



Conseil communauté  
en santé du Manitoba

# **Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français**

## **Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services**

### Objectif 3

Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé  
pour les aînés

### Objective 3

Review of Best Practices in Health Services  
Delivery for Seniors

Sophie Éthier et Louise Belzile  
Université de Saint-Boniface  
Juin 2012

*English version follows*

# **Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français**

## **Objectif 3**

Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de  
services de santé pour les aînés

Sophie Éthier et Louise Belzile  
Université de Saint-Boniface  
Juin 2012

Ce rapport est une initiative du Conseil communauté en santé du Manitoba et a été rendu possible grâce au financement accordé par la Société Santé en français par l'entremise de Santé Canada.

Le présent rapport peut être reproduit en tout ou en partie, à la condition de mentionner la source.

Comment citer ce rapport:

Éthier, S. et Belzile, L. (juin 2012). Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français : Objectif 3 - Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé pour les aînés. Rapport pour le compte du Conseil communauté en santé du Manitoba, déposé en juin 2012, 41 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg (Man.).

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	iii
Liste des figures .....	iv
1. Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et objectif de la recherche.....	1
1.2 Méthodologie .....	3
1.3 Définitions de pratiques exemplaires.....	4
2. Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé aux aînés : le cas des réseaux intégrés de services .....	.6
2.1. Services intégrés pour personnes âgées (SIPA).....	13
2.2. Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francis .....	15
2.3. Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA).....	17
2.4. <i>Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly</i> (CHOICE) .....	19
2.5. Conditions essentielles au fonctionnement d'un réseau intégré de Services de santé.....	21
3. Conclusions et recommandations .....	29
Références .....	34
Annexe 1 : Caractéristiques, méthodologie et résultats de l'étude des différents modèles de services intégrés.....	40

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Niveaux d'intégration des services de santé.....	12
Tableau 2. Avantages de l'offre intégrée de services de santé.....	22
Tableau 3 : Typologie de l'intégration selon Leutz (1999).....	23
Tableau 4. Conditions à remplir pour assurer la viabilité d'une offre intégrée de services de santé.....	24

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Continuum des termes utilisés pour parler de pratiques exemplaires.....	5
---	---

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Mise en contexte et objectif de recherche

Cette partie de la recherche a pour principal objectif de présenter une recension des écrits des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé auprès des aînés au Manitoba, au Canada et ailleurs dans le monde. Elle constitue l'objectif 3 du projet global intitulé *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français*. Plus spécifiquement, il s'agissait d'effectuer une recension des écrits des pratiques exemplaires, de produire une synthèse de ces pratiques à partir des résultats de la recension et de tirer des conclusions ou suggestions pour l'offre de services aux personnes âgées à Saint-Boniface et Saint-Vital. Ce travail se présente dans un format descriptif qui devra être repris selon les objectifs que se donneront les destinataires. À quoi servira de connaître les innovations en matière d'organisation de l'offre de services aux aînés? S'agira-t-il d'appuyer les décideurs dans les choix qu'ils jugeront nécessaires pour améliorer l'organisation des services sur leur territoire (provincial ou local)? Est-ce le premier mouvement pour initier le changement dans les pratiques managériales ou cliniques?

Afin d'améliorer l'offre de services aux aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital, il aurait été opportun de dresser un inventaire des pratiques exemplaires non seulement dans l'offre de services, mais plus spécifiquement dans d'autres contextes de minorités linguistiques. Or, peu d'études considèrent la dimension linguistique dans l'analyse de l'offre de services de santé. (Forgues *et al.*, 2009). Une étude canadienne, celle de Schofield et Gauthier (2007), présente un modèle de partenariat et de concertation favorisant la prise en charge des services de santé par les communautés francophones intitulé *Vers l'unité pour la santé* (VUPS). Ce modèle qui est celui proposé par l'organisation mondiale sur la santé (OMS) prévoit la participation de cinq partenaires clés : les professionnels, la communauté, les gestionnaires d'établissement de soins, les institutions de formations et les gouvernements. Deux agences gouvernementales ont été mises sur pied pour s'assurer, de manière concertée, d'une offre de services en français dans les communautés: le Consortium national de formation en santé (CNFS) et la Société Santé en français (SSF).

Cette dernière ainsi que 17 autres réseaux de santé en français ont vu le jour dans les 13 provinces et territoires du pays depuis 2002 dans le but de rallier les partenaires de la santé autour des enjeux prioritaire par province, territoire ou région qui influent sur les services de santé en français. Au Manitoba, c'est le Conseil communauté en santé (CCS) qui joue ce rôle<sup>1</sup>.

On connaît peu de choses également sur les facteurs expliquant la mise en place d'une offre de services dans les deux langues (Forgues, Bahi et Michaud, 2011). Ceci paraît un peu surprenant si l'on considère que cette offre de services s'inscrit dans une organisation des soins, elle-même située dans un contexte social défini par toutes sortes de paramètres environnementaux dont l'appartenance culturelle et linguistique des groupes de population présents sur un territoire donné. Selon Forgues, Bahi et Michaud (2011), dans l'analyse des organisations, il faut distinguer l'environnement social (externe) de l'environnement interne de l'organisation. Par facteurs externes, ils entendent : 1) le financement, 2) les cadres juridiques, règlements et politiques, 3) les demandes exprimées, 4) les associations professionnelles, 5) l'existence et l'action d'un protecteur du citoyen. Quant aux facteurs internes, il s'agit de : 1) la volonté et l'engagement de l'administration, 2) les ressources humaines, matérielles et financières disponibles, 3) l'existence d'une politique et d'un plan d'action sur la langue des services, 4) la gestion des services et ressources humaines, 5) les capacités linguistiques des professionnels, 6) les conventions collectives et 7) les attentes des patients. Tenant compte de ces facteurs externes et internes, l'étude de Forgues, Bahi et Michaud (2011), visant à dégager les facteurs qui influencent la prestation de services en français en contexte minoritaire, fait ressortir que l'approche concernant l'offre de services en français est plus réactive en Nouvelle-Écosse et au Manitoba : on y offre effectivement des services en français lorsqu'il y a un problème de communication rendant difficile la prestation courante des services, soit celle en langue anglaise. Au Nouveau-Brunswick et en Ontario, au contraire, la démarche semble plus proactive : on vise plus directement à offrir aux patients la possibilité de recevoir un service en français.

---

<sup>1</sup><http://ccsmanitoba.ca/>



Les résultats de cette étude de l'organisation des services de santé en français en contexte minoritaire proviennent d'analyses de cas, plus précisément d'hôpitaux (Yarmouth en Nouvelle-Écosse, Réseau santé Horizon au Nouveau-Brunswick, Hôpital de Sudbury en Ontario et Hôpital général de Saint-Boniface au Manitoba).

