services intégrés. L'expression semble avoir évolué sans base théorique ou recherche précise. Si l'on interrogeait des patients sur l'intégration des services de santé, ils répondraient probablement, d'un air surpris : « Vous voulez dire que les soins que je reçois aujourd'hui ne sont pas coordonnés, que le spécialiste n'a pas signalé à mon médecin de famille que j'ai subi une grave opération au cœur le mois dernier, et que je ne peux pas prendre rendez-vous pour mes analyses de sang, mes radios et mes autres examens en passant un seul coup de fil à l'hôpital? »

Lors d'une conférence intitulée Healthcare Papers organisée en juin 2001, Michael Guerriere a résumé ce que les patients attendent d'un système de santé et ce que beaucoup pensent que la prestation de services intégrés peut apporter :

- aucune répétition de questions ou d'examen;
- des fournisseurs qui sont au courant de ce que d'autres fournisseurs ont fait;
- aucune attente à un palier de soins pour que des ressources se libèrent à un autre;

- accès 24 heures sur 24 à des soins de santé primaires complets;
- accès à des renseignements comparatifs sur la qualité des fournisseurs et sur leurs résultats;
- rendez-vous multiples pris en s'adressant à un seul endroit; et
- soins proactifs durant lesquels on communique avec les patients au sujet des interventions nécessaires, on les informe de l'évolution des maladies et on leur donne l'aide à domicile voulue pour qu'ils puissent rester le plus autonome possible.

Cependant, il n'est pas facile d'arriver à ce résultat. Dans leur étude intitulée *Have Integrated Health Networks Failed?* (2001), Leonard Friedman et Jim Goes se demandent si les réseaux de santé intégrés ont échoué dans leur mission et attirent l'attention sur des questions que connaissent trop bien les Canadiens :

- l'accent est trop mis sur les fournisseurs au lieu des patients;
- les partenaires/fournisseurs ne veulent pas renoncer à leur autonomie;
- les cultures professionnelles et les mesures d'incitation ne correspondent pas aux besoins en matière d'intégration;
- les intervenants ne se font pas assez confiance mutuellement;
- absence d'engagement et de leadership;
- mauvaise communication; et
- les résultats sur le plan de la santé sont difficiles à définir et à évaluer.

Friedman et Goes estiment que, pour que l'intégration fonctionne, les chefs de file et les décideurs en matière de santé doivent reconnaître l'intensité du changement aujourd'hui et admettre qu'il leur incombe de créer une culture de changement positive.

## 2. Aperçu des études du FASS

**Q**uelque 41 études ont été incluses dans la présente analyse. Toutes les études visent à parvenir à une prestation de services plus intégrés soit par une réorganisation directe des services, soit par des moyens plus indirects, comme un meilleur accès à l'information pour les fournisseurs et d'autres intervenants dans différents secteurs géographiques.

### 2.1 Méthodologie

En ce qui concerne la méthodologie, les projets sont assez divers et pas faciles à classer en catégories. Au lieu d'essayer directement la mise en œuvre, la plupart des études décrivent des services qui pourraient être intégrés et expliquent en détail les processus pertinents pour l'application de la nouvelle approche. La plupart des études utilisent plusieurs méthodologies, y compris l'analyse de données secondaires (le cas échéant), des enquêtes, des entrevues et des groupes de réflexion. Les responsables de cinq projets ont décidé d'évaluer formellement de nouveaux programmes et utilisé des consultants extérieurs, par souci d'objectivité. Bon nombre d'études sont, en fait, des études de cas uniques qui présentent surtout un intérêt pour la collectivité locale et, peut-être, pour des collectivités semblables dans la même province.

Les chercheurs ont employé des méthodes novatrices pour répondre aux questions clés suivantes. Est-on parvenu à intégrer les services de santé? Quels sont les facteurs qui ont favorisé l'intégration? Quels effets ont eu les stratégies d'intégration sur les opinions et attitudes des fournisseurs de soins de santé? Quels ont été les résultats sur le plan de la santé individuelle et communautaire? Les patients, leurs familles et leurs amis sont-ils satisfaits des services? Ce programme devrait-il être élargi à d'autres collectivités? Et ainsi de suite.

### 2.2 Portée géographique

Le lieu où sont réalisés les projets peut être important, car des éléments juridiques, sociaux, économiques, politiques et autres peuvent renforcer ou limiter la prestation de services intégrés.

Cinq projets avaient une portée ou des conséquences nationales. L'Association canadienne pour la santé mentale participait à une étude, tandis qu'une autre portait sur les télé-soins de santé à domicile en Alberta, à Terre-Neuve et en Ontario. Une étude de listes d'attente concernait les provinces de l'Ouest, mais les résultats pouvaient s'appliquer au-delà de cette région. Sur les deux projets nationaux restants, un concernait la mise en commun de données nationales et provinciales sur la santé et l'autre, qui était une étude de la prestation de soins de santé dans les régions inuites, avait des conséquences pour d'autres petites collectivités difficiles à atteindre.

Dans une certaine mesure, la répartition géographique des projets provinciaux reflète le style particulier de chaque province, la création des ASR et d'autres réformes de santé visant à faciliter la prestation des services intégrés. Dix neuf projets se déroulaient au Québec, cinq en Saskatchewan, cinq en Colombie-Britannique, trois en Ontario, deux dans l'Île-du-Prince-Édouard, un au Nouveau-Brunswick et un en Nouvelle-Écosse. C'est au Québec que les ASR existent depuis le plus longtemps, la Saskatchewan se classant deuxième sur ce plan.

## 3. Analyse de conclusions importantes/pertinentes

**L'**expression « prestation de services intégrés » semble défier toute définition précise, mais tous ces projets contenaient des définitions opérationnelles qui couvraient leur domaine d'intérêt particulier. Ainsi, trois noyaux interdépendants se dégagent des 41 études : intégration clinique, gestion et technologie de l'information et intégration verticale dans les collectivités locales. Bien des projets apportent de précieux renseignements à plus d'un noyau, mais ces regroupements reflètent et mettent en évidence l'ampleur et la diversité des études. Plusieurs projets apparaissent dans plus d'un noyau parce que leurs conclusions ont de multiples applications.

### 3.1 Intégration clinique

Dans ce noyau, 14 études illustrent les défis inhérents à l'intégration clinique du continuum de soins pour des personnes souffrant de maladies ou de problèmes de santé similaires.

L'intégration clinique a beaucoup en commun avec la « gestion des soins thérapeutiques » parce que les deux approches mettent l'accent sur la coordination de services pour des groupes de patients présentant des maladies ou problèmes similaires. Ce type d'approche peut être bénéfique pour des personnes atteintes de maladies chroniques qui ont besoin d'un contact constant avec des services de santé pour une surveillance et un traitement. L'intégration clinique peut être renforcée en utilisant des protocoles cliniques, des modèles, des lignes directrices, des plans d'intervention, des méthodes de gestion des cas, des évaluations des résultats élaborés par des cliniciens autour de traitements standards, et des méthodes de soins fondées sur des données cliniques. On peut saisir des occasions d'améliorer continuellement les processus dans les programmes de soins hospitaliers ambulatoires et en hospitalisation. La recherche sur les services de santé montre clairement qu'on peut obtenir de meilleurs résultats en uniformisant les procédures.

L'intégration clinique exige trois activités fondamentales et interdépendantes. Tout d'abord, il faut élaborer des méthodes et des procédures uniformisées telles que des protocoles, des modèles cliniques, des méthodes d'évaluation et des programmes-pilotes. Ensuite, il faut mettre en place des structures et des politiques propices à la coopération pour s'assurer que les protocoles et les lignes directrices uniformisés soient acceptés comme étant valides par les spécialistes des soins de santé et par le grand public. Enfin, il faut fournir à tous les intervenants des stratégies de communication relatives aux nouvelles approches et des programmes d'information..

#### 3.1.1 Méthodes et procédures uniformisées

Bon nombre d'études reconnaissent les avantages des protocoles cliniques, des lignes directrices et de programmes-pilotes bien définis pour ce qui est

d'accentuer l'uniformisation des méthodes d'évaluation et des traitements et interventions. Ainsi, un protocole uniformisé a été défini pour quatre hôpitaux montréalais dans un projet intitulé « Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables » (QC405). L'outil de dépistage a été utilisé pour repérer les personnes âgées qui risquaient de fonctionner beaucoup moins bien dans les quatre mois suivant leur consultation à l'urgence. Les domaines de déclin fonctionnel inscrits dans le protocole étaient les suivants : douleurs accrues, progression de l'arthrite, difficultés dans les activités de la vie quotidienne, problèmes de comportement (p. ex. : angoisse ou dépression) et problèmes sociaux. Les résultats montrent qu'en utilisant le protocole, il était possible de prévoir les facteurs de risque des personnes âgées et de les communiquer aux médecins de famille, qui pouvaient ensuite coordonner des soins communautaires.

Des protocoles de soins infirmiers ont été utilisés par téléphone, par l'entremise d'un projet intitulé « Info-Santé CLSC : Projet -pilote d'intervention téléphonique en santé mentale » (QC430). Les personnes présentant des problèmes de santé mentale constituent un défi particulier pour les services d'appel parce que les patients appellent souvent tard dans la nuit ou pendant le week-end, alors que moins de personnes-ressources sont disponibles pour répondre aux questions ou donner des conseils. Vingt-huit protocoles ont été élaborés pour les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, ainsi que la famille et les amis de personnes présentant des problèmes de santé mentale. Les protocoles ont été informatisés et traduits en anglais, et le personnel infirmier a été formé à leur utilisation.

D'après les chercheurs, le projet a nettement réussi : en effet, les infirmières en savent plus sur les personnes atteintes de maladie mentale. De plus, et cela était inattendu, les protocoles auraient aidé à recruter et à retenir des infirmières, car elles étaient moins stressées en répondant aux appels de personnes présentant des problèmes de santé mentale complexes.

Il est particulièrement important de clarifier les méthodes et les procédures lorsque les patients

s'adressent à différents lieux de prestation de services ou établissements pour recevoir différents types de soins. Des modèles cliniques ont été utilisés dans le projet intitulé « Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale » (BC402). Des procédures uniformes élaborées par deux hôpitaux d'enseignement de Vancouver visaient les patients transférés de l'hôpital à des soins communautaires. Elles comprenaient les tests de diagnostic, les consultations avec des spécialistes, les traitements et autres interventions, les activités et le repos, les médicaments, l'alimentation, l'élimination, l'éducation des patients, la planification des congés et les résultats souhaités pour les patients. Un comité directeur était chargé de définir les modèles avec le concours et les commentaires d'infirmières de liaison, de pharmaciens et d'autres membres des équipes interdisciplinaires de l'hôpital et de la collectivité.

Dans leurs conclusions, les auteurs insistent sur les défis que pose l'adoption d'approches interdisciplinaires là où certains professionnels, comme les médecins, ont l'habitude de travailler seuls, avec peu de directives factuelles quant aux services qui devraient être fournis.

Il est essentiel que les outils et les évaluations uniformisés reposent sur des données cliniques et de recherche à jour. Ce type de recherche préliminaire a été utilisée dans le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401). Les hôpitaux de la région sanitaire de Vancouver-Richmond ont étudié la faisabilité de l'évaluation d'un processus visant à mesurer la « nécessité » d'interventions chirurgicales non urgentes, mais nombreuses, que sont la chirurgie de la cataracte, la cholécystectomie, l'hystérectomie, la chirurgie de la hernie discale lombaire, la prostatectomie et l'arthroplastie totale de la hanche. Un ensemble de critères uniformes destinés à évaluer la nécessité de l'intervention a été utilisé par les fournisseurs, de même qu'une évaluation de la perception que les patients avaient de leur qualité de vie. Les principaux participants au projet faisaient partie d'un comité directeur de chirurgiens et d'administrateurs représentant le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le Vancouver

Richmond Health Board, six secteurs chirurgicaux et cinq hôpitaux.

L'étude a démontré l'importance de ce type d'évaluation des résultats d'interventions chirurgicales parce que, dans certains cas, la chirurgie pourrait être recommandée malgré des indications minimales quant à sa nécessité. Quelque 140 chirurgiens ont participé à l'étude et ils en ont généralement accepté les résultats. Cependant, l'étude montre combien il est complexe d'apporter des changements qui risquent d'être perçus comme des ingérences dans le processus décisionnel traditionnel des médecins.

Un projet intitulé « Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie » (BC123) a été mené dans la North Shore Health Region de la Colombie-Britannique. Le programme « pilote » de soins à domicile décrivait les grandes lignes de processus uniformes pour des services de réadaptation, des soins de jour pour adultes, des services communautaires de dépistage et de santé mentale gériatrique, la thérapie par le jeu et l'éducation sanitaire, ainsi que des services fournis par un gestionnaire de cas. Le modèle déterminait quand il était encore réaliste que des personnes âgées restent chez elles et à quel moment des soins de soutien supplémentaires devenaient nécessaires pour elles et leurs soignants. De même, un projet intitulé « An Integrated Mental Health Response for Seniors » (PE121), qui a été mené sur l'Île-du-Prince-Édouard, a fourni un modèle de prestation de services destiné à faciliter l'intégration des soins à domicile et des services de santé mentale communautaires offerts aux personnes âgées souffrant de démence ou de dépression. Les deux modèles pourraient s'appliquer ailleurs.

Il est difficile de décider quels sont les services qui devraient être uniformisés et quelles procédures sont essentielles pour l'application des protocoles. Un modèle d'aiguillage uniformisé (Plan des services de réadaptation) a été conçu pour les patients qui ont besoin de services de réadaptation au Nouveau-Brunswick (« Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick » [NB102]). Dans ce cas, les facteurs cliniques les plus importants en ce qui

concerne l'aiguillage de patients vers des services de réadaptation ont été cernés par un comité de travail composé de représentants des professions concernées et d'autres groupes d'intervenants qui ont participé à une série de séances de concertation. Le comité de travail a défini 24 stratégies pour coordonner tous les services de réadaptation de la province. Le projet comprenait l'élaboration d'une échelle de priorités quant aux personnes aiguillés vers les services, ainsi que la rédaction d'un manuel de l'utilisateur, l'objectif étant de promouvoir une cohérence dans les priorités et, par conséquent, un accès équitable aux services dans toute la province. L'échelle reposait sur des faits et tenait compte du point de vue des patients et des fournisseurs.

