

Réseau de services intégrés

Ses principes, concepts et composantes

Résumé

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation**

Octobre 2001

COORDINATION :

*Aline Émond
Lynda Périgny*

RECHERCHE ET RÉDACTION :

*Danielle Bédard
Michel Carbonneau
Liliane Pagé
Robert Pronovost*

COLLABORATION :

Valois Boudreault

MISE EN PAGE ET TRAITEMENT DE TEXTE :

Mireille Ara

NOTE AUX LECTEURS

Le texte qui suit est un résumé d'un document plus complet qui s'intitule « Réseau de services intégrés – ses principes, concepts et composantes ». C'est dans ce texte que l'on retrouvera toutes les **références bibliographiques**.

Le modèle, les principes et les composantes présentés sont inspirés, entre autres, d'un modèle préconisé par les professeurs André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis (Université de Montréal - GRIS). Ces derniers ont lu les textes et ne s'inscrivent pas en faux avec l'appropriation qui en est faite même si les interprétations diffèrent parfois de celles des concepteurs.

Ce texte ainsi que le document plus complet ont été déposés au Comité aviseur – Réseau de services intégrés ainsi qu'à la Table de concertation établissements/Régie régionale de l'Estrie. L'une et l'autre instances ont fait des recommandations pour un apport de précisions. Ces dernières seront apportées lors du développement de réseaux intégrés spécifiques (ex. : jeunes, services de première ligne, etc.).

Rappelons toutefois que la notion de santé doit être prise dans son sens large tel que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le préconise et comprend des dimensions sociales, psychosociales et de santé physique.

Aline Émond
Chargée de projet pour les réseaux intégrés
Régie régionale de l'Estrie

MISE EN CONTEXTE

Après les transformations qu'a connu le système de santé ces dernières années, l'organisation des services en réseaux intégrés et continus semble être maintenant la voie à privilégier, particulièrement pour certaines problématiques ou clientèles.

Cette stratégie est recommandée par la Commission Clair pour mieux répondre aux besoins grandissants de la population en matière de santé et de services sociaux. Ainsi, dans un contexte où les ressources sont limitées, le système de santé doit viser une plus grande performance pour faire face à une demande croissante qui résulte de plusieurs facteurs dont le développement technologique et le vieillissement de la population. Également, les citoyens éprouvent de plus en plus de difficultés à se retrouver dans l'organisation actuelle des services qui sont souvent fragmentés, peu complémentaires ou continus. Des sondages récents font état d'une insatisfaction notable de la population à l'égard des services offerts. *L'intégration des services permettrait donc de créer un système plus performant centré davantage sur le client et moins sur les dispensateurs de services.*

Les concepts ou modèles de réseaux intégrés et continus de services varient selon les expériences menées à travers le monde. Mais des constantes se dégagent de la littérature scientifique consultée. Ces constantes permettent de proposer une définition générale d'un réseau intégré et d'en découvrir les bénéfices attendus, les fondements et les caractéristiques. Ce relevé de la littérature permet également de suggérer un modèle et des stratégies d'intégration, des conditions de réussite s'y rattachant, ainsi que des objets d'évaluation pertinents.

Tout cet exercice s'inscrit dans une démarche régionale visant à harmoniser la compréhension de la notion de réseau intégré parmi les partenaires de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette démarche ouvre également la porte à une réflexion sur l'adoption de nouvelles valeurs de gestion comme la *coopération* et l'*interdépendance* et le partage d'une philosophie d'intervention commune. Elle est associée à une redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles.

DÉFINITION

À la lumière de la littérature consultée, la définition suivante est suggérée :

« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie ».

Cette définition s'articule autour de deux principes fondamentaux, l'*intégration* et le *continuum* de services.

Le principe d'*intégration* implique le rapprochement d'entités organisationnelles qui s'entendent pour offrir des services coordonnés et continus à une population définie d'un territoire donné. La coopération et l'interdépendance des acteurs, nécessaires pour dispenser ces services, peuvent reposer sur des arrangements allant de la mise en place de mécanismes souples à plus rigides. Mais quel que soit le mode d'arrangement retenu, l'intégration devrait toucher tous les aspects de

l'organisation des soins et services visés, soit la gouverne avec ses systèmes de financement, de gestion et d'information et la dispensation des services avec son système clinique. Le système de valeurs des différents acteurs devrait aussi faire l'objet d'une harmonisation.