Considérant que l'étude pré-citée est la seule que nous ayons recensée au regard de la thématique de l'offre de services en santé dans les communautés francophones en situation minoritaire, nous nous retrouvons avec trop peu de données pour prétendre à l'exemplarité des pratiques dans ce champ spécifique. Pour cette raison, nous avons fait le choix de présenter dans ce rapport des offres de services intégrés de santé s'adressant aux aînés en général, peu importe leur situation linguistique minoritaire ou majoritaire. Les services intégrés dans le domaine de la santé et des services sociaux sont, comme nous le verrons, considérées comme constituant des pratiques fondées sur les données probantes d'amélioration de la qualité des services et de l'état de santé des populations, peut-être encore plus pertinentes en contexte linguistique minoritaire.

## **1.2 Méthodologie**

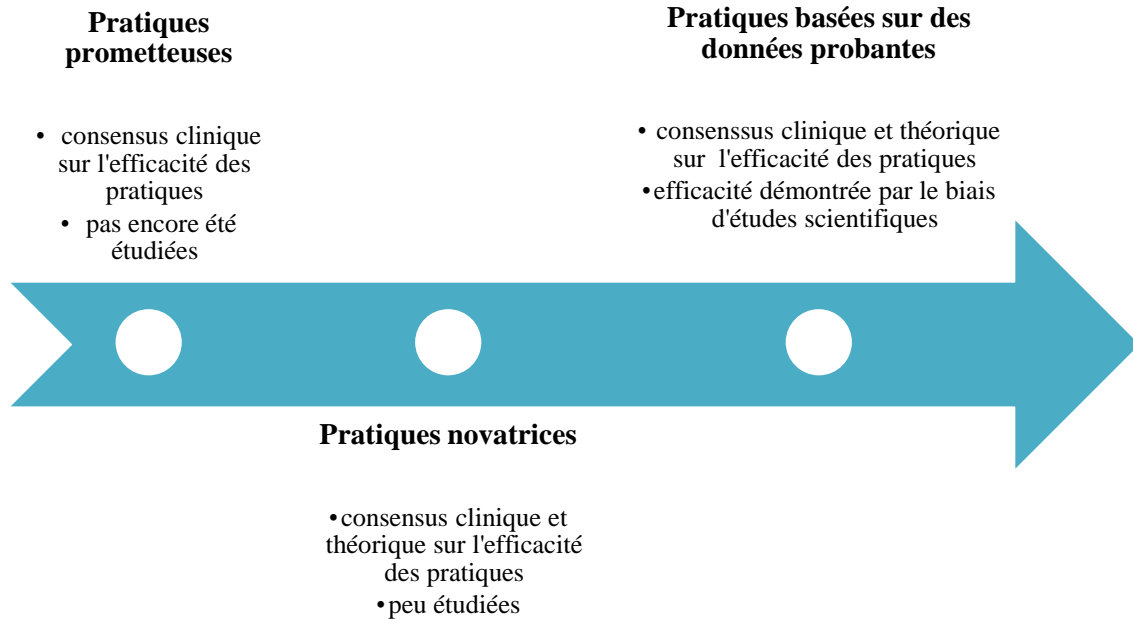
La réalisation de cette partie de la recherche est essentiellement basée sur une recherche documentaire concernant les pratiques exemplaires et l'offre de services aux aînés. Elle a été effectuée à partir de banques de données répertoriant des périodiques scientifiques, de sites Internet gouvernementaux et de bibliographies d'articles et de livres sur le sujet. Les documents canadiens ont été privilégiés dans la mesure où l'offre de services de santé s'inscrit dans le contexte de l'organisation d'un réseau de la santé qui est très différente d'un pays à l'autre, et donc, peu comparable avec notre réalité au Canada, bien que le Canada comporte des réalités fort contrastées d'une province et d'un territoire à l'autre.

### 1.3 Définitions de pratiques exemplaires

De prime abord, il est essentiel de définir ce que l'on entend par pratiques exemplaires dans ce rapport. La définition de l'expression « pratiques exemplaires » ne fait pas l'unanimité, et l'on utilise également les termes « pratiques gagnantes », « pratiques basées sur des données probantes », « pratiques prometteuses » ou encore « pratiques novatrices » (Desrosiers et Ménard, n.d.). Or, ces termes ne sont pas équivalents. Effectivement, les pratiques prometteuses sont celles qui ont fait leur preuve au plan empirique, mais qui nécessitent d'autres études afin que soit validée leur efficacité réelle (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006 cités par Desrosiers et Ménard, n.d.). À l'opposé du continuum, les pratiques basées sur des données probantes ont fait l'objet d'études scientifiques et ont démontré leur efficacité (Lundgren, Schilling et Péloquin, 2005 cités par Desrosiers et Ménard, n.d.). Au centre, on retrouve les pratiques novatrices, soit celles qui n'ont pas encore, ou ont très peu fait l'objet d'études, mais qui présentent des consensus cliniques et théoriques permettant de croire en leur efficacité (Desrosiers et Ménard, n.d.). Ainsi, ces différents termes peuvent se positionner sur un continuum d'études ayant toutes démontré une efficacité empirique, mais qui diffèrent quant à leur évaluation scientifique. Les choix de modèles d'organisation des services tiennent également compte des standards, ceux établis par les scientifiques, c'est-à-dire relevant du courant dit des résultats probants de la recherche (*evidence-based*), ceux reconnus par les professionnels, autrement dit s'appuyant sur des référentiels pratiques (*practice-based*) ou encore, ceux définis par les gestionnaires et les organisations (*Evidence-based management*)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Pour une analyse critique de la gestion à partir des données probantes, voir Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique, *Criminologie*, 42(1), 185-199.



**Figure 1 : Continuum des termes utilisés pour parler de pratiques exemplaires**

Ainsi, les pratiques exemplaires répertoriées dans les écrits relèvent parfois de pratiques davantage prometteuses ou novatrices alors qu'elles devraient être des pratiques basées sur des données probantes pour être qualifiées d'exemplaires. Effectivement, il semble y avoir un consensus sur la nécessité qu'une pratique, pour qu'elle puisse être qualifiée d'exemplaire, doives appuyer, d'une part, sur des données probantes et, d'autre part, sur des consensus d'experts dans le domaine (Desrosiers et Ménard, n.d.).

En raison de ce qui précède, un programme particulier, un service, ou une pratique peuvent donc être évalués scientifiquement et considérés comme étant exemplaires. Mais qu'en est-il d'une offre de services de santé? Peut-on l'évaluer de manière scientifique afin d'obtenir des données probantes? Les seules évaluations d'offres de services que nous avons trouvées sont celles relatives à des modèles d'intégration ou de coordination des services de santé que nous abordons dans ce rapport.