Cette échelle d'évaluation a été appliquée avec succès. Les utilisateurs ont pu évaluer les capacités fonctionnelles de chaque patient et le résultat éventuel de services, ce qui leur a permis de déterminer leur besoin de réadaptation par rapport à d'autres personnes sur la liste d'attente.

Lorsque des services sont intégrés, il est important que toutes les organisations participantes comprennent bien leur rôle. En Ontario, on a mis sur pied un projet intitulé « Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428) pour coordonner les services destinés aux victimes d'une attaque dans le continuum de soins.

Il y a beaucoup à apprendre de ce projet sur l'utilisation de protocoles, de lignes directrices et de modèles, mais les contrats écrits relatifs aux nouvelles attributions des organisations participantes en constituent une de ses contributions les plus importantes. Des ententes uniformes précisaient qui fournirait chacun des services intervenant dans le transport des patients entre les centres régionaux pour accidents cérébrovasculaires et les services communautaires proches de leur domicile. Les ententes étaient essentielles pour s'assurer qu'une personne victime d'une attaque pouvait recevoir les médicaments nécessaires (TPA) dans les trois heures qui la suivait. Les hôpitaux participants ont accepté d'offrir du TPA 24 heures sur 24 et d'assumer l'augmentation de coût connexe des médicaments et des services d'urgence. Les conclusions

insistaient sur la complexité de la négociation de contrats inter-organisationnels.

### 3.1.2 Structures et politiques coopératives

Lorsque l'on élabore des approches uniformisées de la prestation de services intégrés, il est essentiel d'avoir l'appui de groupes interdisciplinaires clés. Des structures et des politiques coopératives donnent aux groupes professionnels, aux consommateurs et à d'autres intervenants l'assurance que leurs opinions et leurs compétences sont indispensables, ce qui prépare à une acceptation plus facile du protocole ou des lignes directrices quand le produit final est mis en œuvre.

Les approches coopératives du processus décisionnel ont été utilisées pour définir et valider des protocoles dans le projet intitulé « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489). Un des principaux défis de ce projet réalisé dans l'Ouest du pays consistait à trouver un mode d'évaluation de listes d'attente standardisées que les intervenants clés jugeraient acceptables.

Il s'agissait d'élaborer des outils que les médecins pourraient utiliser pour évaluer l'urgence d'interventions chirurgicales chez des patients qui attendent une opération de la cataracte à Saskatoon, une arthroplastie de la hanche et du genou à Edmonton, une chirurgie générale à Winnipeg, un examen par IRM à Calgary et des services de santé mentale pour enfants à Vancouver. Un système de points a été défini à partir de données cliniques fournies par cinq groupes d'experts multidisciplinaires, d'entrevues avec des professionnels de la santé et d'essais sur le terrain. Afin de s'assurer que le mode d'évaluation serait acceptable pour les professionnels et les patients, près de 3 000 patients et 150 cliniciens ont participé au projet. L'opinion publique a été recueillie dans le cadre de sept groupes de réflexion afin de valider les processus de liste d'attente.

Un consortium composé de 19 membres B quatre ministères de la Santé provinciaux, sept autorités sanitaires régionales, quatre associations médicales et quatre centres de recherche en santé B a également participé à ce projet. Ce partenariat, qui était une entreprise sans précédent, a démontré les relations

interorganisationnelles complexes requises pour la réussite de ce type de travail.

Dans d'autres études, des rôles nouveaux ou élargis ont été définis pour des travailleurs de la santé tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les thérapeutes en réadaptation, afin de les amener à travailler en équipe pour aider à éliminer les obstacles, notamment interorganisationnels. Ces rôles étaient souvent transdisciplinaires. Autrement dit, leurs responsabilités se chevauchaient, de sorte que des personnes appartenant à différentes disciplines et milieux pouvaient les assumer.

Ce type de rôle transdisciplinaire a été utilisé avec succès dans les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) des services de santé mentale de plusieurs collectivités. L'hôpital psychiatrique Douglas de Montréal a constitué des équipes de TCD pour soigner des personnes souffrant de graves maladies mentales qui sont, en même temps, toxicomanes ou alcooliques (« Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie » [QC407]). Les enquêteurs ont souligné qu'il était difficile de trouver des programmes d'éducation pertinents pour former les membres d'équipes francophones pour ce travail. Un autre projet a réussi à créer des rôles élargis pour les pharmaciens, ce qui les a aidé à collaborer avec les médecins de famille de la même collectivité afin d'optimiser la pharmacothérapie des personnes âgées qui avaient besoin de plusieurs médicaments (« Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments B Essais d'évaluation des médicaments destinés aux personnes âgées » [ON221]).

On a souvent utilisé des comités ou des groupes de travail dans les études afin d'obtenir une participation adéquate au processus décisionnel et un leadership approprié. Par exemple, des comités de coordination ont été créés à trois niveaux afin de faciliter l'intégration d'un continuum de services complet dans le projet intitulé « Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs » (QC403). La structure de comité a été conçue de manière à

favoriser la définition et l'application de protocoles cliniques et d'un système de gestion des cas. Les comités étaient stratégiques (directeurs), tactiques (coordonnateurs) et cliniques (gestionnaires de cas).

Diverses méthodes ont été appliquées dans une évaluation indépendante de la structure de comité (« Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination des services par gestion de cas » [QC123]). Le travail des comités a été suivi en observant le processus décisionnel pendant leurs réunions, en interrogeant leurs membres et en clarifiant le rôle des gestionnaires de cas et des membres des équipes. D'après les conclusions, la coordination stratégique a beaucoup facilité l'intégration des services parce que ce comité était habilité à réaffecter des fonds aux services, le cas échéant, afin de répondre aux besoins des patients. L'évaluation du projet dans son ensemble a montré que la prestation de services intégrés pouvait améliorer les résultats pour les patients et les familles, sans augmenter les coûts.

### 3.1.3 Communication et éducation

Pour parvenir à une intégration clinique, il est essentiel de disposer de stratégies de communication et d'éducation bien conçues. Comme T.J. Larkin et Sandar Larkin le soulignent dans leur article paru dans le *Harvard Business Review*, sous le titre *Reaching and Changing Frontline Employees* (1996), une mauvaise communication peut nuire et, par conséquent, ralentir l'évolution des processus. D'après Larkin et Larkin, les gens seront plus enclins à changer leur façon de travailler si on leur explique dès le début ce que l'on attend d'eux et s'ils considèrent que le communicateur est connu et crédible.

Ces deux principes ont été suivis dans le projet intitulé « Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale » (BC402). Dès le début du projet, des stratégies de communication et des séances d'information ont été mises au point et offertes à 417 employés des soins actifs et des soins communautaires. Les chefs de projets cliniques, que le personnel connaissait bien, ont

présenté les éléments des modèles cliniques et les détails de leur utilisation. Différentes approches ont été employées sur le plan de la communication, y compris des cours magistraux, des vidéos, des groupes de discussion et des documents écrits. Des séances ont été proposées à différents moments de la journée et à différents endroits, afin de donner toutes les possibilités au personnel d'y assister. Cependant, malgré cette approche multimédia, il a été difficile de joindre tout le monde. Les changements ont fait ressortir parmi les intervenants différentes philosophies et cultures en ce qui concerne les soins aux patients et le travail d'équipe. Les rôles et responsabilités des professionnels de la santé semblaient également ambigus ou contradictoires par rapport aux rôles et aux responsabilités traditionnelles.

## 3.2 Gestion de l'information et technologie

Dans le deuxième noyau, 13 projets portaient sur les étapes essentielles de l'intégration de la gestion de l'information et sur l'utilisation de la technologie pour parvenir à l'intégration.

L'importance et le pouvoir de la gestion de l'information et de la technologie sont reconnus dans la plupart des industries, mais le secteur de la santé au Canada est lent à adopter les progrès généraux enregistrés dans la gestion de l'information. La prestation de services intégrés oblige à recueillir des données et à les partager par-delà les frontières organisationnelles et professionnelles classiques, sans nuire à la confidentialité des renseignements sur laquelle comptent les consommateurs. Un des défis les plus importants consiste à s'assurer que tous les intervenants ont accès à l'information lorsqu'ils en ont besoin, là où elle leur est nécessaire.

Quatre grands groupes d'intervenants ont besoin d'avoir accès aux renseignements relatifs à la santé et aux services de santé afin de pouvoir prendre des décisions : les patients et le grand public; les fournisseurs de soins de santé, y compris les médecins et les infirmières; les gestionnaires et les chefs de clinique; les gouvernements et les autres payeurs de services.

Les renseignements qu'un groupe d'intervenants juge utiles le sont probablement aussi pour les autres groupes. Les projets intitulés « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401), « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489) et « Stratégies coordonnées en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428), entre autres, illustrent ce principe.

### 3.2.1 Patients et grand public

Les patients ont besoin de renseignements sur leur propre santé, sur leurs antécédents médicaux et sur les mesures qu'ils peuvent personnellement prendre pour améliorer leur santé. Les patients n'ont jamais eu accès à leurs propres dossiers médicaux et ils ne comprennent donc guère la nature de leurs propres problèmes de santé.

Afin d'essayer de communiquer avec les patients au sujet de leurs problèmes de santé, on a donné à ceux atteints de maladies chroniques du centre-ville de Regina et de Saskatoon des renseignements sur leur pression artérielle, sur leur taux de cholestérol et sur d'autres problèmes qui pouvaient être associés au diabète, au tabagisme et à la consommation d'alcool (« Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé » [SK330]). Les résultats préliminaires de ce projet montraient que la plupart des patients n'avaient pas conscience de la gravité de leurs problèmes de santé, et qu'il fallait faire plus pour qu'ils en prennent davantage conscience et pour les informer de questions courantes relatives à la santé.

Les résultats étaient plus encourageants dans le projet intitulé « Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean » (QC409). Des renseignements ont été donnés aux patients de cette région sur le tabagisme, les activités physiques et les habitudes alimentaires, afin de les aider à gérer les risques de maladies cardio-vasculaires. Les chercheurs ont conclu qu'il était positif de leur communiquer ces données, car leur taux de lipides dans le sang avait baissé, et leur niveau d'activité physique augmenté.

On espère, entre autres, en donnant aux consommateurs des renseignements relatifs à la santé qu'ils deviendront responsables par rapport à leur propre santé. Un projet intitulé « L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme » (QC301) était, en fait, un programme mis en place dans le service d'urgence de cet hôpital pour aider les patients asthmatiques à prendre plus d'initiatives dans leurs propres soins afin d'améliorer leur qualité de vie.

Les chercheurs ont conclu que le programme était bénéfique pour les patients, qui étaient satisfaits des services dans l'ensemble. Cependant, les médecins estimaient pour leur part que le service d'urgence d'un hôpital n'était pas le meilleur endroit pour dispenser ce type de programme d'éducation.

Dans un autre cadre, sur l'Île-du-Prince-Édouard, le projet intitulé « Programme de soutien provincial à l'intention des mères adolescentes » (PE422) a été mis en place afin de donner aux mères adolescentes des renseignements sur les programmes sociaux relatifs à la santé, sur les services juridiques et sur les possibilités d'emploi. Ce programme a donné des résultats positifs. Une fois les adolescentes informées des options à leur disposition, elles pouvaient planifier leur vie et bénéficier de garde d'enfants, ce qui les aidait à terminer leurs études secondaires.

Le grand public est souvent mal informé au sujet des questions de santé élémentaires et du fonctionnement du régime de santé. Dans le projet intitulé « Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428) mené en Ontario, un projet-pilote a été mis sur pied afin de savoir ce que le public connaissait des symptômes d'une attaque. À la consternation des enquêteurs, un tiers environ des participants étaient incapables de nommer les cinq signes avant-coureurs d'une attaque. De vastes stratégies de relations publiques et de marketing ont donc été élaborées.

Les médias s'interrogent souvent sur l'efficacité du régime de soins de santé au Canada et les consommateurs s'intéressent vivement au détail des dépenses de santé. Le projet susmentionné, intitulé « Du chaos à

l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489) a recueilli les commentaires du public dans sept villes de l'Ouest sur l'état actuel des listes d'attente et sur les délais d'attente dans cinq cliniques. Se fondant sur leur propre expérience, sur le bouche à oreille et sur la presse, les membres des groupes de réflexion se sont déclarés très préoccupés par les délais d'attente actuels et par la méthodologie apparemment non systématique sur laquelle s'appuie le classement des patients. Tout en reconnaissant ne pas savoir en général comment les décisions sont prises en ce qui concerne les listes d'attente, les participants ont réclamé la mise en place de processus clairs, équitables et transparents.

### 3.2.2 Fournisseurs de soins de santé

Où que se trouvent les patients à l'intérieur du système, les fournisseurs doivent pouvoir accéder facilement aux données cliniques et non cliniques qui les concernent. Un point d'accès unique pour les patients et un système informatique intégré sont des éléments essentiels de ce type de réseau d'information.

Au Québec, par exemple, ces deux éléments faisaient partie d'un réseau de télécommunications mis en place pour que les fournisseurs puissent accéder aux dossiers médicaux de patientes atteints de cancer du sein qui passaient d'une partie du système à une autre (« Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie » [QC426]). De même, un point d'accès unique et des communications électroniques intégrées étaient des éléments essentiels de la mise en œuvre dans le district sanitaire de Regina, qui a été examiné dans le projet intitulé « Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système » (SK424).

Ce système visait à faire en sorte que les clients reçoivent les soins voulus au bon moment et au bon endroit. Les intervenants pouvaient donc échanger des renseignements et collaborer à différentes étapes des soins prodigués aux patients. Entre autres résultats positifs pour ces derniers, mentionnons des admissions moins nombreuses dans des hôpitaux de soins non actifs et plus d'orientations vers les soins à domicile. Cependant, le nouveau système n'a pas tout changé.

Ainsi, les patients étaient toujours aussi nombreux à se rendre aux services d'urgence ou à être réadmis dans les hôpitaux de soins actifs. Ce succès limité tiendrait à l'ambiguïté des rôles des intervenants, à de mauvaises communications, au manque de confiance des médecins dans le système, à une application incomplète du protocole et à des retards dans la mise en œuvre d'un système d'information sur les patients.