Le principe de *continuum* de services réfère à la fois à la notion de continuité et à celle de complémentarité de services requis par les individus et la population. Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de distribution de services et à développer des mécanismes de systématisation du cheminement clinique des patients. Un réseau intégré devrait donc assurer une continuité de la prise en charge du client par la mise en place d'une gamme complète de services disponibles et accessibles, offerts aux niveaux local et régional.

MODÈLE ET STRATÉGIE D'INTÉGRATION, FACTEURS DE SUCCÈS

Le concept de réseau intégré repose entièrement sur la *réorientation des services en fonction des besoins des individus et de la population* (voir annexe 1), ainsi que sur la *prise en charge* de la clientèle par le système de santé, et ce, dans le respect des principes fondamentaux d'accessibilité et d'universalité des soins et services et de liberté de choix. Cette prise en charge exige aussi de la part des divers acteurs impliqués le partage de nouvelles valeurs comme l'*interdépendance* et la *coopération* et une entente sur une philosophie d'intervention commune.

À partir du modèle de Contandriopoulos et Denis¹ (voir annexe 2), quatre types d'intégration doivent être utilisés pour créer et soutenir un réseau intégré. Ce sont : *l'intégration systémique, normative, fonctionnelle et clinique*.

L'intégration systémique

Cette intégration suppose que le système de santé s'inscrit dans un processus généralisé, dans une cohérence générale en faveur de l'intégration des services à la population.

Dans un cadre organisationnel favorisant la co-responsabilité, les partenaires acceptent de se relier entre eux pour dispenser les soins et services requis. Ces relations peuvent être de moins structurées à plus structurées et prendre différentes formes :

- ententes d'information mutuelle,
- consultations,
- concertations,
- partenariats (alliances stratégiques, ententes contractuelles),
- fusions.

Même si certains auteurs avancent qu'une intégration de type fusion organisationnelle offre le meilleur potentiel de coordination des services, une forte tendance existe présentement en faveur de réseaux intégrés *virtuels* reposant sur des ententes contractuelles.

¹ Contandriopoulos, A.P et J.L. Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

L'intégration normative

Il s'agit de donner aux acteurs un système commun de référence qui assure la cohérence entre les valeurs et les modalités d'organisation du réseau intégré. Pour assurer ce type d'intégration qui est crucial, la littérature énumère une série de facteurs de succès dont les plus importants sont :

- *La présence d'un **leadership fort** pour porter le plan stratégique et s'assurer de son exécution. Des leaders, ayant une expertise en processus de changement, doivent vendre aux différents partenaires impliqués une vision et des attentes claires et transparentes de même qu'une compréhension commune de la stratégie proposée. Ces personnes doivent préparer le terrain en faisant la promotion de valeurs comme la coopération et l'interdépendance entre les établissements, la réduction des chevauchements dans la dispensation des services, etc.*
- *La nécessité de convaincre et d'impliquer dans la démarche les intervenants de chacun des secteurs impliqués dans l'intégration, plus précisément les leaders formels et informels.*
- *Le besoin de développer une culture « réseau » pour remplacer la culture « établissement ».*
- *Le besoin de développer une culture clinique orientée vers l'apprentissage de nouvelles méthodes, la rétroaction continue face aux objectifs d'intégration et la volonté de changer, de s'approprier la responsabilité de la clientèle cible du réseau intégré.*

L'intégration fonctionnelle

Cette intégration consiste à créer une gouverne commune pour prendre les décisions et assumer la responsabilité du réseau. Elle vise à relier et à articuler de façon cohérente respectivement les systèmes **de financement, de gestion et d'information** des partenaires dans l'optique du réseau intégré. Toutes les composantes touchant les activités et les fonctions n'ont pas à être intégrées pour permettre de procéder à l'avancement de l'intégration des soins et services.

La gouverne réfère à la manière dont les décisions sont prises et mises en œuvre. Dans un réseau intégré, les décisions sont prises pour l'ensemble de ses composantes par une seule entité décisionnelle. La gouverne implique de la part de ses parties constituantes, un engagement continu et une responsabilité conjointe à chaque étape du processus d'implantation et d'opérationnalisation d'un réseau intégré.