## **2. RECENSION DES PRATIQUES EXEMPLAIRES QUANT À L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ AUX ÂÎNÉS : LE CAS DES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ OFFERTS AUX ÂÎNÉS**

Précisons d'abord ce qui est entendu par « services intégrés » ou par « intégration des services ». Le concept d'intégration des services au niveau des soins primaires est né des réformes du secteur de la santé et des services sociaux soutenues par la Banque mondiale dans les années 1990 (Magtymova, 2007). Il a été démontré que l'accroissement du nombre de problèmes de santé et de problèmes sociaux liés à l'allongement de l'espérance de vie a un impact sur les systèmes de santé et de services sociaux. Afin de répondre à la multitude et à la diversité des besoins de la population, les systèmes ont tendance à se diviser en plusieurs spécialités. Mais, avec cette complexification vient le risque accru de fragmentation ou de discontinuité dans l'organisation des services, condition qui peut compromettre de façon importante non seulement la qualité des services (et ses composantes) pour les usagers, mais aussi l'efficacité et l'efficience systémique du point de vue du réseau public de santé et de services sociaux (Hébert, et al., 2007; Kröger, et al., 2007).

L'intégration des services devrait ainsi avoir un effet positif sur l'efficacité des services produite par une économie d'échelle, sur le coût à la baisse de la prestation des services résultant d'un meilleur contrôle des coûts et sur la qualité des soins amenée par une offre de services plus cohérente (Hébert al, 2007). L'intégration peut donc s'avérer utile autant pour les dispensateurs de services que pour les usagers si elle tient compte à la fois des dimensions cliniques et organisationnelles de l'intégration des services (Magtymova, 2007).

Demers et ses collègues (2005) définissent cinq niveaux d'intégration qui soulèvent des enjeux particuliers selon les valeurs et les intérêts des acteurs, et selon les contextes dans lesquels ils se déploient.

L'**intégration normative** (IN) fait référence à la compréhension qui sous-tend l'adhésion des acteurs au modèle d'intégration proposé. Tous les acteurs, quel que soit leur champ d'action, peuvent faire leur part dans la dissémination du modèle d'intégration et, ainsi, contribuer à lui donner sens et réalisme.

L'**intégration clinique** (IC) concerne la nature et les contextes d'interventions des professionnels. Les autres paliers de l'intégration n'ont de sens qu'en raison du niveau clinique. Il est donc essentiel que les autres acteurs œuvrant aux autres niveaux conviennent et facilitent l'adaptation du modèle d'intégration des services aux conditions particulières de leurs milieux de pratiques.

L'**intégration informationnelle** (II) se révèle incontournable pour le bon fonctionnement d'un système d'intégration des services. Elle ouvre la possibilité d'opérationnaliser la continuité des services en rendant accessible aux intervenants concernés l'information connue au sujet d'un usager. Les préoccupations cliniques doivent être prises en considération par les gestionnaires lors de la conception des systèmes et des outils d'information.

L'**intégration organisationnelle** (IO) renvoie au fait que l'intégration des services se réalise sur une base territoriale. Pour ce faire, un organe de gouverne sous-régional de même que des mécanismes de coordination verticaux et horizontaux reliant dirigeants, gestionnaires et intervenants des organisations partenaires doivent être mis en place.

L'**intégration financière** (IF) facilite le passage d'une logique d'établissements à une logique populationnelle en mettant en commun les budgets requis pour les activités de coordination.

Ces dimensions sont interreliées et participent à la globalité de l'intégration des services. La mise sur pied d'un dossier clinique partageable (II), la fusion d'établissements et la signature de protocoles interinstitutionnels (IO), la budgétisation par programme clientèle (IF) favorisent en principe l'intégration clinique (IC). L'effet de ces mesures dépend toutefois de l'adhésion des acteurs touchés (IN).

Sous cet angle, il est essentiel que les réformes visant l'intégration des services ne succombent pas à une logique bureaucratique qui aurait pour effet de miner la volonté des acteurs locaux de la réaliser. (Demers, et al. 2005 :i)

Développé pour éviter le fractionnement, la duplication ou les espaces vides dans la prestation des soins et des services, le modèle des réseaux intégrés des services vise à assurer l'utilisateur d'un continuum de services qui repose sur différents mécanismes et outils de coordination. Selon Leutz, l'intégration des services relie «the health care system (acute, primary medical and skilled) with other human service systems (long-term care, educational and vocational and housing service) in order to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency). » (Leutz, 1999 : 77). Cette volonté commune facilite l'accessibilité, la qualité, la satisfaction des usagers et l'efficacité du système (Kröger, et al.,2007).

Kodner et Kyriacou définissent quant à eux l'intégration comme :

un ensemble cohérent de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs (2000 : 1, notre traduction).

Selon Béland (2010), l'intégration s'articule dans la prestation des services:

une conjonction de services sociaux et de santé qui vise à répondre aux besoins des personnes âgées fragiles; elle est conçue pour aligner les incitations et modalités financières, administratives et de gestion clinique sur les pratiques cliniques d'une équipe responsable de la santé et de la prestation des services. (cité par Lafortune, Béland et Bergman, 2011 : 3)

Enfin, Contandriopoulos et ses collaborateurs insistent davantage sur la capacité de régulation de la gouvernance que produit l'intégration des services :

L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. (2001 : 41).

On peut relever dans ces définitions le caractère horizontal de l'intégration (entre champs disciplinaires ou secteurs d'intervention) mais aussi son caractère vertical (entre le niveau clinique et celui de la gestion) et la nécessaire articulation de ces deux plans logiques de l'intégration. Mais l'intégration se comprend aussi sur un troisième plan qui qualifie les niveaux ou les épaisseurs de son effectivité. Le niveau d'intégration le plus faible se résume à la formulation de protocoles de transfert systématique d'information pour répondre aux besoins des clientèles. Dans le niveau d'intégration dit de coordination, les différentes structures prenant part à l'offre de services mettent en place des mécanismes systématiques pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité rencontrés<sup>3</sup>. Le niveau de pleine intégration, quant à lui, confère à une organisation centrale le mandat de fournir aux usagers d'un territoire donné l'ensemble du continuum de services (Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant, Contandriopoulos, et al. 2006). Tous ces modèles se concentrent sur l'organisation des systèmes et se fondent sur une approche populationnelle de nature épidémiologique.