Le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401), mené en Colombie-Britannique, montre que les intervenants ont besoin de renseignements précis et opportuns lorsqu'ils prennent des décisions complexes en ce qui concerne les soins aux patients. Ce projet visait entre autres à fournir aux chirurgiens des renseignements sur leurs pratiques chirurgicales actuelles par rapport à des lignes directrices factuelles. Les chirurgiens ont plus ou moins bien réagi au projet, et certains trouvaient les données assez inquiétantes. Cependant, la plupart étaient suffisamment intéressés par les résultats de la recherche pour envisager d'intégrer ce type de données aux fiches médicales courantes.

Le projet a également révélé que la gestion de l'information soulevait des questions importantes. Ainsi, il est apparu que le repérage automatisé de l'information était coûteux. En effet, le projet a repéré plus de 6 200 interventions chirurgicales au coût de 6 \$ par résultat, ou de 12 \$ pour un protocole pré et post-opératoire. Les identificateurs de patient uniques, la confidentialité des dossiers des patients et les politiques régissant l'accès des chercheurs à l'information étaient autant d'autres sujets épineux.

La télésanté est de plus en plus utilisée pour aider les intervenants ou les patients à accéder à des renseignements se trouvant à de grandes distances. Le projet intitulé « Projet de télésoins à domicile : volet de modélisation canadienne multicentrique » (NA161) faisait l'essai de fournir des soins à domicile à des enfants par l'intermédiaire de l'Hospital for Sick Children de Toronto, du Alberta Children's Hospital de Calgary et du Janeway Child Health Centre de St. John's. L'hôpital local et le programme de soins à domicile fournissaient des soins à court terme à des patients à leur domicile en utilisant une surveillance

audiovisuelle. Les services comprenaient une évaluation de la santé des patients, une planification des services communautaires, de la formation et de l'éducation, et l'établissement d'un lien entre le congé de l'hôpital et la prestation de services à domicile.

Ce modèle de services essentiels peut faciliter l'accès à des services dans des régions éloignées et améliorer la continuité pendant la transition de l'hôpital à la collectivité. D'après les enquêteurs, il pourrait contribuer à réduire la durée des hospitalisations, le nombre des visites à l'urgence et les taux de réadmission.

### 3.2.3 Gestionnaires et chefs de clinique

Les gestionnaires et les chefs de services de soins de santé ont besoin de renseignements pour faire en sorte que ces services sont efficaces et économiques. L'hôpital de Sherbrooke était intéressé par la rentabilité d'examen de laboratoire couramment demandés (« Exploitation de la méthodologie d'autocontrôle pour un changement de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution » [QC427]). Un programme informatisé, « Autocontrôle », a été utilisé pour voir dans quelle mesure les médecins d'une unité de chirurgie générale trouvaient qu'une demande automatique d'examen de laboratoire était utile. Après étude de cinq examens (numération globulaire, sodium, potassium, urée et créatinine), certains ont été jugés inutiles dans les soins aux patients et ils ne sont donc plus demandés automatiquement. Cette étude, qui a permis de réaliser des économies considérables, a également prouvé que l'information peut contribuer à l'efficacité des services.

La réforme des soins de santé en Saskatchewan, en 1991, comprenait la fermeture de nombreux petits hôpitaux en région rurale et l'intégration des services de soins actifs dans les offices régionaux de la santé (« regional health boards »). Une étude a été réalisée afin d'évaluer l'incidence de la fermeture des petits hôpitaux de soins actifs en région rurale sur le taux d'hospitalisation et de savoir ce que les résidents concernés pensaient de l'accès aux soins (« Évaluation

des effets de la restructuration des services de santé en région rurale et de la prestation de services intégrés ainsi que des solutions adoptées » [SK422]).

Les données montraient que la fermeture des hôpitaux n'avait pas fait baisser le taux d'hospitalisation ou augmenter le taux de mortalité. En fait, cela semblait être plutôt l'opposé. En effet, dans les collectivités où des centres hospitaliers étaient fermés, le taux de mortalité a diminué. Toutefois, les groupes de réflexion et les entretiens par téléphone donnent à penser que les résidents estimaient avoir moins accès aux services de santé.

Ce type de recherche peut fournir de précieux renseignements aux gestionnaires et aux dirigeants dans les collectivités dont le système de santé change. Les résultats montrent qu'il est nécessaire de prêter une plus grande attention aux communications avec les résidents de collectivités locales en ce qui concerne la justification des changements apportés et les conséquences auxquelles ils peuvent s'attendre.

### 3.2.4 Gouvernements et autres payeurs

Les gouvernements et les autres payeurs doivent avoir accès aux renseignements afin de pouvoir évaluer les besoins de la population en matière de santé, d'établir des normes, d'arrêter des politiques et de surveiller le rendement du système. Des systèmes intégrés d'information sur la santé ont été mis au point en Ontario pour réunir des données provenant de différents secteurs, par exemple, sur des indicateurs de la qualité pour les soins à domicile et de nouvelles approches du financement des soins psychiatriques à long terme et des cas de réadaptation (« Systèmes intégrés d'information sur la santé relatifs aux soins communautaires, hospitaliers et en établissement basés sur les instruments d'évaluation des bénéficiaires » [ON421]). Les conclusions de cette étude étaient très positives. L'outil s'est révélé fort pratique pour surveiller le rendement du système de santé intégré et facile à utiliser par les gouvernements, les autres payeurs et les organisations qui dispensaient des soins.

Dans un projet national, les chercheurs ont essayé de constituer une base de données intégrées en combinant des renseignements tirés d'enquêtes

fédérales sur la santé et des données provinciales sur l'utilisation des soins de santé (« Différences socio-économiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »? » [NA369]). Les chercheurs n'ont pu avoir accès aux données à cause de politiques gouvernementales et de processus d'autorisation complexes. Cette étude lance un message utile aux différents paliers de gouvernement, à savoir qu'il est sans doute nécessaire de modifier la législation et la politique pour permettre aux gouvernements et à d'autres organismes prestataires d'intégrer des données provenant de différentes sources.

Le projet intitulé « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489), qui portait sur le suivi et la gestion des listes d'attente, a également fourni des renseignements importants pour les ministères de la Santé provinciaux, les autorités sanitaires régionales, les associations médicales et les centres de recherche en santé. Des approches similaires pourraient être adaptées pour examiner des listes d'attentes dans d'autres provinces et pour analyser d'autres types de liste d'attente, comme celles pour les procédures de diagnostic.

Les projets décrits dans la présente section reconnaissent les besoins des différents intervenants en matière d'information et la nécessité de gérer activement l'utilisation de l'information par-delà les frontières qui séparent habituellement les organisations. Cependant, il reste bien des défis à relever avant d'arriver à une réelle intégration de l'information. D'autres études sont nécessaires pour bien comprendre des questions aussi complexes que le respect de la vie privée des patients, les identificateurs de patient uniques, les réseaux à point d'entrée unique et d'autres stratégies destinées à améliorer l'accès à l'information.

## 3.3 Intégration verticale dans les collectivités

Les 41 projets portaient essentiellement sur la prestation de services intégrés, mais 17 d'entre eux fournissaient des exemples particulièrement intéressants de liens verticaux et des diverses ententes

interorganisationnelles auxquelles on peut recourir pour y parvenir.

Dans l'intégration verticale, les organisations prestataires se situant à différentes étapes du continuum de soins se réunissent pour fournir des services coordonnés et intégrés. Il s'agit d'assurer une transition sans heurt lorsque les patients passent d'un service à un autre dans les collectivités locales et d'éliminer les « zones tampons » qui se créent au risque d'entraîner des lacunes dans les soins au détriment des patients. L'intégration verticale est tout à fait essentielle dans le contexte actuel des soins de santé où les services d'hospitalisation classiques sont réduits, tandis que la responsabilité de la prestation des services est confiée à d'autres organismes communautaires. L'hôpital n'a plus le rôle de coordonnateur central et de source de « toutes les connaissances » sur les services de santé communautaires, mais on ne sait pas encore très bien qui le remplacera dans cette fonction importante.

L'intégration verticale peut prendre différentes formes. Sous sa forme la plus simple, elle peut comprendre une coentreprise entre deux organisations, par exemple : entre un hôpital et un programme de soins à domicile. À un niveau plus complexe, plusieurs établissements peuvent conclure des ententes pour conjuguer leurs forces et fournir un continuum de services à un groupe de patients ou à une population en particulier. Ce type d'arrangement peut être virtuel, comme l'explique Goldsmith (1994), et organisé en un réseau de services sans régie ou propriété commune. Un groupe d'organisations peut également s'associer dans le cadre d'un modèle de régie général, comme celui fourni par une autorité sanitaire régionale. L'intégration verticale peut aussi être élargie afin d'inclure des liens avec des services touchant à des déterminants généraux de la santé : services sociaux, emploi, écoles, organismes environnementaux, etc.

### 3.3.1 Coentreprises

Une coentreprise a été formée dans le projet intitulé « Soins intégrés postnatals et soutien à l'allaitement » (BC422) qui reliait l'hôpital d'une collectivité isolée de la Colombie-Britannique aux services de santé publique. Le projet visait principalement à faire en

sorte que les jeunes mamans bénéficient, dans la collectivité, de soins de suivi, y compris en ce qui concerne l'allaitement et d'autres aides postnatales, de la part d'infirmières hygiénistes. De même, dans le projet intitulé « Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés » (QC428), les médecins de premier recours dans une clinique gériatrique de Montréal ont essayé d'établir un lien entre les personnes âgées déprimées et les services spécialisés d'un psychiatre-conseil.

Les liens ont pu être établis, et les patients et leur famille semblaient satisfaits des services des spécialistes, malgré quelques problèmes de communication. En effet, il n'a pas toujours été clairement expliqué aux patients et aux psychiatres pourquoi des recommandations étaient nécessaires, ce qui a entraîné l'annulation d'un certain nombre de rendez-vous.

Afin d'améliorer les liens entre les hôpitaux et les soins continus dans la région sanitaire de Simon Fraser, un programme baptisé « Carelinks » a été mis en place (« Projet d'évaluation de l'initiative de gestion des niveaux de soins de remplacement » [BC421]). Le programme, qui était financé par la fermeture de 30 lits de l'hôpital, était qualifié d'accompagnement. Les clients y étaient admis par le biais d'une simple inscription, en utilisant des coordonnateurs de clients qui évaluaient les patients à l'intérieur de l'hôpital, de manière à ce que ceux-ci obtiennent leur congé des soins actifs en temps opportun afin de rentrer chez eux, de bénéficier de soins à domicile, de soins de jour ou d'être transférés dans des établissements de soins de longue durée. Les unités de planification des congés existantes ont été transformées en unités de soins de transition qui s'occupaient d'un plus grand nombre de patients en attente de congé.

Les conclusions de cette étude montrent que, grâce à Carelinks, les patients sont passés d'un cadre à un autre et que le programme a contribué à réduire la durée des hospitalisations et leur coût. De plus, les travailleurs de la santé étaient satisfaits du programme

et les clients faisaient état d'une amélioration de leur qualité de vie.

À l'échelle nationale, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) voulait améliorer les liens entre les hôpitaux et les services de soins à domicile subventionnés offerts aux patients souffrant de maladie mentale. Dans le cadre du projet intitulé « Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux » (NA149), 77 antennes de l'ACSM et 140 organismes de soins à domicile ont été interrogés. De plus, des groupes de réflexion et des entrevues ont été organisés afin de cerner la gamme de problèmes que le système actuel pose pour les patients souffrant de maladie mentale. Des recommandations ont alors été formulées afin d'améliorer l'intégration verticale des services offerts à ces patients. Ainsi, on a proposé d'utiliser un protocole clinique, des méthodes d'évaluation uniformes, la gestion de cas et des mécanismes d'échange d'informations entre les services.

### 3.3.2 Arrangements multi-institutionnels

Le projet néo-écossais intitulé « Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladie mentale dans la communauté : modèle d'intégration des soins primaires en santé mentale » NS421 comprenait des arrangements multi-institutionnels. Il visait à promouvoir une intervention rapide et à améliorer l'accès des personnes souffrant de maladies mentale à divers services. L'arrangement, appelé « modèle de soins partagés », portait sur quatre centres de prestation de services : un centre de santé communautaire situé au centre-ville, un centre urbain de médecine familiale, un cabinet de médecine familiale situé en milieu rural et un centre de référence aux fins de la recherche. Les résultats montrent que les patients se trouvant dans les centres d'intervention bénéficiaient d'un meilleur accès aux services et attendaient moins longtemps que l'on s'occupe d'eux. De plus, le nombre des consultations à l'urgence a diminué. Dans leur conclusion, les auteurs insistent sur la nécessité absolue de services de santé primaire coordonnés pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Afin d'améliorer l'intégration des services de soins palliatifs dans le secteur sanitaire de Moosejaw–Thunder Creek, on y a mis sur pied un programme global reliant les soins à domicile, les soins actifs et les soins de longue durée (« Examen des programmes de soins palliatifs » [SK121]). Dans leur évaluation du nouveau programme, les chercheurs se sont concentrés sur les perceptions des soignants (famille et amis des patients). Alors que la plupart d'entre eux étaient satisfaits des services de soins palliatifs, certains membres de la famille avaient l'impression que les patients du programme étaient renvoyés chez eux trop tôt. Les soignants estimaient également que le programme ne disposait pas d'assez de ressources. Selon eux, il aurait fallu, entre autres, plus de lits réservés aux soins de relève, plus de personnel, de meilleurs programmes de soutien aux personnes en deuil et plus de médecins.

Dans un programme de soins palliatifs similaire mis en place à Montréal, un projet-pilote visait à créer un ensemble complet de services de soins palliatifs fournis à domicile et en hôpital de jour (« Continuum de soins et services palliatifs à l'intention des usagers adultes en phase terminale » [QC406]). Une nouvelle entente organisationnelle a été élaborée par le biais d'un partenariat entre cinq centres de services communautaires locaux (CSCL) et le centre de santé de l'Université McGill. Certains services de soins palliatifs étaient déjà en place, comme une unité spécialisée et une équipe de consultation, mais d'autres services ont été offerts, dont un service d'infirmières de garde, un service médical et des services pharmaceutiques, des soins intensifs à domicile, une ligne de téléphone direct avec les soignants, et un service de soutien psychologique, social et de deuil ouvert 24 heures sur 24.