Dans un souci de plus grande efficacité, plusieurs auteurs recommandent que le système de financement d'un réseau intégré se traduise par l'allocation d'un budget spécifique associé à la clientèle prise en charge. Ce budget spécifique pourrait aller jusqu'à la capitation comme mode de financement.

La gestion administrative doit relier les domaines administratif et clinique. Il est nécessaire de nommer une autorité responsable pour gérer les ressources et vérifier la qualité du fonctionnement du réseau intégré. Cette responsabilité doit s'appuyer sur des mécanismes de concertation et de collaboration avec les différents partenaires concernés.

Enfin, un système d'information unifié est aussi nécessaire pour aider à la prise de décision et rendre des comptes aux autorités, ou encore pour relier efficacement les différents intervenants entre eux, facilitant ainsi le travail multidisciplinaire.

La réussite de l'intégration fonctionnelle repose sur plusieurs facteurs. Ceux qui reviennent le plus souvent parmi les auteurs consultés sont les suivants :

- *Une structure et un processus rationalisés de gouverne qui permettent aux bonnes personnes de recevoir l'information pertinente au bon moment pour prendre les bonnes décisions.*
- *L'élaboration d'un plan stratégique qui détaille les objectifs poursuivis et les activités nécessaires pour les réaliser. Ce plan devrait être basé sur les besoins de la population ciblée.*
- *Une redéfinition des pratiques et des habiletés de gestion en fonction de l'intégration et du continuum de services.*
- *La participation active des médecins à la structure de gouverne, lesquels exercent un leadership fort auprès de leurs pairs.*
- *L'instauration d'un système pour monitorer et évaluer les résultats des actions posées, et rendre ces résultats publics.*
- *La mise en place d'un plan opérationnel qui définit les rôles et fonctions de chaque entité, le budget qui sera affecté et les processus de formation pour chaque catégorie d'intervenants.*

L'intégration clinique

L'intégration clinique a deux composantes, soit *l'intégration des soins* et *l'intégration de l'équipe clinique*. Elle suppose ainsi de relier et de coordonner les soins et services requis par la clientèle dans un contexte de continuum de services mais aussi dans une perspective de redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles. Certains mécanismes peuvent faciliter le travail des cliniciens :

- *Des mécanismes d'accès bien définis en fonction de la clientèle visée. Pour la clientèle des personnes âgées, on parlera par exemple d'un guichet unique.*
- *Un système commun d'évaluation de la clientèle pour éviter la multiplication des interventions.*
- *Des systèmes de communication pour relier efficacement les professionnels du réseau.*
- *Des gestionnaires de cas ou intervenants pivots pour assurer la continuité des services.*
- *Une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire de professionnels comprenant les médecins.*
- *L'accès à des services de consultation ou d'intervention spécialisés.*

Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour que les acteurs passent des paroles aux actes. La réussite de cette intégration repose également sur plusieurs facteurs. Ceux-ci doivent faire partie d'un plan rigoureux d'implantation :

- *Une gamme suffisante de services de base avec toutes ses composantes et accessibles dans la communauté (continuum de services).*
- *Un plan d'actions spécifique à l'intégration clinique, mené par une personne responsable, doit être établi. Ce plan s'appuie sur un portrait des besoins de la population cible, fixe les priorités d'actions, alloue les ressources et permet d'évaluer les résultats obtenus pour apporter les correctifs nécessaires.*

- *Des outils et des façons de faire doivent être développés pour coordonner la progression du client à travers les services et assurer la continuité des services (ex. : protocoles d'entente entre établissements ou services, guichet unique, gestion de cas, informations standardisées au client, dossier clinique informatisé en temps réel, plan de services individualisé, équipe multidisciplinaire, etc.).*
- *Un retour régulier d'information sur le suivi des objectifs du plan d'actions pour le personnel impliqué dans l'intégration clinique.*
- *Des arrangements avec les médecins pour qu'ils participent activement à la gouverne du réseau intégré; des modes de rémunération plus variés les incitant à utiliser ce réseau intégré et à ajuster leur pratique en regard d'éléments tels : une approche globale axée sur les besoins du client incluant la prévention des risques à la santé, des protocoles d'interventions et de référence et un programme d'amélioration continue de la qualité.*

ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de l'implantation, du fonctionnement et des impacts d'un réseau intégré constituent des dimensions importantes relevées par l'ensemble des auteurs consultés.