Dans le contexte où les systèmes de santé et les institutions qui offrent des services de santé et de services sociaux comptent parmi les entités les plus complexes de nos sociétés (Kodner, 2002), l'intégration des services se propose de corriger les lacunes du système quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts. Elle se présente donc comme une réponse adaptative à la transformation des besoins de la population. L'offre intégrée de services de santé apparaît comme une nécessité pour les aînés en raison de leur nombre sans cesse croissant, de la chronicité et de la multiplicité de leurs problèmes de santé et du prolongement de leur vie en perte d'autonomie. Le secteur de la gérontologie est donc particulièrement interpellé, voire convié à innover dans la manière de penser et de dispenser les services. Comme ces services peuvent se déployer dans la durée et dans la diversité des lieux, une meilleure intégration permet une mise en cohérence dans l'organisation concrète des services autour de la personne âgée. Plus largement pour toute clientèle dont les problèmes sont caractérisés par la chronicité, l'évolutivité et la complexité, une plus grande intégration des services favorise la résolution de problèmes structurels qui traversent tous les systèmes socio-sanitaires (Johri *et al.*, 2003).

---

<sup>3</sup> Selon Kodner (2008), l'une des plus prometteuses expérimentations de ce modèle est sans doute le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, communément désigné par l'acronyme PRISMA (Hébert, Durand, Dubuc, & Tourigny, 2003), développée au Québec et adaptée en France (Couturier, Somme, Carrier, Trouvé, & Gagnon, 2007).

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a organisé des tables rondes à travers le Canada à l'automne 2010 afin « d'examiner les enjeux stratégiques les plus pressants ainsi que les lacunes en matière de recherche liés au vieillissement de la population » (FCRSS, 2011a : 2). La première table ronde a eu lieu à Vancouver et a fait ressortir la nécessité : 1) de mettre en place des systèmes de soins coordonnés et intégrés pour les aînés, 2) d'améliorer les soins à domicile et les services communautaires, 3) d'améliorer les services de première ligne et les services de soutien et d'accroître la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le message principal de cette rencontre était le suivant :

Un système de soins intégrés et coordonnés qui met l'accent sur le soutien à domicile et communautaire serait plus efficace et améliorerait la situation des personnes âgées ainsi que celle de tous les Canadiens (FCRSS, 2011a : 5).

De fait, il est reconnu que l'amélioration de l'offre de services de santé passe par une meilleure coordination de ces services (Romanov, 2002, AMA, 2003, Scott et Hofmeyer, 2007, cités par Scott et Lagendyk, 2012). La prestation de soins intégrés permet notamment de coordonner les soins aux usagers dont les problèmes de santé sont multiples et chroniques plutôt que de traiter chacune de ces pathologies séparément (FCRSS, 2011b).

### **Différents modèles d'intégration des services**

La nécessité de l'intégration de services n'est cependant pas une idée nouvelle. Différents modèles d'offre intégrée de services de santé aux personnes âgées ont été implantés ou ont fait l'objet de projet de recherche depuis plus de 40 ans. Avant de présenter plus en détails des projets canadiens, rappelons brièvement deux modèles qui ont ouvert la voie, *On Lok* et *PACE*.

La première expérience, *On Lok*, fut réalisée en 1971 dans un quartier chinois de San Francisco, aux États-Unis, dans le but de maintenir à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées devant être hébergées (Yordi et Waldman, 1985; Kornblatt, Cheng et Chan, 2002). Ce premier modèle « s'est imposé comme un paradigme des modèles de services intégrés qui réunit l'ensemble des caractéristiques associées à la réussite » (Béland, 2012 : n.p.).



Chaque personne âgée, assignée à un gestionnaire de cas responsable de l'implantation et du suivi du plan d'intervention, est reçue au centre de jour par une équipe multidisciplinaire. Le programme *On Lok* est la porte d'entrée unique de cette personne âgée, peu importe ses besoins médicaux et sociaux. L'évaluation du programme a démontré que les aînés participants reçoivent plus de services de proximité, sont moins hébergées et les coûts des services qu'ils reçoivent sont moins élevés (Yordi et Waldman, 1985 cités par Béland, 2012).

Inspiré de l'expérience d'*On Lok*, le programme *PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)* fut mis sur pied à partir de 1986 (Mui, 2000). Il fut expérimenté jusqu'en 1997, après quoi il est devenu un réel programme aux États-Unis. L'évaluation a démontré des coûts moindres des services et des capacités fonctionnelles supérieures pour les participants au programme (Béland, 2012). Plusieurs autres modèles ont suivi en Europe, notamment en Italie et en Angleterre (Lafortune, Béland et Bergman, 2011) et au Canada. Pour ce faire, des organismes dispensateurs de services acceptent de se coordonner afin d'offrir des services intégrés à leur clientèle âgée.

Il est important de préciser ici qu'il existe trois niveaux d'intégration des services : la liaison qui consiste à établir des protocoles entre les organismes du système de santé (qui conservent leur autonomie de gestion) pour le transfert et la transition des patients d'un service à l'autre; la coordination qui représente la concertation des organismes autour d'un patient; et l'intégration complète des services qui est la prise en charge complète d'un patient par une équipe multidisciplinaire autour d'une structure comme un centre de jour ou des services de maintien à domicile. Le tableau 1 qui suit résume les différents niveaux d'intégration dont il vient d'être question.

**Tableau 1**  
**Niveaux d'intégration des services de santé**

Liaison	Coordination des services	Pleine intégration
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe d'organisations demeurant autonomes sur les plans opérationnel et de leur gouverne, desservant des clientèles communes et ayant un problème complexe particulier, comme la perte d'autonomie.</li> <li>• Il s'agit concrètement d'implanter des protocoles de transferts systématiques d'information (ex: les systèmes de requête automatisée), de distribuer efficacement les compétences entre les acteurs potentiels, et d'établir des protocoles prescriptifs de collaboration (ex: protocole inter-établissements ).</li> <li>• <b>Un agent de liaison</b>, présent dans chacune des parties prenantes, porte un mandat centré sur les besoins de coordination des organisations ayant signés le protocole de collaboration, et ne s'intéresse donc pas à l'ensemble des ressources mobilisables autour de l'utilisateur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation inter et intra organismes (gestion et interventions), sans nécessité de gouverne unique et sans modifier les organisations, sans fusion juridique des établissements, mais exigeant plutôt un travail commun de concertation, un engagement formel des parties prenantes à mutualiser leurs ressources, compétences, prérogatives et responsabilités respectives à l'égard de la population desservie.</li> <li>• Les partenaires s'entendent pour mettre en place des mécanismes formels pour solutionner les problèmes de rupture de continuité, et ce à l'intérieur même et entre les organisations d'un territoire donné.</li> <li>• <b>Le gestionnaire de cas</b> deviendra l'interlocuteur privilégié pour la personne âgée admise dans un réseau intégré de type coordination, agissant à l'intérieur d'un seul établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de la personne par une organisation dont la responsabilité relève d'une gouverne unique qui a le mandat populationnel de fournir aux usagers d'un territoire donné l'ensemble du continuum de services requis à leur situation clinique.</li> <li>• Au besoin, l'organisation pourra faire des ententes avec d'autres organisations, pour répondre aux besoins qui ne sont pas couverts par sa propre offre.</li> <li>• <b>Le gestionnaire de cas</b> sera l'incarnation professionnelle de l'organisation responsable de donner les services. Il aura pour mission de faire exécuter les ententes contractualisées, au nom et au bénéfice de l'utilisateur. Il devra avoir une connaissance profonde du territoire, des ressources qui s'y trouvent, et être des plus habiles à mobiliser les ressources autour de l'utilisateur.</li> </ul>

Tel que mentionné précédemment, selon la définition de pratiques exemplaires sur laquelle nous sommes appuyées ici, le modèle d'intégration des services de santé destinés aux aînés nous semble le seul en mesure de correspondre à cette définition qui implique un consensus clinique et scientifique de son efficacité. Nous présenterons donc dans les pages qui suivent quelques-uns de ces modèles d'intégration et de coordination adaptés à l'offre de services de santé dans le contexte canadien.