Les chercheurs avaient beaucoup de recommandations à faire pour améliorer l'intégration. Ils préconisaient de mieux faire connaître l'existence des nouveaux services dans la collectivité, de faire davantage participer au programme les services de soins de santé primaires, et d'améliorer les rapports entre les intervenants afin que les renseignements concernant

les patients soient disponibles en temps réel lorsque les soignants se trouvent chez le patient.

En théorie, l'intégration verticale devrait être plus facile à réaliser dans les provinces où un seul organisme, par exemple une ASR, est responsable de toute la gamme des services de santé. Dans ces cas, les ASR sont habilitées à réaffecter des ressources d'un type de service à un autre, selon les besoins de la population en matière de santé.

Le Québec, où les ASR existent depuis longtemps, est propice à l'essai d'arrangements multi-institutionnels. Les ASR québécoises sont chargées des services sanitaires et sociaux, d'où la possibilité d'intégration verticale d'un éventail de services bien plus vaste qu'ailleurs. Dans cette province, les ASR sont chargées de la planification de la santé de la population et de la prestation de tous les services. Elles partagent donc beaucoup des caractéristiques des SSI décrits plus haut. Trois grands projets mis sur pied dans différentes régions du Québec illustrent les essais effectués par rapport aux éléments clés des SSI.

Le projet intitulé « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) » (QC404) a été lancé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre afin d'évaluer les atouts et les faiblesses de l'intégration régionale des services offerts aux personnes âgées fragiles. Ce projet-pilote, également appelé SIPA, a été conçu de manière à évaluer la faisabilité et la rentabilité d'un nouveau mode d'organisation, de financement et de prestation de services aux personnes âgées fragiles. Les stratégies d'intégration comprenaient des protocoles cliniques, une gestion de cas et un travail d'équipe, la coordination entre établissements, des services médicaux et sociaux combinés, un système de garde 24 heures sur 24, une augmentation du budget des services communautaires, et la promotion d'un modèle financier général, semblable au financement par capitation, qui couvrirait tous les services sociaux et de santé.

Les résultats obtenus après une année de fonctionnement sont encourageants. En effet, des succès cliniques ont été enregistrés. La liste d'attente pour les

admissions à l'hôpital a été réduite, de même que les séjours dans les services d'urgence, et l'accès aux soins à domicile a été facilité. Les patients estiment que les soins sont de meilleure qualité.

Le projet se poursuit et des ajustements continuent d'être apportés afin d'en faciliter le déroulement quotidien. Ainsi, on est en train de simplifier le système de garde et d'alléger la charge de travail des gestionnaires de cas. L'analyse des coûts initiale montre que le coût des services communautaires a légèrement augmenté, sans baisse correspondante des frais hospitaliers. Cependant, ce projet en est encore à ses premiers jours.

La deuxième étude réalisée au Québec, sous le titre « Projet de capitation dans la municipalité régionale du comté du Haut Saint-Laurent » (QC431), utilisait le financement par capitation pour améliorer l'accès aux services et leur efficacité. Les systèmes de financement par capitation allouent une certaine somme par habitant pour les soins de santé dans une région, indépendamment des services qui sont effectivement utilisés par sa population. De plus, ce projet a mis en œuvre plusieurs des stratégies d'intégration susmentionnées, comme les protocoles cliniques et un réseau d'information reliant les organismes prestataires. Il a permis de regrouper sept bases de données contenant des renseignements sur quelque 200 000 patients, afin d'en faciliter l'analyse et l'utilisation par les décideurs.

Les résultats préliminaires font apparaître une utilisation accrue des services de consultation externe et d'aide familiale, des hospitalisations plus courtes, moins d'admissions à l'hôpital et moins de visites à l'urgence. Le regroupement des services au niveau local a permis d'améliorer la continuité et la coordination entre les établissements. De nouvelles ressources ont été mises au point, y compris une brochure d'information à l'intention du public intitulée « Projet de capitation, réseau de soins et de services intégrés » qui brossait un portrait social-sanitaire de la population de la région, décrivait la prestation de soins dans le cas de 20 problèmes cliniques et exposait dans les grandes lignes des accords types de collaboration entre services.

La troisième étude, intitulée « Évaluation de la programmation régionale des soins ambulatoires et du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval » (QC422), évaluait un nouveau centre de soins ambulatoires créé par le conseil de la Région des services sociaux et de santé de Laval. Le centre offre à la population locale tout un éventail de services, notamment : services d'avortement et d'aide aux victimes d'agression sexuelle, chirurgie de jour en ophtalmologie, suivi post-opératoire pour les cancéreux, service de stimulateurs cardiaques pour les patients atteints d'insuffisance coronarienne/ cardiaque et services d'accueil de jour pour les malades mentaux.

L'étude s'est penchée sur l'accès aux services et sur leur utilisation, ainsi que sur l'incidence économique du centre sur le système de santé en général. Les schémas d'aiguillage des patients vers des hôpitaux et des centres de soins existants ont également été analysés. Les auteurs ont utilisé un modèle d'étude de cas unique avec divers degrés d'analyses qualitatives. Ils ont eu des entrevues semi-structurées avec des professionnels et des gestionnaires de la santé, et ils ont comparé des programmes cliniques avant et après la mise en œuvre de nouveaux programmes. Des données ont également été recueillies à partir d'entrevues avec des patients, de questionnaires et de résumés analytiques de dossiers. L'évaluation était particulièrement délicate en raison de la complexité des mécanismes d'intégration et de la réduction du budget de la santé provincial au moment du projet.

Les auteurs sont encouragés par les résultats qui donnent à penser que les services sont maintenant plus accessibles pour la population de Laval. Cependant, ils ont relevé de nombreux défis permanents, dont une moins grande démarcation entre les soins primaires, secondaires et tertiaires, et des luttes de pouvoir entre des groupes publics et politiques. L'évaluation se poursuit.

Ces trois projets québécois montrent qu'une intégration générale des services sociaux et de santé avec des éléments clés des SSI est réalisable et qu'elle peut produire des résultats positifs dès les premiers stades. De toute évidence, les processus de mise en œuvre et les stratégies d'évaluation ne sont pas faciles. Il est

probable qu'il faudra plus de temps et d'essais avant que l'on comprenne toute l'importance de cette démarche.

### 3.3.3 Liens avec les déterminants de la santé

Plusieurs projets incarnaient la vision et la philosophie selon lesquelles la santé ne s'arrête pas à la fourniture de services de santé et qu'elle peut être déterminée par quantité de facteurs sociaux, environnementaux et écologiques complexes. Ces projets essayaient de relier les services de santé à un éventail plus général de services associés à l'état de santé des personnes et des populations. Dans le projet réalisé sur l'Île-du-Prince-Édouard (PE422), les parents adolescents étaient mis en rapport avec les services sociaux, éducatifs, juridiques et d'emploi. Dans le secteur sanitaire de Battleford (Saskatchewan), on a engagé du personnel de liaison pour aider des Autochtones à accéder à tout une panoplie de services sanitaires et sociaux offerts par 44 organismes communautaires (SK402). Au Québec, l'accès à l'aide au logement jouait un rôle clé dans un projet visant à répondre aux besoins de patients atteints de problèmes mentaux graves et persistants (QC408).

Deux projets de ce groupe ont été réalisés dans des milieux très difficiles. Un projet, mené dans 14 villages éloignés, le long des côtes de la Baie d'Hudson et d'Ungava, au Nunavik, a remarquablement bien réussi à toucher 12 clients atteints de grave maladie mentale, présentant des tendances suicidaires et des problèmes de toxicomanie. Il leur a offert un milieu thérapeutique où ils ont pu acquérir des aptitudes sociales afin de réintégrer la collectivité (QC434). Une autre étude, qui portait sur les populations inuites de six régions disparates du Canada (NA485), a renforcé les maigres connaissances du système de santé sur les besoins en la matière des Canadiens qui vivent dans des régions éloignées.

Dans l'ensemble, les résultats de ces projets sont positifs, et les études elles-mêmes représentent une tendance qui devrait être encouragée. En reliant la fourniture de soins de santé et des déterminants plus généraux, elles ont reconnu qu'il est important pour l'avenir d'adopter une approche holistique de la santé et du bien-être des Canadiens.

## 4. Conséquences pour la politique et la pratique

**L**es études synthétisées dans le présent document représentent une immense somme d'expériences et de connaissances sur les stratégies relatives à la prestation des services intégrés et sur les effets de l'intégration sur les soins et sur les résultats. Cependant, il est difficile de tirer des enseignements pratiques de projets réalisés dans un domaine quand les conclusions ne sont pas toujours précises ou concrètes. Les études représentent également divers types et méthodes. Certaines d'entre elles étaient limitées par la taille des échantillons, l'absence de groupe témoin ou un milieu difficile pour la réalisation d'un projet. Pour la plupart des projets, on déplore un manque de précision dans les définitions et les évaluations de l'intégration des services, ainsi que la difficulté posée par l'identification d'une bonne évaluation des résultats sur le plan de la santé.

En ce qui concerne la pertinence, il est probable que certaines études étaient plus applicables dans leur milieu local, où la culture et la situation ambiante influent fortement sur la santé de la population. Les conclusions d'autres projets revêtent une pertinence provinciale ou nationale. Le projet relatif aux listes d'attente réalisé dans l'Ouest du Canada (NA489), le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401) mené à Vancouver et le projet de SIPA (QC404) réalisé à Montréal peuvent tous avoir des applications dans l'ensemble du Canada.

Il reste à savoir en quoi ces projets contribuent à résoudre les problèmes de soins de santé systémiques exposés au début du présent document. Quelles leçons en a-t-on tirées et que fait-on maintenant?

### 4.1 Meilleure utilisation des ressources humaines

Ces projets démontrent que la prestation de services intégrés peut conférer une certaine souplesse et permettre une meilleure utilisation des ressources humaines.

Le fait que les rôles actuels des professionnels soient définis par la réglementation provinciale, et donc difficiles à changer, est une des raisons qui empêchent de remédier à la pénurie de travailleurs de la santé. Ces études montrent que, pendant l'intégration de la prestation de services, les attributions traditionnelles des professionnels de la santé deviennent souvent floues. Malgré des réticences initiales au changement, de nouveaux rôles transdisciplinaires se sont dessinés, et des professionnels ayant une formation et des expériences variées ont pu assumer de plus larges responsabilités. De nouveaux postes de liaison ont été créés afin de faciliter les relations entre différentes organisations. Les gestionnaires de cas, les infirmières, les infirmières praticiennes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et d'autres encore ont eu la possibilité de travailler dans les soins de santé primaires, notamment avec des patients atteints de maladies chroniques. Cette souplesse dans le travail et les milieux de travail est très prometteuse pour la gestion future des ressources humaines.

### 4.2 Rationalisation et succès des processus

D'après les études, les projets qui ont le mieux réussi à éliminer les excédents et les lacunes dans les services étaient ceux qui se concentraient sur des patients atteints de certaines maladies. En fait, l'intégration avait plus de chance de se faire en douceur quand le service visé était bien délimité.

Des progrès constants ont été relevés dans les essais de lignes directrices cliniques, de protocoles, d'outils d'évaluation et de programmes types uniformisés. Les structures et des politiques propices à la coopération

ont encouragé les professionnels de la santé à participer directement aux décisions concernant la validité des lignes directrices; en conséquence, les participants sont devenus des partisans enthousiastes de leur application. La formation et le recyclage se sont révélés essentiels pour que les fournisseurs de soins de santé acquièrent les compétences et les connaissances nécessaires pour assumer leurs nouveaux rôles.

Un plus petit nombre d'études ont démontré des méthodes permettant de faire des économies, notamment en éliminant des analyses de laboratoire courantes, mais inutiles. Toutefois, dans l'ensemble, les projets ne mettaient pas l'accent sur les économies.

### 4.3 Coordination de l'information

Les projets ont renforcé le principe selon lequel il est essentiel de coordonner l'information pour parvenir à une prestation de services intégrés. Cependant, la plupart des études concluaient qu'il était difficile de coordonner les systèmes d'information de manière à ce que les différents intervenants disposent des données nécessaires à la prise de décisions. Il est évident qu'il reste à régler de nombreux aspects difficiles.

Les études qui visaient, entre autres, à communiquer avec des patients ou avec le grand public n'ont connu qu'un succès limité. Il est urgent d'approfondir la recherche afin d'en savoir plus sur les besoins essentiels des Canadiens en matière d'information sur la santé. Il faut que ces derniers aient de nouveau confiance dans leur système de santé. Pour cela, il faut aussi qu'on leur donne des renseignements qui les rassureront sur le fait qu'ils auront accès à des services de qualité au moment et à l'endroit où ils en auront besoin. Le public doit avoir accès à des renseignements qui lui permettent de comparer l'accès aux services de santé, leur qualité et les résultats, afin de pouvoir faire des choix en connaissance de cause.

Les fournisseurs de soins de santé doivent pouvoir accéder à des renseignements sur leurs patients, où qu'ils se trouvent dans le continuum des soins. Il

s'avère qu'un point d'entrée unique et un système d'information informatisé contribuent énormément à faciliter l'intégration de la prestation des services. Les gestionnaires, les chefs de clinique, les gouvernements et les autres payeurs auront besoin de données pour pouvoir planifier, offrir et évaluer des services de santé. Or, plusieurs projets montrent qu'il est difficile de rendre ces données accessibles sous une forme utilisable. Des projets technologiques B la télésanté, par exemple B montrent les avantages potentiels de la téléconnexion des services, mais une stratégie globale est nécessaire pour s'assurer que cela se fait uniformément à l'échelle provinciale et nationale.

Il est très difficile pour les fournisseurs locaux de coordonner les services de santé d'une collectivité. L'hôpital local a toujours été le principal coordonnateur des soins de santé, mais avec la fermeture de certains centres hospitaliers communautaires, il faut trouver de nouveaux coordonnateurs. Les patients doivent apprendre qu'ils peuvent être les meilleurs coordonnateurs de leurs propres soins et il faut donc leur montrer comment constituer leurs propres dossiers médicaux et dresser un inventaire des services disponibles.

### 4.4 Modèles d'intégration

L'expérience d'autres pays ainsi que celle de ces projets démontrent que la collaboration volontaire entre les fournisseurs ne donne que des résultats limités et qu'il faut donc prendre des mesures pour encourager l'intégration. Les études montrent que des structures pratiques, comme des coentreprises entre deux fournisseurs de services et des ententes multi-institutionnelles, peuvent effectivement encourager l'intégration.