Pour certains, il s'agit même d'un facteur de succès qu'il faut considérer avant même l'implantation d'un réseau de services intégrés.

La littérature propose une série d'objets ou de questions clés en regard de l'évaluation des réseaux intégrés de services. Par exemple : dans quelle mesure les services sont-ils intégrés ? L'accès aux services est-il meilleur ? Qu'en est-il de la continuité des services ? Sur la scène québécoise, un certain nombre de projets de réseaux intégrés font actuellement l'objet d'évaluation avec le soutien de fonds de recherche. Ces évaluations portent sur des aspects qui rejoignent en grande partie les questions clés relevées dans la littérature.

Quoi qu'il en soit, un cadre de référence est nécessaire pour camper à la fois les objets de suivi et d'évaluation, l'utilité de l'information générée, les responsabilités et les façons de faire. Ainsi, une fois l'ensemble des objets de suivi et d'évaluation définis dans leur ensemble, il reste encore plusieurs questions à débattre. Par exemple : quels sont les objets qui doivent être minimalement retenus (ex. : les facteurs de succès) ? Qui est responsable de l'évaluation ? Comment sont choisis les indicateurs ? Qui recueille et comment est recueillie l'information pertinente ? Qui veut cette information et à quelle fin ? À qui est-elle transmise et à quelle fréquence ? Autant de questions qui doivent être posées.

Annexes

ANNEXE 1

LE RÉSEAU INTÉGRÉ, SELON LA PERSPECTIVE DE LA CLIENTÈLE

- L'utilisateur ne devrait pas avoir à répéter son histoire chaque fois qu'il rencontrera un nouveau professionnel ou lorsqu'il utilisera les services d'un nouvel établissement ou organisme.
- Il n'aura pas non plus à refaire les mêmes examens diagnostiques même s'il rencontre des médecins ou des professionnels différents à une étape ou l'autre de son cheminement clinique.
- Il ne sera pas utilisé comme l'outil de transmission des informations ni comme la personne responsable d'informer son médecin traitant ou son professionnel qu'il a eu une hospitalisation récente, ou qu'il a subi des tests diagnostiques ou des interventions particulières, qu'on lui a prescrit une médication, qu'on lui a fait un traitement, ou qu'il a été référé à un autre établissement ou organisme pour un service spécifique.
- Il ne sera pas maintenu dans un niveau de services en raison de l'incapacité d'un autre niveau à assurer sa prise en charge.
- L'utilisateur aura un accès à un intervenant de soins primaires 24 heures sur 24.
- Il aura en main une information facile à comprendre sur la qualité des services et les résultats cliniques attendus afin de faire des choix informés sur les possibilités de traitements disponibles et les professionnels en mesure de répondre à ses besoins.
- Il pourra prendre un rendez-vous avec son médecin ou tout autre professionnel, pour un test diagnostique ou un traitement au moment du même appel téléphonique.
- Il aura accès à un plus grand choix de professionnels de soins de première ligne qui seront en mesure de lui accorder le temps qu'il a besoin.
- Dans le cas des personnes ayant un problème de santé chronique, elles seront contactées régulièrement afin de leur permettre de passer des examens préventifs et d'identifier les problèmes avant qu'ils ne surviennent; elles auront accès à des activités d'éducation leur permettant de suivre l'évolution de leur maladie et elles auront aussi accès à des services à domicile qui leur permettront de faire des apprentissages et ainsi de maintenir leur autonomie.

ANNEXE 2

Systeme de soins

INTÉGRATION SYSTÉMIQUE

Réseau intégré de soins

SYSTÈME
COLLECTIF
DE
REPRÉSENTATION
ET
DE VALEURS

INTÉGRATION
NORMATIVE

GOVERNE

Systeme de financement

INTÉGRATION FONCTIONNELLE

Systeme de gestion

Systeme d'information

INTÉGRATION DE L'ÉQUIPE CLINIQUE

SYSTÈME CLINIQUE

INTÉGRATION DES SOINS

TEMPS

J.L. Denis – A.P. Contandriopoulos 2000