Afin de faciliter la compréhension et la comparaison de ces différents modèles d'offre de services, ils sont tous présentés de la même façon : contexte de la mise sur pied du modèle, caractéristiques du modèle, méthodologie et résultats de l'étude<sup>4</sup>.

## 2.1 Services intégrés pour personnes âgées (SIPA) (Québec)

- **Contexte de la mise sur pied d'un modèle de réseau intégré**

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux promeut depuis 2001 l'implantation de réseaux intégrés dans l'offre de services de santé aux aînés (MSSS, 2001). Un projet visant à instaurer un modèle de services intégrés pour personnes âgées fragiles qui tient compte du régime d'assurance maladie public et universel canadien a vu le jour au Québec dans le contexte où :

les services sociaux et de santé offerts aux personnes âgées fragiles sont fragmentés, les incitations financières et organisationnelles ne favorisent pas l'utilisation des moyens les plus adaptés, et souvent les moins coûteux, tandis que le recours aux services institutionnels est encore trop fréquent (Béland *et al.*, 2004 : i).

Ainsi, SIPA (services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) est une initiative du Groupe de recherche Solidage rattaché à l'Université de Montréal et à l'Université McGill en collaboration avec des gestionnaires, des praticiens et des universitaires au Québec. Ce projet vise l'intégration des services. SIPA est une adaptation québécoise de *PACE* aux États-Unis, abordé plus haut.

- **Caractéristiques du modèle SIPA**

Le projet SIPA s'adresse aux aînés de plus de 65 ans en perte d'autonomie et réunit les 8 caractéristiques suivantes :

- système fondé sur les services de proximité de première ligne (services sociaux et de santé aigus et de longue durée, de proximité et institutionnels);

---

<sup>4</sup>L'annexe 1 présente un résumé de ces différents modèles.

- organisation locale pour une population âgée fragilisée;
- intégration des services (gestion de cas, équipe multidisciplinaire, application de protocoles de soins et de services fondés sur des connaissances de pointe et adaptés aux populations locales);
- organisation qui mobilise des ressources flexibles et rapides selon les besoins (disponibilité des services de proximité intensifs, interventions dans le champ médical, social et de réadaptation);
- système d'appréciation continue de la qualité (des services et de leur gestion);
- services adaptés par une communication et une réponse rapide, des services de garde, des liens et coordination entre les prestataires de services;
- financement des budgets SIPA locaux par capitation et l'exercice de la responsabilité financière conséquente;
- compatibilité au système universel et public d'assurance-maladie du Canada (Béland *et al.*, 2006).

Le projet SIPA reconnaît ainsi le rôle pivot des services de première ligne, l'intégration des différents services de santé et la responsabilité des établissements à l'égard de la santé de la population sur son territoire ainsi qu'envers la prestation des services (Béland *et al.*, 2006). Concrètement, SIPA, par le biais d'un gestionnaire de cas provenant d'une équipe multidisciplinaire, est responsable des services de santé aux aînés, et ce, peu importe où ils se trouvent : à domicile, dans une résidence protégée, à l'hôpital ou au centre d'hébergement, en centre de jour ou en hôpital de jour (Béland *et al.*, 2004).

- **Méthodologie et résultats de l'étude**

Ce projet fut l'objet de la première évaluation expérimentale avec attribution au hasard d'un système intégré de services de santé pour personnes âgées fragiles en Amérique du Nord.

L'évaluation, effectuée auprès d'un échantillon de 1230 personnes âgées de plus de 65 ans sur une période de 22 mois, visait à examiner les différences dans l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé entre les participants au projet SIPA et les utilisateurs des services réguliers du système de santé au Québec (groupe témoin). L'hypothèse de cette étude était que l'implantation de SIPA, avec l'augmentation et la disponibilité des services infirmiers, d'auxiliaires familiales, de réadaptation et de travail social contribueraient à diminuer l'utilisation et les coûts des services institutionnels (hospitalisation de courte durée, services d'urgences hospitaliers, attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée et les hébergements). SIPA a été implanté en région métropolitaine, dans deux sites de Centre local de services communautaires (CLSC) différents au Québec (Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville) lesquels conservaient cependant une autonomie dans la gestion clinique et budgétaire du projet (Béland *et al.*, 2006).

L'évaluation de ce modèle démontre que les services de santé intégrés diminuent l'accès, la fréquentation, l'utilisation et les coûts des services institutionnels, particulièrement pour les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques et diverses incapacités et même que pour celles vivant seules (Béland *et al.*, 2006) et ce, « sans augmentation des coûts globaux des services de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans alourdissement du fardeau des personnes âgées et de leurs proches » (Béland *et al.*, 2004 : i).

## **2.2 Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs (Mauricie, Québec)**

- **Contexte de la mise sur pied du modèle RSI**

Le RSI est le premier réseau de services intégrés à avoir été expérimenté puis évalué au Québec (Demers et Tourigny, 2009). Il s'agit d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables en milieu semi-urbain dans la région des Bois-Francs peuplée d'un peu plus de 90 000 habitants située à 150 kilomètres à l'est de Montréal dans la province de Québec (Tourigny *et al.*, 2004). Malgré son nom, qui suggère une intégration des services, ce projet servira de base au modèle de coordination des services PRISMA, lequel sera présenté plus loin.