L'intégration verticale peut être facilitée par des structures de régie courantes telles que les autorités sanitaires régionales. Ainsi, les trois projets québécois ont réussi d'emblée à mettre en place des éléments clés des systèmes de santé intégrés. Ces expériences offraient un éventail complet de services sanitaires et sociaux à certaines populations, en utilisant des

protocoles cliniques, la gestion de cas et des équipes, le financement par capitation, des dossiers médicaux électroniques communs, un point d'entrée unique et d'autres stratégies d'intégration.

Les conclusions de ces 41 études donnent à penser qu'il n'existe pas de modèle idéal de prestation de services intégrés. Une intégration complète demandera probablement beaucoup de temps, sans doute 10 ans, et elle se fera progressivement, avec des ajustements continus afin de répondre aux besoins communautaires. D'après les résultats préliminaires, des structures de soutien telles que les ASR sont un mécanisme nécessaire, sinon suffisant, pour permettre une intégration complète des services. Les structures régionales semblent faciliter la définition de mesures du rendement, tout en offrant la possibilité de communiquer ce type d'information aux résidents locaux et aux consommateurs.

## 5. Recommandations

**U**n certain nombre de recommandations découlent directement des projets. D'autres résultent de lacunes ou d'omissions dans la recherche là où d'autres travaux sont essentiels pour parvenir à une prestation de services de santé intégrés.

Les besoins en matière de santé des Canadiens et le bien-être des collectivités devraient être le moteur d'une intégration réussie. Les gouvernements devraient montrer l'exemple en investissant dans des programmes d'encouragement qui fassent comprendre aux médecins, aux infirmières et aux autres fournisseurs toute l'importance de soins intégrés « axés sur le patient ».

Il est urgent de mieux renseigner les Canadiens sur leur propre santé, sur les soins de santé et sur les systèmes de santé en général. Ils doivent savoir quels sont les choix qui s'offrent à eux en ce qui concerne les modes de vie sains, les traitements, les médicaments, etc. Ils ont le droit de connaître ces choix, car ils doivent pouvoir comparer les organisations de soins de santé et leur efficacité sur le plan de l'accès, de la qualité et des résultats. Les Canadiens veulent avoir l'assurance de recevoir des services de qualité et être certains que l'on utilise bien les fonds alloués à la santé. En leur donnant ce type d'information, on leur permettra d'agir et d'« exiger » des services mieux intégrés.

Des investissements plus importants sont nécessaires pour définir et valider des mesures de l'accès aux services de santé, de leur qualité et des résultats qu'ils obtiennent. Des objectifs devraient être définis à l'échelle régionale en ce qui concerne l'amélioration du rendement. Ces données devraient être recueillies régulièrement à l'échelle régionale et mises à la disposition du public.

Il faudrait accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices cliniques, de protocoles et de programmes types dans tout le pays. Les associations professionnelles et les collègues devraient montrer l'exemple et donner la priorité à une collaboration interdisciplinaire en ce qui concerne l'application des lignes directrices et des protocoles cliniques.

Il faudrait moderniser le contenu des programmes de formation des médecins, des infirmières et des autres travailleurs de la santé dans les universités, les collèges et les associations professionnelles de manière à ce qu'il y soit question de la prestation intégrée des services. Les travailleurs de la santé devraient recevoir une formation relative aux lignes directrices cliniques, aux protocoles, à la gestion de cas, aux approches interdisciplinaires, aux décisions prises en coopération, aux cultures d'organisation, aux relations interorganisationnelles, au changement organisationnel, etc.

Les soins de santé primaires sont le pivot de la prestation intégrée des services. La mise en œuvre de modèles de soins de santé primaires utilisant des approches multidisciplinaires devrait être accélérée dans tout le pays. La réglementation professionnelle devrait être revue afin de permettre plus de souplesse dans les rôles et la création de nouvelles catégories de travailleurs.

Les paliers fédéral et provinciaux doivent s'assurer immédiatement que l'information et la technologie mises au point au niveau local sont compatibles et peuvent être reliées entre elles.

L'intégration requiert un engagement et des champions. Les gouvernements doivent montrer l'exemple en s'assurant que leurs structures internes ne reflètent pas des modes de réflexion cloisonnés dépassés qui font obstacle à l'intégration. Des personnes doivent être nommées et avoir pour mandat précis de réaliser la prestation des services intégrés.

D'autres études doivent être menées afin d'examiner d'autres facilitateurs et obstacles en matière d'intégration, ainsi que leurs effets sur les résultats. Les expériences par rapport à l'intégration du système et des services devraient être suivies et communiquées largement.

En bref, ces 41 projets donnent à penser que les efforts d'intégration n'ont pas échoué, comme l'indiquent Friedman et Goes (2001), mais qu'il faut du temps et des ajustements continus pour mettre en œuvre la prestation de services intégrés au Canada. Nous ne sommes pas encore parvenus au modèle idéal de soins de santé imaginé par les consommateurs, que présente Guerriere (2001). Il reste des lacunes et des chevauchements dans les services, l'information des consommateurs est insuffisante, et les services ne sont pas encore organisés dans l'optique principale de commodité pour les consommateurs. Il reste manifestement encore beaucoup à faire.

## Ouvrages de référence

Regard sur le passé, regard sur l'avenir : Rapport de travail (2000). Toronto : Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario.

Friedman, L. & Goes, J. (2001). Have integrated health networks failed? *Frontiers of Health Services Management*. 17:4 3-28.

Gilles, R. R., Shortell, S. M., & Young, G. J. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital and Health Services Administration*. 42:3 299-321.

Goldsmith, J. C. (1994). The illusive logic of integration. *The Healthcare Forum Journal*. (mars-avril) 36:2 36-42.

Guerriere, M. (2001, June). Towards a Canadian model of integrated healthcare. Presentation at a Healthcare Papers: New Models for the New Healthcare Conference, Toronto.

Kindig, D. A. (1997). *Purchasing population health: Paying for results*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Larkin, T.J. & Larkin, S. (1996). Reaching and changing frontline employees. *Harvard Business Review*, (mai-juin) 74:3 95-104.

Leatt, P. Pink, G. H. & Naylor, C. D. (1996). Integrated delivery systems: Has their time come in Canada? *Journal de l'Association médicale canadienne*. 154:6 803-809.

Leatt, P., Pink, G. H. & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*. 1:2 13-35. (Cet article est une mise à jour de *Integrated Delivery Systems: Has Their Time Come in Canada?* publié en 1996 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* par Leatt, Pink et Naylor.)

Lomas, J. Woods, J. & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 156:6 817-823.

Naylor, C. D. (1999). Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*. 18:3 9-26.

Shortell, S. M., Gillies, R. R. & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs*. 13:5 46-64.

Shortell, S. M. Gillies, R. R. Anderson, D. A. Erikson, K. M. & Mitchell, J. B. (1996 and 2000). *Remaking health care in America* (première et deuxième éditions). San Francisco: Jossey-Bass.

## Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la prestation de services intégrés

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : [www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass](http://www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass).

### **(NA149) Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux**

**Bénéficiaire : Association canadienne pour la santé mentale, Toronto**

**Contribution : 204 900 \$**

Cette étude nationale cherchait à savoir comment les adultes du Canada atteints de maladie mentale grave (excepté la maladie d'Alzheimer) pourraient profiter des services de soins à domicile subventionnés par l'État. Le projet a réalisé une évaluation nationale de l'accessibilité, de la pertinence et de l'efficacité des services existants de soins à domicile destinés aux adultes atteints de troubles mentaux graves en examinant les sondages complétés dans 77 succursales de l'ACSM et dans 140 organismes de soins à domicile, les commentaires provenant de patients et de proches dans le cadre de 13 séances de réflexion collective tenues d'un bout à l'autre du pays et l'information recueillie au cours d'entrevues individuelles avec 142 intervenants clés. Simultanément, on a élaboré, mis en œuvre et évalué des programmes pilotes à vocation régionale à Taber, Ottawa et Saint John's, lesquels montraient que l'intégration de la santé mentale et des soins à domicile peut se faire de différentes manières. Le rapport recommande que l'on apporte une série de changements à la politique et à la pratique qui allégerait le « syndrome de la porte tournante » qui voit les malades mentaux entrer à l'hôpital et en sortir dans un cycle sans fin : incorporer au congé de l'hôpital la planification de l'admission aux soins à domicile, fournir un soutien accru aux soignants naturels et au

personnel des soins à domicile, réaliser une gestion intensive des dossiers. De plus, le rapport établit le bien-fondé de l'amélioration de l'intégration des services de soins à domicile et de santé mentale dans toutes les régions canadiennes.

### **(NA161) Télésoins à domicile : volet canadien de modélisation multi-sites**

**Bénéficiaire : The Hospital for Sick Children, Toronto**

**Contribution : 87 240 \$**

Ce rapport compare trois modèles de télésoins à domicile de conception régionale dont l'un (celui de Toronto) était opérationnel et les deux autres (ceux de Calgary et de Saint John's) étaient théoriques, et en dégage les éléments communs ainsi que les différences propres à chaque site. Le projet s'est assuré le concours du personnel hospitalier et des soins à domicile pour élaborer les deux modèles théoriques de télésoins à domicile en définissant les concepts généraux du service, en déterminant la population de patients, en dégageant les éléments essentiels du service et en faisant des recommandations à propos des exigences technologiques. Ensuite, ces modèles ont été comparés à celui qui est actuellement mis à l'essai au Hospital for Sick Children de Toronto. Le projet a élaboré le plan directeur du service de base de télésoins à domicile pour le Canada qui pourrait permettre la dispensation à domicile de soins de plus haute intensité pour une période pouvant aller jusqu'à six mois après le congé de l'hôpital : établir une connexion audiovisuelle entre le centre de monitoring et les patients, surveiller les patients au moins une fois par jour, offrir un soutien en soins tertiaires aux patients et aux dispensateurs de soins communautaires. Les télésoins à domicile sont un complément des soins à domicile conventionnels et ne doivent pas les remplacer. Tout ceci a permis de mieux comprendre la nature, les avantages et la capacité d'adaptation d'un nouveau modèle de prestation de service, qui pourrait non seulement accroître l'efficacité du système de santé mais encore aider à résoudre les problèmes d'accès aux soins vécus par les patients des régions rurales ou éloignées.

**(NA369) Différences socioéconomiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »?**

**Bénéficiaire : Institut canadien d'information sur la santé, Toronto**

**Contribution : 213 044 \$**

Lors de la réalisation d'une étude sur les différences socio-économiques à l'accès aux soins de santé au Canada, une équipe de chercheurs universitaires de cinq provinces a révélé l'étendue des imperfections et de la fragmentation du système provincial/fédéral de traitement des données de santé. Elle a ainsi effectué un examen des obstacles au rassemblement de données à des fins de recherche. Quoique que l'étude portant sur les iniquités d'accès aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée soit encore au programme, le rapport publié par les chercheurs décrit l'ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles il fallait se plier avant que le projet ne puisse démarrer. Ils ont constaté la diversité des lois provinciales, des politiques et des procédures visant à garantir la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements de santé de nature personnelle; le peu de soutien accordé au partage interprovincial des données; les priorités conflictuelles des bureaucraties. Même la gestion des données posait problème car chaque province a des systèmes de codage différents pour les demandes de paiement des médecins, les données sur les congés et les données relatives à d'autres domaines, ce qui crée un obstacle de taille à la recherche interprovinciale sur l'utilisation des services de santé et leurs résultats. Les auteurs suggèrent que leur cadre organisationnel – un réseau pancanadien de chercheurs, d'analystes, de centres de recherche provinciaux et d'organismes fédéraux – pourrait tracer la voie de la recherche de demain. L'étude éclaire d'un jour nouveau le manque d'efficacité des systèmes de collecte et de protection des données du Canada, et stipule que toute amélioration de la situation exigera une volonté politique et administrative.

**(NA404/QC404) Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre**

**Contribution : 2 798 781 \$**

Ce projet de démonstration mettait à l'essai la faisabilité et la rentabilité d'une nouvelle méthode d'organisation, de financement et de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agissait du SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie), le financement duquel simulait la capitation. Le rapport décrit comment deux territoires de CLSC de Montréal ont mis le système en place avec l'aide d'équipes interdisciplinaires qui coordonnaient l'ensemble des services médicaux et sociaux, aussi bien primaires que secondaires, et qui dispensaient les soins aigus et chroniques à tous les patients. Ce projet visait à répondre aux besoins des personnes âgées frêles et de maintenir leur autonomie et leur capacité à choisir des solutions appropriées. En ce qui concerne le système des services sanitaires et sociaux, le but était d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires, hospitalières ou institutionnelles. Le rapport détaille les difficultés et les retards ayant marqué la mise en œuvre, ainsi que les obstacles à la gestion efficace du projet, notamment les difficultés à impliquer les médecins d'exercice privé. Néanmoins, les patients (et le personnel soignant) du groupe SIPA déclaraient qu'à leur avis la qualité des services était supérieure et qu'ils éprouvaient un plus grand sentiment de sécurité par rapport à ceux du groupe témoin. En outre, le groupe SIPA a réduit de manière significative son utilisation des ressources hospitalières, et la tendance à l'institutionnalisation était moindre parmi ces patients. L'analyse des coûts des soins révélait qu'ils étaient légèrement plus élevés chez les patients du groupe SIPA et que l'utilisation accrue des services communautaires n'était pas compensée, du point de vue financier, par la réduction de l'utilisation des services hospitaliers, à tout le moins durant la période d'expérimentation. Toutefois, les auteurs suggèrent que cette méthode pourrait devenir plus rentable si on y incorporait le coût des soins de longue durée sur une période plus prolongée.