- **Caractéristiques du modèle RSI**

Ce modèle de services intégrés comprend principalement 6 composantes :

- 1) la coordination interétablissements
- 2) une porte d'entrée unique (guichet d'accès unique)
- 3) un système de gestion par cas
- 4) un outil unique d'évaluation et un système de classification des besoins
- 5) l'élaboration de plans de services individualisés
- 6) un système d'information continue (Demers et Tourigny, 2009 : 240)

Au moment de l'expérimentation du modèle de services intégrés des Bois-Francis, les gestionnaires de cas étaient exclusivement d'origine disciplinaire appartenant au travail social; il n'y avait pas de personnel infirmier dans les équipes (Tourigny *et al.*, 2004). Ceci peut s'expliquer du fait que les travailleurs sociaux ont une formation qui les prépare à animer des réseaux, à analyser les systèmes, à penser l'intervention de manière éclatée (individuelle et collective, par exemple). Ils n'ont pas moins la légitimité de coordonner l'ensemble des services dont la personne a besoin, incluant les liens avec les médecins, les infirmières, les professionnels de la réadaptation, les organismes communautaires, etc.<sup>5</sup>

- **Méthodologie et résultats de l'étude**

Une étude quasi expérimentale avec mesures avant et après a été effectuée entre 2000 et 2003 auprès de 482 personnes âgées dont 272 appartenaient au groupe expérimental et 210 au groupe témoin. L'étude visait à déterminer l'impact du réseau de services intégrés sur les personnes âgées fragiles et leurs familles et sur l'utilisation des services sociaux et de santé (Tourigny *et al.*, 2004).

---

<sup>5</sup> Cette attribution « spontanée » du rôle de gestionnaire de cas aux travailleurs sociaux perdure dans le temps bien que d'autres professionnels occupent aujourd'hui ces fonctions.

Plusieurs impacts positifs ont été relevés dans cette étude. Effectivement, elle a permis de faire ressortir que l'état de santé des participants au groupe recevant des services intégrés s'est moins détérioré, ils désiraient moins être hébergés et un plus petit nombre d'entre eux l'ont effectivement été par rapport au groupe témoin. Le fardeau des aidants a aussi été moindre (Tourigny *et al.*, 2004). Il est apparu essentiel que soit développé et déployé un système d'informations favorisant la communication entre les professionnels des différents établissements constituant ce réseau intégré de services. Dans ce contexte, le SIGG (système d'information géronto-gériatrique) a permis aux professionnels d'avoir accès en temps réel aux informations concernant l'utilisateur, y compris aux interventions des autres professionnels; il s'agissait d'une forme de dossier clinique informatisé inter-établissements<sup>6</sup> (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004).

### 2.3 Prisma (Québec)

- **Contexte de la mise sur pied du modèle PRISMA**

PRISMA, qui signifie *programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie*, vise à mettre en place les dispositifs de l'intégration des services en vue de répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle. Il réunit deux équipes de recherche provenant des Universités Sherbrooke et de l'Université Laval depuis 1999. Il s'agit d'un partenariat de chercheurs, décideurs, gestionnaires et cliniciens (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004). C'est le projet PRISMA, dont « les travaux [sont] reconnus comme faisant partie des plus prometteurs en Amérique du Nord » (Kodner, 2008), qui a servi d'inspiration à l'importante réforme de l'organisation des services de santé et sociaux au Québec en 2004 (MSSS, 2004; Couturier, Belzile et Gagnon, 2011a).

Le modèle PRISMA va plus loin que l'intégration des services, puisqu'il vise la coordination entre les établissements prestataires de services. L'originalité de ce modèle provient du fait qu'il engage toutes les organisations publiques, privées et communautaires impliquées dans l'offre de services aux aînés.

---

<sup>6</sup> Rappelons qu'à ce moment, les fusions organisationnelles qu'a connues le Québec n'avaient pas encore eu lieu.

Le projet RSI des Bois-Francis (Mauricie) présenté plus haut fait partie du programme de recherche de PRISMA à titre de première expérience pilote, laquelle sera suivie par une seconde expérience dans trois sous-régions de l'Estrie (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004).

- **Caractéristiques du modèle PRISMA**

Le modèle PRISMA comprend les 6 composantes déjà nommées pour le modèle RSI des Bois-Francis. Rappelons qu'il s'agit d'une coordination interétablissements; une porte d'entrée unique (guichet d'accès unique); un système de gestion de cas; l'élaboration de plan de services individualisés; un outil unique d'évaluation couplé d'un système de classification des besoins et un système d'information continue (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004).

- **Méthodologie et résultats de l'étude**

Cette étude expérimentale a impliqué au total 920 aînés (n=501 groupe expérimental et n=419 groupe témoin) de plus de 75 ans à risques de perte d'autonomie. Les aînés ont été recrutés dans 6 différentes régions du Québec. Les trois zones expérimentales étaient Sherbrooke, Granit et Coaticook. Les zones témoins ont été choisies dans la région de Québec, soit Lévis, Montmagny et L'Islet et sont similaires en termes d'indicateurs sociodémographiques aux sites de la région expérimentale. Les sujets recrutés dans l'étude ont été suivis pendant 2 ans. Une première évaluation à domicile a servi de mesure pré-implantation du réseau intégré (T0), puis les sujets ont été ré-évalués après un an (T1) puis après deux années (T2) (Hébert *et al.*, 2008).

Les résultats de l'étude du modèle PRISMA démontrent clairement le bénéfice d'un réseau de services intégrés. Le désir d'hébergement des aînés participants est considérablement diminué aux mesures de 12 mois et de 24 mois après l'implantation du projet. De même, le fardeau des aidants est significativement plus faible au sein du groupe expérimental aux mêmes temps de mesure. Le risque de retour aux urgences après une première visite ou encore après la sortie d'un hôpital de soins spécialisés est significativement plus élevé pour les aînés du groupe contrôle, de même que leur risque de demeurer hospitalisé (Hébert *et al.*, 2003).



PRISMA a démontré que ce modèle d'intégration de type coordination a permis de maintenir l'autonomie des personnes âgées sans augmenter les coûts du système de santé et de services sociaux. Les mécanismes, soit la concertation inter-établissements, la gestion de cas, le guichet unique et les outils, soit l'outil unique d'évaluation multiclientèle (OÉMC), le système d'information géronto-gériatrique (SIGG) et le plan de services individualisés, (PSI) développés par PRISMA soutiennent efficacement l'intégration et la continuité des services, permettant ainsi d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des services reçus par les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces 6 composantes doivent être considérées comme agissant en synergie et non indépendamment les unes des autres. Par ailleurs, comme le mentionne le rapport PRISMA, les conditions de réussite de l'implantation d'un tel projet dépendent « non seulement de la volonté des acteurs locaux de collaborer mais aussi de décisions prises aux paliers régional et central. » (Hébert, et al., 2007, p.1).

## **2.4 CHOICE (Alberta)**

- **Contexte de la mise sur pied du programme CHOICE**

Le programme de coordination des services CHOICE qui signifie *Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly* implanté en Alberta est aussi une adaptation canadienne de PACE aux États-Unis<sup>7</sup>.

- **Caractéristiques du programme CHOICE**

Certains critères d'admissibilité au programme sont exigés, par exemple, avoir 60 ans, utiliser les services de santé pour leur état de santé chronique ou complexe, être fragile au plan fonctionnel, avoir des pertes d'autonomie physiques ou cognitives, pouvoir demeurer de manière sécuritaire à domicile avec des services de santé, etc.