**(NA485) Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuit****Bénéficiaire : Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa****Contribution : 163 800 \$**

Cette étude examinait la manière dont les soins de santé sont dispensés dans six régions inuites disparates du Canada, parmi des populations présentant l'espérance de vie la plus brève, le taux de suicide et le taux de natalité les plus élevés de tous les peuples autochtones du Canada. C'est en utilisant une approche holistique axée sur la santé de la population dans les entrevues réalisées auprès de 41 informateurs clés et une évaluation des commentaires émanant du Forum national sur la santé des Inuits que ce rapport jette les bases de l'analyse future des modèles de prestation de soins de santé. Il constate que les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide constituent les grandes priorités dans toutes les régions inuites et que toutes les collectivités sont dotées de services en soins infirmiers de première ligne, quoique les pénuries de personnel mettent le système à rude épreuve. Il existe de nettes différences régionales en ce qui concerne les soins dispensés par les médecins. De manière générale, pour ce qui est de la santé, l'accent doit être mis sur la prévention, sur l'enseignement et sur la promotion, et il faut que les Inuits soient impliqués à tous les niveaux du système afin que ce dernier intègre le savoir traditionnel et la culture.

**(NA489) Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada****Bénéficiaire : University of Alberta****Contribution : 2 118 762 \$**

Ce projet multidisciplinaire conçu dans l'Ouest canadien avait pour but de réduire les délais de prestation des soins médicaux et d'en rehausser l'équité. Jusqu'à présent, les listes d'attente ne sont ni normalisées, ni coordonnées, ni gérées de manière globale. Ce projet auquel participait un consortium de quatre ministères provinciaux de la santé, sept régies régionales de la santé, quatre associations médicales et quatre centres de recherche sur la santé, a mis au point des instruments pratiques cotés par des médecins pour mesurer le degré d'urgence chez les patients attendant des soins dans cinq domaines cliniques : chirurgie de la cataracte; remplacement prothétique de la hanche et du genou; chirurgie générale; examens par IRM; santé

mentale de l'enfant. Les cliniciens ont trouvé que les instruments d'établissement des priorités étaient valides et très utiles, en particulier dans les domaines de la chirurgie générale et du remplacement prothétique de la hanche et du genou, mais beaucoup moins en ce qui concerne les examens par IRM. Les régies régionales de la santé ont appuyé les méthodes de distribution des patients au sein des listes d'attente bien qu'on ait remarqué une certaine résistance au changement.

**(BC123) Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie****Bénéficiaire : North Shore Health Region****Contribution : 139 875 \$**

Ce projet d'une durée de six mois comparait les services de soins à domicile intégrés et non intégrés aux aînés en perte d'autonomie. Il évaluait également la rentabilité et les résultats relatifs pour les patients des soins à domicile intégrés. Les clients appartenant au groupe de traitement bénéficiaient de l'attention continue d'une coordonnatrice des soins, de généreux services de rééducation en ergothérapie et en physiothérapie, de l'accès à un programme de soins journaliers pour adultes, de consultations auprès d'équipes mobiles de santé mentale et de soins gériatriques, de séances de récréothérapie, d'une attention régulière aux réunions d'études de cas de l'équipe interdisciplinaire ainsi que des services d'un travailleur salarié de soutien à domicile. Le programme s'est avéré très rentable. Durant ses six mois d'existence, les coûts totaux des services s'élevaient à 7 367 \$ par client dans le groupe de traitement tandis qu'ils se montaient à 11 279 \$ dans le groupe témoin. Il n'existait, entre les deux groupes, aucune différence significative sur le plan des résultats pour les patients.

**(BC401) Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales (RESIO)****Bénéficiaire : Vancouver Hospital and Health Sciences Centre****Contribution : 810 191 \$**

Ce projet explorait, du point de vue des patients, l'efficacité de six opérations chirurgicales non urgentes communes. Plutôt que de s'intéresser à la mortalité et à la morbidité – les résultats typiques selon la perspective médicale – les chercheurs ont demandé aux patients d'évaluer leur qualité de vie en matière

de santé et les répercussions de leur opération sur leur bien-être. Les opérations retenues étaient les suivantes : chirurgie de la cataracte, cholécystectomie, hystérectomie, discectomie lombaire, prostatectomie et arthroplastie totale de hanche. Les résultats indiquaient, en premier lieu, qu'une évaluation des résultats aussi importante et systématique était réalisable, utile et relativement peu onéreuse. La plupart des patients signalaient une amélioration pour chaque opération, mais pour chacune, certains patients disaient de leur bien-être postopératoire qu'il était inchangé ou même pire. C'est pour la chirurgie de la cataracte qu'on relevait le plus grand nombre d'incohérences par rapport aux lignes directrices cliniques. De plus, 1 pour cent des patients opérés de la cataracte déclaraient que leur qualité de vie était restée inchangée et 26 pour cent que leur situation s'était dégradée après l'opération. En général, plus le patient éprouvait de douleur et d'inconfort avant l'opération et plus l'amélioration était nette. Les auteurs ont avancé qu'une exploration en profondeur de ces conclusions pourrait aider les chirurgiens et les patients à déterminer ceux qui bénéficieraient le plus de l'opération afin de réduire les possibilités de résultats médiocres.

**(BC402) Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale**

**Bénéficiaire : Vancouver Hospital and Health Sciences Centre**

**Contribution : 509 982 \$**

Ce projet a élaboré et mis en œuvre deux modèles cliniques pour les cas complexes d'insuffisance cardiaque globale, l'un pour le cadre des soins de courte durée et l'autre pour celui des soins communautaires. Ces deux modèles comprenaient un ordigramme normalisé qui décrivait et orientait les soins du patient atteint d'insuffisance cardiaque globale durant son séjour à l'hôpital et par la suite, son passage aux soins communautaires. Le modèle hospitalier définissait quatre phases de soins : urgence, soins de courte durée, stabilisation et congé. Le modèle de soins communautaire, lui, comprenait trois phases : évaluation, soins de courte durée et soins d'entretien. Le modèle clinique pour les soins à domicile a été très bien accepté par les infirmières communautaires. Cependant, le milieu hospitalier a présenté des défis de taille, en partie, aux conflits relatifs aux rôles et aux philosophies de divers soignants, au manque de leadership, aux

intransigeances des cultures hospitalières et à la pénurie de personnel.

**(BC421) Projet d'évaluation de l'initiative de gestion des niveaux de soins de remplacement (Programme Carelinks)**

**Bénéficiaire : Simon Fraser Health Region**

**Contribution : 199 700 \$**

Ce projet avait pour but d'évaluer Carelinks, un programme lancé en 1999 dans deux centres hospitaliers de la Simon Fraser Health Region et conçu pour améliorer la coordination entre les hôpitaux et les soins continus. Le financement de Carelinks était assuré dans le cadre d'une restructuration qui incluait la fermeture d'une salle de 30 lits et la suppression de plusieurs postes. Les chercheurs ont rapporté que le programme est généralement perçu comme une réussite par les médecins et les autres soignants. De même, la clientèle de Carelinks signalait une amélioration plus marquée de son état de santé que ne le faisait le groupe témoin. D'autres indicateurs, notamment l'utilisation des services de médecins et des services hospitaliers, ne révélaient aucune différence entre les deux groupes. Durant l'année qui a suivi la restructuration et la mise en œuvre de Carelinks, les réductions de coûts s'élevaient à près d'un million de dollars. Les chercheurs en ont conclu que la diversion des ressources vers Carelinks était rentable, qu'elle améliorait l'état de santé de la clientèle et la satisfaction des soignants.

**(BC422) Soins intégrés postnatals et soutien à l'allaitement**

**Bénéficiaire : North West Community Health Services Society**

**Contribution : 63 037 \$**

Ce projet a établi un partenariat entre un hôpital de soins de courte durée et des services de santé publique afin de fournir des soins postpartum dans une collectivité semi-urbaine isolée du nord de la Colombie-Britannique. Ce projet examinait les préoccupations relatives aux effets d'un congé précoce sur les résultats postnatals, notamment l'allaitement. Les femmes participaient à une clinique sept après-midi par semaine ou recevaient une visite à domicile au cours des deux premières semaines postnatales. La clinique abordait les sujets suivants : allaitement, développement du nourrisson, adaptation de la

famille, liens vers d'autres services. La satisfaction de la clientèle était élevée, et le personnel soignant a exprimé la confiance qu'il éprouvait vis-à-vis du service. Toutefois, l'échéancier de 12 mois n'a pas permis d'évaluer les résultats pour les patientes.

**(PE121) Une intervention intégrée en santé mentale pour les aînés**

**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution : 140 000 \$**

Cette étude de deux ans a été élaborée et vérifiée sur le terrain un modèle de dispensation des services intégrant les services de santé mentale à domicile et en milieu communautaire à l'intention des personnes âgées atteintes de démence ou de dépression, les troubles mentaux les plus fréquents chez cette population. Les principaux objectifs étaient une évaluation plus précoce, la planification des soins et la pertinence des interventions. La planification du modèle a progressé avec prudence afin de permettre aux travailleurs en soins à domicile et en santé mentale d'assimiler les objectifs. Une fois lancé, le projet visait à accroître la confiance et la compétence du personnel de première ligne au moyen d'ateliers (pour les travailleurs en soins à domicile) et d'une formation intensifiée sur la santé des aînés (pour les travailleurs en santé mentale). Les chercheurs ont mis au point un bilan de dépistage permettant de reconnaître les signes avant-coureurs de la maladie lors des visites à domicile ainsi qu'un protocole de diagnostic multidisciplinaire pour les évaluations effectuées auprès des clients et des soignants. Le projet a rehaussé l'accessibilité du personnel des soins à domicile à l'expertise en santé mentale; parmi les défis, on notait le maintien en poste des effectifs et les efforts nécessaires pour obtenir l'appui des médecins de famille.

**(PE422) Un programme de soutien provincial à l'intention des mères adolescentes**

**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution : 137 500 \$**

Ce projet d'une durée de deux ans facilitait l'accès des mères adolescentes aux soutiens sociaux, scolaires, juridiques et sanitaires. Fort de son mandat provincial, le coordonnateur du projet a œuvré au niveau local auprès de la clientèle adolescente de cinq districts de

santé afin de définir les besoins, les objectifs, les lacunes en matière de services, puis a intégré les réseaux de services existants et sensibilisé les fournisseurs de services régionaux aux enjeux relatifs aux mères adolescentes. De nouvelles ressources d'information ont été préparées et diffusées dans le cadre du projet. Ce dernier soulignait le manque de continuité qui caractérise les services aux mères adolescentes et la nécessité d'adopter une approche systématique en vue de répondre à leurs besoins dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, du droit et de la vie sociale. Le projet s'est traduit par une augmentation de 10 pour cent du nombre de participantes poursuivant leurs études, par un accès accru des mères adolescentes aux services et par l'établissement de liens accrus entre les fournisseurs de services.

**(NB102) Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick**

**Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Services communautaires, Gouvernement du Nouveau-Brunswick**

**Contribution : 2 972 983 \$**

Cette étude évaluait l'incidence du Plan des services de réadaptation élaboré en 1994 afin de rehausser la dispensation des services de réadaptation de nature communautaire au Nouveau-Brunswick en améliorant l'accès pour les clients et en coordonnant la prestation des services. Comme ils ne disposaient pas de données sur les conditions de base, les chercheurs ont mesuré les perceptions en matière de changements par le truchement d'évaluations qualitatives. Ils ont conclu que les services de réadaptation se sont effectivement améliorés : ils sont perçus comme étant axés sur les clients, et ces derniers en sont généralement satisfaits; certains d'entre eux ont désormais accès à un plus large éventail de services; le processus d'aiguillage est plus aisé; un nouveau processus d'évaluation permet de s'occuper en premier des patients aux besoins les plus criants; les services hospitaliers et communautaires font l'objet d'une meilleure coordination; le Centre de réadaptation Stan Cassidy joue dorénavant un rôle de premier plan dans la province. Le rapport cerne également les défis restants, surtout la nécessité de disposer de ressources humaines suffisantes et d'assurer le financement de la formation continue.

**(NS421) Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale**

**Bénéficiaire : The Nova Scotia Hospital**

**Contribution : 397 200 \$**

Ce projet a mis à l'essai un modèle de partage des soins pour la prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer la détection, les interventions précoces, l'accès aux services appropriés et les résultats. Le modèle de partage des soins a déployé des travailleurs en santé mentale et des psychiatres dans les milieux de soins primaires de quatre sites de la Nouvelle-Écosse : un centre de santé communautaire en plein centre-ville, deux centres de médecine familiale, l'un en zone urbaine et l'autre en zone rurale et un site de comparaison. Chaque site d'intervention était doté de trois médecins de famille ETP salariés, d'une réceptionniste, d'un psychiatre et d'un travailleur en santé mentale. Le site de comparaison, lui, avait des médecins rémunérés à l'acte. Au total, 241 patients ont donné leur autorisation écrite de participation à la recherche. L'évaluation a permis de constater que les patients des sites visés par l'intervention jouissaient d'un accès amélioré aux services de santé mentale pertinents : réduction des délais d'attente, diminution des visites à l'urgence, accroissement des aiguillages pour des consultations en santé mentale dans leur propre site, taux élevés de satisfaction des patients. Les résultats pour les patients se sont améliorés sur le plan de la santé mentale, et on remarquait une collaboration et une communication accrues entre les divers dispensateurs de soins.

**(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)**

**Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton**

**Contribution : 677 860 \$**

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel

à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégages chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

**(ON421) Systèmes intégrés d'information sur la santé relatifs aux soins communautaires, hospitaliers et en établissement basés sur les instruments d'évaluation des bénéficiaires**

**Bénéficiaire : University of Waterloo**

**Contribution : 1 648 644 \$**

Cette étude explorait la faisabilité et l'utilité d'outils informatiques (instruments RAI) qui permettent aux fournisseurs et aux administrateurs de soins de santé de comparer les résultats de leur pratique à ceux de groupes de référence. Les chercheurs et les administrateurs peuvent utiliser les instruments RAI afin de surveiller les indicateurs de la santé et donc, d'orienter les stratégies relatives à la santé de la population. Cette étude échelonnée sur deux ans comportait quatre volets; toutes les sous-études impliquaient l'analyse secondaire des données en provenance des organismes de soins qui avaient volontairement mis à l'essai un ou plusieurs instruments RAI dans le cadre de leur

pratique régulière. Les résultats étaient transmis aux cliniciens qui pouvaient les incorporer dans leurs activités et leurs plans de soins. Les sous-études ont lancé avec succès des outils d'évaluation appuyant des systèmes intégrés d'information sur la santé, des indicateurs de qualité des soins à domicile, et un nouveau système de classification des maladies analogues pour les malades hospitalisés en psychiatrie (RAI-MH). Quant à la quatrième étude, elle a examiné et avalisé les résultats de l'utilisation d'un instrument intitulé RUG-III pour le financement des soins de longue durée et les soins continus complexes.