---

<sup>7</sup>Des détails sur le programme CHOICE sont disponibles auprès du gouvernement de l'Alberta sur les sites suivants : <http://www.gss.org/find-housing-support-services/community-care/choice/> et <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001469>

Les aînés voulant utiliser ce programme doivent être recommandés par les professionnels de réseau de la santé de l'Alberta. Des frais sont exigés pour obtenir les services complémentaires non médicaux et non dispensés par le programme(Alberta Health Service, 2012).

Le but de ce programme est de maintenir les aînés fragiles dans la communauté le plus longtemps possible par une offre de services intégrés. Les services y sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine (McAdam, 2000).

- **Méthodologie et résultats de l'étude**

Le programme CHOICE n'a pas fait l'objet d'une évaluation systématique avec devis expérimental, mais a toutefois été évalué par une firme de consultants (Béland, 2012). Par conséquent, les résultats doivent être considérés avec une certaine réserve. Néanmoins, il semble que le programme CHOICE démontre que les clients et les familles sont satisfaits du programme, que ce dernier améliore la qualité de vie, qu'il diminue l'utilisation de services de soins ambulatoires, le recours au transport paramulance et l'usage de médication. Globalement, cette étude démontre que les participants au programme sont maintenus dans la communauté à des coûts moindres que ceux ne faisant pas partie du programme(McAdam, 2000).

En somme, d'autres modèles d'intégration ou de coordination des services existent au Canada et ailleurs. Nous avons exposé les grandes lignes de certains d'entre eux qui nous semblent plus applicables au Manitoba puisqu'ils ont tous été totalement ou en partie implantés au Canada. Toutefois, aucun ne s'adresse spécifiquement à une clientèle francophone en contexte linguistique minoritaire. Certains de ces modèles visent seulement la liaison, soit l'établissement de protocoles entre les organismes du système de santé pour le transfert et la transition des aînés d'un service à l'autre, d'autres ciblent davantage l'intégration complète des services par la prise en charge d'un aîné par une équipe multidisciplinaire autour d'une structure comme un centre de jour ou des services de maintien à domicile.

Enfin, certains modèles proposent plutôt la coordination qui représente la concertation de l'intervention et de la gestion des organismes autour d'un aîné par le biais de différentes composantes dont un guichet unique d'accès aux services, un gestionnaire de cas et un plan de service individualisé, multidisciplinaire et inter établissement.

## **2.5 Conditions essentielles au fonctionnement d'un réseau intégré de services de santé**

Plusieurs travaux de recherches ont ainsi démontré l'efficacité des réseaux intégrés de services de santé pour les aînés. Il est possible d'améliorer l'offre de services sans en augmenter les coûts par une meilleure organisation, une coordination et une intégration des services offerts aux aînés (Lafortune, Béland et Bergman, 2011). Principalement, ces réseaux permettent de retarder le déclin fonctionnel des aînés, leur offrent une meilleure satisfaction, un sentiment d'empowerment et les rendent moins susceptibles de recourir à l'hébergement (Bernabei et al., 1998; Jorhi et al., 2003; Kodner, 2006; Béland et al., 2006; Hébert et al., 2007 cités par Demers et Tourigny, 2009). Les effets les plus significatifs de l'intégration des services se font sentir chez la clientèle fragile, ayant de grandes incapacités fonctionnelles et étant le plus à risque de recourir aux services coûteux et souvent délétères que sont l'hébergement et l'hospitalisation (Lafortune, Béland et Bergman, 2011).

À partir des projets qui ont été analysés, nous pouvons dire que l'intégration des services permet d'améliorer à la fois la qualité des soins, la performance du système en termes d'efficacité et d'efficience et la qualité de vie des usagers et de leurs proches (Kodner, 2009; Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Le tableau 2 suivant résume les avantages d'une offre intégrée de services.

**Tableau 2**  
**Avantages de l'offre intégrée de services de santé**

Avantages de l'offre intégrée de services de santé	
<input type="checkbox"/>	ralentissement du déclin fonctionnel des aînés
<input type="checkbox"/>	accroissement de la satisfaction de l'utilisateur face aux services
<input type="checkbox"/>	sentiment d' <i>empowerment</i> (autonomisation)
<input type="checkbox"/>	diminution du recours à l'hébergement, de l'utilisation des lits hospitaliers de soins de courte durée et de consultations aux urgences (effets plus significatifs pour la clientèle fragile, ayant de grandes incapacités fonctionnelles et étant le plus à risque de recourir à l'hébergement ou l'hospitalisation)
<input type="checkbox"/>	prise en compte des besoins et de l'apport des aidants familiaux.

Références : adapté de Beaulieu, Grenier et Lemieux, 2004; de Bernabei et al., 1998; Jorhi et al., 2003; Kodner, 2006; Béland et al., 2006; Hébert et al., 2007 cités par Demers et Tourigny, 2009; et de Lafortune, Béland et Bergman, 2011).

Comme l'a démontré Leutz, il semble qu'il n'y a pas qu'un modèle d'intégration des services qui fonctionne pour tout le monde, en toutes circonstances. Il faut donc tenir compte des besoins de la population ciblée pour choisir l'intensité et des dispositifs d'intégration des services qui permettront de rencontrer des objectifs d'amélioration de la qualité des services. Le tableau suivant démontre que le niveau d'intégration varie en fonction des besoins de la clientèle.

**Tableau 3**  
**Typologie de l'intégration selon Leutz (1999)**

Besoins de l'utilisateur	Liaison	Coordination	Pleine integration
Severité	Léger à modéré	Moderé à sévère	Moderé à sévère
Stabilité	Stable	Modérément stable	Instable
Durée	Court à long terme	Court à long terme	Long terme à terminal
Urgence	Faible	Faible	Fréquent, urgent
Étendue des services	Limités à modérés	Modérés à vastes	Vastes- complexes
Autonomie	Partiellement restreinte	Varie selon les domaines	Fragile

(Traduction libre)

Bien qu'il ne soit pas possible d'être contre les objectifs et des résultats forts louables des réseaux intégrés de services, il n'en demeure pas moins que certaines conditions de base doivent être remplies afin qu'ils puissent être viables et pérennes dans un milieu particulier. Effectivement, ce mode de prestation de services exige souvent un changement de paradigme et une modification profonde des manières de faire les choses. Il est nécessaire que des personnes compétentes, crédibles et dédiées puissent s'impliquer afin de « montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services » (Demers et Tourigny, 2009 :240). Les dirigeants des organismes prestataires des services visés doivent aussi démontrer leur adhésion au projet et ce dernier doit représenter une solution à leur problème d'organisation des services jugé prioritaire. En outre, un projet d'intégration des services exige du temps afin que tous les acteurs concernés comprennent et s'approprient le projet. Il s'agit d'un mode de prestation des services qui demande également une coordination, laquelle doit impérativement reposer sur la confiance, le respect mutuel et « un système d'informations cliniques partageables interdisciplinaire et interservices » (Demers et Tourigny, 2009 :240). Enfin, et cet aspect est non le moindre, les ministères doivent renforcer un tel réseau par des orientations et des politiques claires dans ce domaine (Demers et Tourigny, 2009).