#### **(ON428) Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires**

**Bénéficiaire : Fondation de l'Ontario des maladies du cœur**

**Contribution : 750 000 \$**

Cette étude évaluait un projet de démonstration dans le cadre de la Stratégie coordonnée de prévention des ACV, qui intègre les soins aux personnes atteintes d'accidents cérébrovasculaires (ACV) tout au long du continuum de soins, depuis la promotion de la santé et de la gestion des facteurs de risque jusqu'à la réadaptation et la réinsertion sociale en passant par les soins préhospitaliers et les soins de longue durée. L'étude examinait les efforts fournis en vue d'améliorer les stratégies de prévention secondaire dans le cadre de deux programmes pilotes et mettait à l'essai l'efficacité de certaines stratégies de marketing pour les messages concernant les signes avant-coureurs des ACV. Chaque région de démonstration a établi des réseaux et mobilisé les intervenants à sa propre façon; les variations et les avantages ou problèmes correspondants sont détaillés dans l'étude. Le projet a également ajouté des connaissances sur les processus et les protocoles utilisés dans les cliniques de prévention des ACV obtenant de bons résultats.

#### **(QC123) Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 199 290 \$**

Ce projet a mis au point un système d'analyse des coûts en vue d'évaluer les résultats de la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les Bois-Francs, Québec. (Consulter le projet QC403 qui présente une évaluation du présent projet en ce qui concerne sa mise en œuvre et les résultats pour les patients.) Le calcul des coûts concernait les soins et services de santé à domicile destinés aux personnes âgées d'une part, et le réseau de la santé publique et des services sociaux, d'autre part. L'analyse économique des coûts assumés par les personnes âgées elles-mêmes et leur famille n'était pas disponible. Les résultats montrent qu'à long terme, les coûts globaux étaient comparables, entre les deux régions visées par l'essai, quoiqu'il y ait des différences sur le plan des services utilisés. Les chercheurs ont conclu que l'initiative de coordination des services est rentable parce qu'elle entraîne des avantages importants pour les patients sans pour autant exiger de dépenses accrues du système public. De plus, ils suggèrent que leur modèle de ventilation des coûts pourrait servir à évaluer d'autres projets d'intégration de services pour d'autres groupes de clients.

#### **(QC301) L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution : 37 000 \$**

Ce projet pilote a établi une démarche intégrée pour le contrôle de l'asthme. Il offrait une formation aux praticiens en vue d'accroître leurs connaissances sur l'asthme, de créer des liens entre les praticiens et de promouvoir l'orientation des patients vers le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA). Celui-ci avait pour but d'améliorer l'autogestion de l'asthme chez les patients. En général, les patients et les praticiens étaient satisfaits des activités liées au projet. Toutefois,

ses aspects relatifs à l'intégration étaient moins réussis. L'étude a constaté que bien que l'on trouve la population visée aux services d'urgence, ces derniers ne constituent pas le meilleur endroit pour motiver les patients à développer leurs connaissances en matière d'autosoins.

**(QC401) Un réseau de services de base intégrés : le développer, le publiciser et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

**Contribution : 92 265 \$**

Ce projet étudiait le mécanisme d'intégration des services primaires dans deux municipalités régionales de comté (MRC) principalement rurales du Bas-Saint-Laurent, Québec. Les chercheurs ont examiné les facteurs qui facilitaient ou au contraire entravaient la démarche d'intégration et ont examiné les effets de cette dernière sur les perceptions de la population et du personnel participant à la prestation des services. Étant donné que l'intégration est un mécanisme de longue haleine, particulièrement dans une MRC qui prend le temps d'impliquer le public et les praticiens, les résultats sont peu concluants. Le rapport constate que les attitudes de confiance et de satisfaction chez le personnel et chez le public dépendent du niveau d'éducation. Dans une région où une partie importante de la population possède un faible niveau d'éducation, ce résultat souligne l'importance qu'il y a d'utiliser des méthodes de communication adaptées aux faibles niveaux d'alphabétisation en vue de promouvoir l'acceptation de tout changement envisagé à la fourniture des services.

**(QC402) Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides, Québec**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution : 310 975 \$**

La Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Québec, a procédé à la restructuration de ses services sanitaires et sociaux dans le cadre des récentes réformes provinciales, dont le virage ambulatoire. Cette étude évalue les résultats de la démarche retenue par la région en vue de dispenser

davantage de services en dehors des milieux institutionnels et d'accroître l'intégration des services. L'évaluation est rendue plus complexe par la division de la région en cinq sous-régions, chacune ayant choisi sa propre démarche en fonction de ses caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques. Les auteurs ont repéré certains liens entre les caractéristiques des sous-régions et l'étendue de l'intégration. Ils en ont conclu que la régie régionale avait réussi à démarrer l'important processus de changement dans la bonne direction et recommandent qu'elle continue de respecter la diversité des sous-régions, en précisant que ce qui donne d'excellents résultats dans l'une peut ne pas convenir à une autre. Les auteurs avancent d'autres recommandations particulières ayant trait aux facteurs qui favorisent les changements dans la pratique, notamment des encouragements de nature financière allant de pair avec l'intégration des services. Ils recommandent également des mesures permettant de continuer à offrir des services qui répondent aux besoins d'une population diverse.

**(QC403) Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 250 700 \$**

Ce projet évaluait un modèle de soins coordonnés pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui avait été élaboré en 1997 dans la région des Bois-Francs, Québec. La coordination des services se faisait par le biais d'un guichet unique, d'intervenants-pivots et de plans de services personnalisés allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Un système de dossiers cliniques informatisés a été conçu en vue de faciliter la communication interdisciplinaire. L'évaluation montrait que le programme réussissait à atteindre les personnes âgées frêles et que les intervenants-pivots remplissaient bien le rôle de gestionnaires de cas. Le partage informatisé de l'information n'a pas aussi bien réussi parce que tous les intervenants du réseau ne possédaient pas l'équipement requis. L'évaluation des résultats pour les patients révélait que la clientèle des Bois-Francs restait plus longtemps à domicile que celle de la région témoin; en outre, les soignants naturels rapportaient la réduction de leur fardeau au cours des deux premières années de l'évaluation. Il était impossible d'en démontrer l'incidence sur l'utilisation du service des urgences,

sur l'hospitalisation ou sur la consommation de médicaments. Le projet complémentaire (QC123) se penchait, lui, sur les coûts relatifs des services coordonnés et sur ceux d'une région contrôle; sa conclusion est que l'amélioration générale apparente des résultats pour les patients et pour leurs proches ne se traduisait pas par des coûts plus élevés.

**(QC405) Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables : dépistage et intervention**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary**

**Contribution : 301 302 \$**

Cette étude examine la manière dont les services des urgences hospitaliers pourraient jouer un rôle intégrant sur le plan du continuum des soins pour les personnes âgées et éviter certains résultats adverses à la suite d'une visite à l'urgence, que l'on perçoit traditionnellement comme une brève période de transition. Un outil de dépistage a été élaboré afin d'identifier les personnes âgées de 65 ans et plus qui couraient le plus grand risque d'éprouver une perte fonctionnelle immédiatement après leur visite à l'urgence. Cet outil, utilisé par quatre hôpitaux montréalais, était le fruit des travaux d'un groupe de gériatres et d'une équipe de consultants universitaires chargés de l'apport technique et de l'analyse statistique et économique. Parmi les patients à risque élevé identifiés, on décelait en moyenne deux problèmes nouveaux ou non compensés dans des catégories telles que troubles physiques, activités de la vie quotidienne, troubles du comportement, troubles sociaux. Les patients ont fait l'objet d'un suivi un mois et quatre mois plus tard. L'administration du processus s'est avérée facile et rapide dans le milieu des services d'urgence. L'étude a montré que l'intervention réduit de manière significative le taux de déclin de l'état fonctionnel et les chercheurs mettaient l'accent sur le rôle pivot du service des urgences en tant qu'interface entre l'hôpital et les services communautaires.

**(QC406) Continuum de soins et services à l'intention des usagers adultes en phase terminale**

**Bénéficiaire: CLSC Notre-Dame-de-Grâce/ Montréal-Ouest**

**Contribution: 3 363 692 \$**

Ce projet visait à déterminer les conditions optimales pour l'intégration des services de soins palliatifs entre le domicile et l'hôpital pour les malades en phase terminale et leurs proches. Le projet ciblait les usagers desservis par divers CLSC et évaluait la capacité du modèle organisationnel à améliorer l'organisation des services, dont certains étaient disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, notamment les infirmières-visiteuses les services pharmaceutiques, les services de soins à domicile adaptés aux besoins individuels ainsi qu'une ligne téléphonique spéciale. Les chercheurs ont découvert que le programme atteignait une plus grande proportion de patients atteints de cancer (entre 35 et 30 % tout au long du projet). En ce qui a trait aux autres maladies, les taux de pénétration étaient plus faibles, mais ils connaissaient, eux aussi, une hausse. Plus de 50 % des patients du projet mouraient chez eux, un taux bien supérieur à ceux des autres établissements du Québec. La plupart des patients étaient en fin de vie lors de l'orientation vers les services. Les défis provenaient du recrutement du personnel infirmier, de l'interaction avec une multitude d'hôpitaux et de la flexibilité qu'exigeaient les besoins variables de la clientèle.

**(QC407) Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie**

**Bénéficiaire : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas**

**Contribution : 174 311 \$**

Depuis septembre 1997, une équipe de travailleurs de l'hôpital Douglas, un établissement psychiatrique de Montréal, utilise le modèle ACT (« Assertive Community Treatment »), mis au point aux États-Unis pour traiter, dans leur propre milieu, les patients atteints de troubles mentaux graves et dont le traitement se révèle difficile dans les milieux conventionnels. Ce projet a complété le modèle ACT en lui ajoutant une dimension de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie pour cette population. L'intégration des services a permis de satisfaire aux besoins de sujets qui seraient habituellement exclus des traitements

liés à l'alcool et aux drogues du fait de leurs troubles mentaux et exclus des programmes de santé mentale du fait de leur toxicomanie ou alcoolisme. Les chercheurs ont conclu qu'il est possible d'appliquer au Canada le modèle ACT qui provient des États-Unis en dépit des différences entre les systèmes de santé. L'évaluation du projet montre qu'il exerce une incidence importante sur la qualité de vie des patients, quoique le projet n'ait pas réussi à réduire l'alcoolisme ou la toxicomanie de manière significative. Dans l'ensemble, les réductions de coûts se montaient à environ 4 000 \$ par an et par patient.

**(QC408) Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'un programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : Les Habitations Nouveau Départ (HND)**

**Bénéficiaire : Les Habitations Nouveau Départ**

**Contribution : 900 000 \$**

Ce projet évaluait l'efficacité d'une initiative intitulée Habitations Nouveau Départ (HND) qui avait été conçue pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux à répondre à leurs besoins en matière de logement et d'intégration sociale. Les clients étaient répartis en groupes en fonction de la dispensation des services : par le biais des Habitations Nouveau Départ, par le biais des services d'approche communautaire de l'hôpital Pierre-Janet ou par la combinaison des deux. On a ensuite comparé les groupes pour voir si le programme HND était plus efficace que le soutien offert par l'intermédiaire de l'hôpital. On mesurait l'efficacité en fonction de l'incidence sur la santé mentale des participants et sur leur utilisation des autres services communautaires. Le rapport conclut que le soutien en faveur d'un logement adéquat est une composante importante des services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux.

**(QC409) Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean**

**Bénéficiaire : Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies, le diabète et l'athérosclérose**

**Contribution : 638 000 \$**

Ce projet pilote avait pour but de créer un réseau de services de rééducation et de prévention secondaire pour les patients atteints de maladies cardio-

vasculaires. Les services étaient fournis au niveau local, dans les collectivités de six secteurs situés dans la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ces services assuraient la promotion de choix sains en matière d'habitudes de vie comme mécanisme de gestion des risques. Les huit premiers mois du projet étaient consacrés à la mobilisation des collectivités et à l'élaboration d'une structure organisationnelle et opérationnelle. Tous les établissements qui étaient sur le point d'offrir une clinique devaient signer une entente formelle avant le début de la phase opérationnelle; ce cadre était essentiel pour la gestion et la réussite du projet. Les patients étaient orientés vers le programme par les médecins de l'hôpital et recevaient des consultations individuelles et collectives sur les questions entourant les habitudes de vie. L'évaluation du programme préventif a décelé certains effets sur les taux sanguins de lipides et le degré d'activité physique. Le projet ne comprenait pas d'analyse des réductions potentielles de coûts pour le système de santé; l'évaluation se concentrait sur la démarche de planification et de mise en œuvre et décrivait les divers facteurs facilitants et obstacles rencontrés. Le rapport recommande d'accroître les liens avec les médecins afin d'améliorer le taux d'aiguillage vers le réseau.

**(QC410) Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux**

**Bénéficiaire : Université du Québec à Montréal**

**Contribution : 253 946 \$**

Une réorganisation importante du réseau des services sanitaires et sociaux du Québec entreprise il y a déjà plus de dix ans définissait un nouveau rôle pour les organismes communautaires. Cette étude examine la santé au sens large (déterminants de la santé de la population, promotion, prévention) en décrivant les pratiques actuelles dans les organismes communautaires de trois secteurs : familles, jeunes, femmes. Au moyen d'études de cas et d'un questionnaire ayant fait l'objet d'une diffusion à grande échelle, les chercheurs se sont penchés sur des aspects tels que les programmes, la gouvernance, les partenariats, le financement et l'évaluation. Ensuite, ils se sont intéressés à l'incidence des changements apportés au système des services sanitaires et sociaux (régionalisation, prise de décision participative, continuum de services, complémentarité) sur les organismes communautaires. Ils ont conclu

que ces derniers jouent un rôle toujours croissant dans la société québécoise et que les changements qu'ils ont subis sont dus, au moins partiellement, au rôle qu'ils jouent désormais dans les services nouvellement réorganisés. Les chercheurs recommandent qu'on appuie leur nouveau rôle en leur octroyant un financement stable et soulignent la nécessité de maintenir leur liberté d'action en reconnaissance de l'expertise et de la démarche particulières qui caractérisent les organismes communautaires.

**(QC422) Évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval**

**Contribution : 519 789 \$**

Ce projet a permis de créer un centre hospitalier ambulatoire pour les services de santé de courte durée dans la région sociosanitaire de Laval en vue d'alléger les pressions exigeant l'ouverture de nouveaux lits d'hôpital; la planification a débuté à la fin de 1995. Treize comités de planification de programmes de santé ont été établis et le centre (essentiellement un hôpital de jour et une unité de triage de première ligne), a ouvert ses portes en 1999. Le but du projet était d'évaluer l'accessibilité et l'utilisation des services, l'incidence économique sur le système de santé, l'opinion des clients sur les services et les effets de distribution. Les auteurs suggèrent que les tensions relatives à l'administration et à la prestation des services ont entraîné la dissolution du modèle. Ils font remarquer que les limites floues entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires constituaient le principal défi.

**(QC426) Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 1 565 522 \$**

Ce projet de démonstration était conçu pour résoudre les problèmes dégagés sur le plan des soins aux personnes atteintes de cancer, tels que le manque de communication entre les praticiens chargés des différents aspects des soins et la faible standardisation en ce qui concerne la diffusion et l'analyse de l'information de santé. Le Dossier réseau informatisé en oncologie du Québec (DRIOQ) a été élaboré pour

résoudre ces problèmes, mais puisqu'il a fallu attendre mars 2001 avant que les premiers patients soient recrutés pour le projet, les données relatives à la faisabilité ne sont pas disponibles. Le rapport s'intéresse au processus retenu pour le projet, essentiellement aux stratégies de gestion du changement. Les difficultés rencontrées étaient d'ordre technique, interpersonnel et interorganisationnel; les chercheurs constatent que dans le cadre de ce type de partenariat, les entreprises privées doivent comprendre la complexité du système de soins de santé et le secteur public, lui, doit se prévaloir de l'expertise du secteur privé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a montré son appui au projet en le finançant jusqu'en octobre 2001.

**(QC427) L'exploitation de la méthodologie d'autocontrôle pour un changement de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques**

**Bénéficiaire : Centre de recherche clinique du Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE)**

**Contribution : 131 425 \$**

Intitulé « Autocontrôle », ce programme avait pour but de rationaliser la surutilisation des tests diagnostiques de routine par les médecins d'une unité de chirurgie générale d'un hôpital de Sherbrooke. Ayant constaté que les écrits spécialisés suggèrent que de 10 à 30 pour cent des tests diagnostiques de routine ne sont pas nécessaires, les chercheurs ont concentré leur attention sur les cinq tests diagnostiques de routine les plus fréquents chez les patients de chirurgie générale. Ils ont utilisé la base de données de l'établissement pour réaliser diverses analyses de la fréquence et des résultats des tests durant l'exercice 1996-97. Ils ont découvert que certains tests ne sont pas pertinents et qu'ils ne modifient en rien la gestion des patients. On a donc abandonné les tests de dépistage et les profils diagnostiques automatiques au profit de méthodes d'examen plus précises reliées au groupe diagnostique concerné. Les examens qui allaient souvent de pair ont été désaccouplés et de nouveaux protocoles en matière de tests diagnostiques ont été élaborés à même le service. Ainsi, le désaccouplement des analyses des taux de potassium et de sodium dans le cas de numérations globulaires pourrait entraîner des économies de 90 000 \$ rien que pour cet hôpital et par extrapolation, des économies de 900 000 \$ pour l'ensemble du Québec. Ce projet montrait comment

on peut exploiter l'information disponible dans une base de données d'hôpital afin d'améliorer les schémas de pratique et la rentabilité des soins.

**(QC428) Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary**

**Contribution : 35 013 \$**

Cette étude, réalisée dans la clinique gériatrique d'un hôpital montréalais, fournit des renseignements sur ce qui se passe lorsqu'un médecin de premier recours aiguille des patients vers des psychiatres gériatriques. Le virage ambulatoire du Québec met actuellement l'accent sur les soins de santé communautaires et exige des ressources hospitalières qu'elles jouent un rôle de consultation; cependant, la revue de la littérature effectuée par les chercheurs n'a mis à jour aucun modèle efficace de ce genre d'interaction dans le cas de patients en gériatrie. Le processus de consultation gériatrique englobait les vues des patients et de leur famille, celles des médecins ayant référé les patients et celles des psychiatres consultés. Quoique la plupart des patients et des médecins de premier recours soient satisfaits, ces derniers et les spécialistes consultés n'étaient que modérément d'accord sur le type de consultation réclamé, la raison de la consultation et la responsabilité des traitements supplémentaires. Le rapport souligne quelques-uns des problèmes soulevés par la démarche de consultation et propose des moyens simples d'améliorer la communication et donc de rehausser les soins aux patients.

**(QC430) Info-Santé CLSC : Projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull, Québec**

**Contribution : 225 143 \$**

Les 28 protocoles élaborés dans le cadre de ce projet aident les infirmières logeant les appels téléphoniques à Info-santé à répondre de manière plus adéquate aux personnes appelant au sujet de problèmes de santé mentale. Les protocoles concernaient un éventail de troubles correspondant à une clientèle variée. Les infirmières ont suivi une formation de deux jours; celle-ci et les protocoles ont été fort bien accueillis. Pourtant, bien que les infirmières soient à même de

répondre à la plupart des questions relatives à la santé, elles s'estimaient mal préparées en ce qui concerne la santé mentale car elles trouvaient que leur formation trop générale ne couvrait pas les problèmes particuliers auxquels elles étaient confrontées. Les chercheurs observent qu'une formation de deux jours n'est pas suffisante et qu'elle devrait être suivie d'une supervision de trois mois afin que les infirmières puissent incorporer la théorie dans leur pratique. Les protocoles (en français et en anglais) ainsi que la formation sont mis à la disposition des autres CLSC. Les auteurs font remarquer que le coût d'un appel téléphonique à une infirmière est environ un cinquième de celui d'une visite à l'urgence.

**(QC431) Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

**Contribution : 3 171 031 \$**

Ce projet d'envergure était conçu pour intégrer les services de santé primaires dans une municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent, Québec. Il visait à fournir des soins de santé primaires efficaces et optimaux, accessibles à l'ensemble des 25 000 habitants de la région. La responsabilité de la coordination de nature territoriale a été confiée à un groupe de planification dirigés par des médecins. Les changements comprenaient la rémunération des médecins pour les heures qu'ils consacraient aux activités d'organisation et de gestion, l'embauche d'infirmières pour les centres médicaux, la restructuration des services dans l'ensemble de la MRC afin d'en augmenter la complémentarité parmi les différents établissements et organismes. En outre, on a mis au point un système de communication pour la transmission de l'information clinique entre les praticiens et les divers établissements, et sept bases de données ont été condensées en une. Les résultats préliminaires révèlent une amélioration au niveau de la continuité; un faible taux de chevauchement entre les établissements, ce qui permet de soigner davantage de patients sur place; une utilisation décroissante des ressources hospitalières. Les chercheurs jugent que l'information de la banque de données contribuera à la ventilation efficace des ressources, en partie en permettant aux gestionnaires de surveiller l'utilisation des services sur une base individuelle. Pour continuer, le projet est actuellement à la recherche d'un financement stable.

**(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujuaq, Québec**

**Contribution : 488 238 \$**

Ce projet pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

**(SK121) Examen des programmes de soins palliatifs**

**Bénéficiaire : Moose Jaw–Thunder Creek Health District**

**Contribution : 8 870 \$**

Cette étude répondait au besoin local croissant d'intégration des soins à domicile, des soins de courte durée et des soins à long terme en un programme global de soins palliatifs. Pendant deux mois de l'année 1999, les chercheurs ont dégagé les lacunes en matière de ressources et de services en interviewant un échantillon de clients et de fournisseurs de services et en réalisant une enquête auprès d'autres membres du personnel et d'intervenants communautaires. Ils ont découvert que le développement de toute nouvelle politique ou tout nouveau système exigeait une démarche interdisciplinaire. Ils ont aussi cerné une absence considérable de dialogue et d'information et un manque de satisfaction vis-à-vis de l'information mise à la disposition du public, du personnel soignant et des médecins.

**(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé**

**Bénéficiaire : University of Saskatchewan**

**Contribution : 318 726 \$**

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercussions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

**(SK401) Une évaluation de l'incidence de la restructuration et de l'intégration des services de santé en milieu rural : Une enquête communautaire**

**Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution : 140 130 \$**

La restructuration du système des soins de santé de la Saskatchewan, démarrée en 1991, s'est soldée par l'élimination des services de soins de courte durée dans de nombreux hôpitaux ruraux de faible taille et par l'intégration des services sous l'égide des conseils

de santé régionaux. Ce sondage d'opinion publique a demandé à un gros échantillon de résidents des zones concernées de préciser l'incidence des compressions budgétaires sur leur accès aux services de santé, leur état de santé et la viabilité de leur collectivité. Bien que les changements n'aient apparemment pas eu d'incidence sur leur état de santé, l'étude a mis à jour une insatisfaction généralisée vis-à-vis du système de santé et un ressentiment persistant à l'encontre des changements. Les niveaux de satisfaction supérieurs étaient associés à la détermination des dirigeants communautaires, au remplacement des soins de courte durée hospitaliers par des options acceptables, à l'appui local en faveur de solutions novatrices et à une communication efficace avec les partenaires au sein et à l'extérieur de la collectivité. L'étude conclut néanmoins, que l'information, la participation de la collectivité et une communication transparente sont des conditions nécessaires mais *pas* suffisantes pour rallier la collectivité aux changements apportés aux systèmes lorsque ces derniers y ont des racines profondes. Les auteurs soulignent que de telles divergences entre les perceptions et les réalités nuisent à l'efficacité des changements d'orientation et enveniment le débat qui, à force d'arguments fallacieux, en devient purement rhétorique. Ils recommandent donc des démarches de communication et de consultation plus efficaces, notamment en ce qui concerne l'information du public sur les effets réels des changements. Cette étude complétant l'étude SK422, les deux projets ont préparé un rapport commun.

**(SK402) Agents de liaison en matière de santé auprès des Premières nations**

**Bénéficiaire : Battlefords Health District**

**Contribution : 263 181 \$**

Deux agents de liaison en matière de santé auprès des Premières Nations ont été embauchés dans le cadre de ce projet pilote de 18 mois en vue d'aider 250 personnes vivant dans des réserves et à l'extérieur à accéder aux services de santé appropriés dispensés par 44 organismes communautaires pertinents. Ces deux agents faisaient partie d'une équipe multidisciplinaire au centre de santé familiale de Battlefords, un site de démonstration des services de soins primaires nouvellement créé pour faire la promotion des services communautaires et de la prévention de la maladie. L'étude a constaté que les agents de liaison n'étaient pas associés à des

fournisseurs de soins de santé précis et qu'ils étaient incertains quant aux voies hiérarchiques et aux liens de responsabilité. Par contre, les clients ont réagi de manière positive en accédant aux services de soins primaires; ils manquaient moins de rendez-vous et faisaient l'objet d'un suivi amélioré dans le cadre des programmes de soins. Puisqu'ils étaient des auxiliaires de santé qui parlaient le cri (la langue dominante) et qui connaissaient bien leur communauté, les agents de liaison étaient perçus comme des défenseurs des intérêts des clients. Les agents aidaient également les dispensateurs de soins à mieux comprendre la nature polyvalente des besoins de santé de leurs clients, promouvant ainsi une approche plus « holistique » de la santé.

**(SK422) Une évaluation des effets de la restructuration des services de santé en région rurale et de la prestation de services intégrée ainsi que des solutions adoptées**

**Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution : 140 130 \$**

La restructuration du système des soins de santé de la Saskatchewan, démarrée en 1991, s'est soldée par l'élimination des services de soins actifs dans de nombreux hôpitaux ruraux de faible taille et par l'intégration des services sous l'égide de conseils de santé régionaux. En s'appuyant sur les discussions de 19 groupes de réflexion organisés dans 10 collectivités rurales, ce projet visait à évaluer les réactions de la population de ces collectivités face à l'incidence des compressions budgétaires. L'étude a découvert que de nombreuses collectivités rurales étaient aux prises avec les changements touchant la prestation des soins de santé et qu'elles s'inquiétaient surtout de la manière dont la démarche était menée, en décriant l'absence d'un plan à long terme, un manque d'orientation et un manque de respect. Certaines collectivités semblaient s'être adaptées aux changements, et cet état de choses était dû à la présence de dirigeants déterminés au niveau local, à une communication efficace et un partage de l'information au sein de la collectivité et avec des organismes de l'extérieur ainsi qu'à la prestation de services de rechange peu de temps après la disparition des services de soins de courte durée. Cette étude complétant l'étude SK401, les deux projets ont préparé un rapport commun.

**(SK424) Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système****Bénéficiaire : Regina Health District****Contribution : 208 000 \$**

Cette étude avait pour but d'évaluer un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système dont la création remontait à septembre 1997 afin d'intégrer et d'améliorer les procédures du district de santé de Regina (RHD). Quoique ce service subisse encore une évolution et qu'il n'ait pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre complète au moment de l'évaluation, les chercheurs ont observé des améliorations dans les domaines de la qualité, de l'intégration et de l'accessibilité des services, et ils faisaient état des mesures particulières qui avaient réussi. Ils signalent que bien que les principes directeurs qui sous-tendent le service des admissions et des congés pour l'ensemble du système paraissent avoir le soutien du personnel, certains problèmes font encore obstacle à son implantation complète. En outre, les volets résultats de santé et rentabilité n'ont pas évolué de manière significative. Les chercheurs remarquent que certains facteurs doivent être en place si on veut que ce service des admissions et des congés atteigne son plein potentiel, notamment le leadership nécessaire à l'établissement d'une culture organisationnelle favorable; une définition claire des buts, structures, volets et processus; une communication et une collaboration rehaussées parmi les fournisseurs de services; des charges de travail réalistes pour les gestionnaires de cas; des ressources suffisantes dans la collectivité; la sensibilisation du public sur l'utilisation appropriée des divers types de soins de santé, un enjeu soulignant l'importance de la perception du public dans l'acceptation des changements apportés à la prestation des services de santé. L'évaluation pourra aider le district de santé de Regina à perfectionner ce nouveau service et à guider les pas d'autres organismes qui souhaitent mettre en œuvre un programme similaire.