Le tableau 4 qui suit synthétise les conditions à remplir pour assurer la viabilité d'une offre intégrée de services de santé pour la clientèle âgée.

**Tableau 4**  
**Conditions à remplir pour assurer la viabilité d'une offre intégrée de services de santé**

**Conditions à remplir pour assurer la viabilité d'une offre intégrée de services de santé**

**Au niveau local (là où se réalise l'intégration) :**

- impliquer dans le projet des personnes compétentes, crédibles et dédiées pour diffuser le réalisme et la pertinence du projet
- favoriser l'adhésion au projet des dirigeants des organismes impliqués
- s'assurer que le projet représente une solution au problème d'organisation des services jugé prioritaire par les dirigeants
- y consacrer du temps pour que les acteurs comprennent et s'approprient le projet, et qu'ils créent des liens entre partenaires

**Au niveau organisationnel (local et régional):**

- mettre en place des modes de gouverne et de coordination qui reposent sur la confiance et le respect mutuel.
- prendre des décisions structurantes
- Énoncer leurs propres orientations
- Soutenir les changements plutôt que de les imposer unilatéralement.

**Au niveau systémique (ex : les acteurs ministériels)**

- Adopter des orientations claires et flexibles, pour laisser aux acteurs locaux le choix des modalités concrètes de réalisation du modèle)
- Proposer des mesures conformes à ces orientations (ex. mettre en place un système d'information partageable)
- Renforcer les mécanismes internes de coordination du Ministère en vue d'accroître la cohérence et la synchronisation des interventions.
- les ministères doivent renforcer un tel réseau par des orientations et des politiques claires dans ce domaine

Références : adapté de Demers et Tourigny, (2009).

Les expériences ont aussi permis de mettre en lumière la nécessité de développer des mécanismes et des outils de travail communs.

Avec la gestion de cas, le guichet d'accès unique et la coordination inter-établissement, l'expérience des Bois-Francis proposait de développer un système d'information partageable, dont un dossier clinique informatisé, accessible aux intervenants des organismes impliqués pour faciliter la continuité informationnelle (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004). L'outil d'évaluation multidimensionnel et unique allie des données standardisées (le SMAF) et d'autres données que l'on pourrait qualifier de complètes (Couturier, Gagnon, Salles, & Belzile, (2011b). De l'identification des besoins de la personne découle le dernier outil, un plan de services qui convoque l'ensemble des partenaires pour préciser les orientations des actions et les services à mettre en place.

Reprenons ici chacune des constituantes<sup>8</sup> qui doivent être considérées comme un tout et non une offre fractionnable. La cohérence et l'efficacité du modèle tiennent à la mise en synergie des six composantes.

La **concertation** des acteurs stratégiques (les décideurs), tactiques (les gestionnaires) et opérationnels (les professionnels) fait partie des conditions incontournables de l'intégration des services. Tous les acteurs, peu importe le niveau organisationnel dans lequel ils évoluent, sont ici mandatés collectivement afin de créer les conditions de la mise en oeuvre et de l'adaptation locale du modèle (avec ses diverses composantes) de réseau de services intégré lors de la phase d'implantation, mais aussi tout au long de sa pérennisation.

La **gestion de cas**, en tant que dispositif humain de coordination des services, dont la mission première est d'évaluer les besoins d'utilisateurs présentant des problèmes complexes, puis de planifier et de coordonner les services qui en découlent (Mullahy, 1995).

---

<sup>8</sup> Couturier, Y., Gagnon, D., **Belzile, L.**, & Salles, M. (Accepté-parution 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gérontologique*. Presse de l'Université de Montréal.

Les personnes âgées font partie de ces clientèles dont la situation et les besoins peuvent être considérés comme complexes, ce qui exige une réponse sociale forcément multiple, et conséquemment complexe elle aussi. Plusieurs types de ressources (publiques, familiales, associatives ou privées) qui ont chacune leurs règles de fonctionnement, de financement, d'admissibilité, etc. peuvent et doivent être convoquées pour articuler cette réponse. De plus, cette multiplicité et cette complexité de l'offre a pour effet de rendre le travail de chacun des professionnels concernés interdépendant de celui des autres. La gestion de cas, centrée sur les besoins et non sur les services, permet de dédier un professionnel pour porter le point de vue de l'utilisateur dans les systèmes d'intervention. La gestion de cas est tout à la fois définie comme un processus, une technique et un dispositif humain de coordination des services (Bower, 1992).

Le **guichet centralisé** (ou unique) permet que toute demande de services soit reçue et examinée de manière uniforme sur un territoire donné. Un tel guichet doit être reconnu par l'ensemble des partenaires du territoire, ou seulement en termes symboliques, mais aussi et surtout dans son mode opératoire. Ainsi, la décision d'orientation dans le système doit être exécutoire. Un tel mécanisme prétend aussi simplifier la vie des usagers ou de leurs proches en leur offrant une porte d'entrée bien identifiée pour accéder à l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux.

L'**outil d'évaluation multidimensionnel** (biopsychosocial et environnemental) présente des qualités cliniques et scientifiques. Il est reconnu comme crédible cliniquement et métriquement, et partageable tant sur les plans interprofessionnel qu'inter-organisationnel, ce qui permet de fonder l'organisation des services requis pour un usager sur une lecture à la fois rigoureuse et compréhensive des besoins de la personne. Chaque fois que la situation de l'utilisateur le requerra ou à de manière périodique, l'évaluation sera l'objet de mises à jour régulières



Le groupe PRISMA propose une démarche SMAF composée de plusieurs outils dont l'Iso-SMAF<sup>9</sup> (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) lequel permet à la fois d'intégrer l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de l'aîné et l'information concernant la gestion des services et ressources nécessaires (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004). Les 14 profils Iso-SMAF regroupent des personnes présentant des caractéristiques similaires et ayant besoin de services semblables. Ces profils sont utiles au plan clinique afin d'offrir une intervention adéquate aux aînés, mais aussi au plan de la gestion « puisque les coûts associés aux services à dispenser à chaque personne peuvent être identifiés et contextualisés »<sup>10</sup>. Ces profils sont regroupés en 4 catégories : Catégorie 1 (Profils Iso-SMAF 1, 2 et 3): atteintes limitées surtout relatives aux tâches domestiques; Catégorie 2 (Profils Iso-SMAF 4, 6 et 9) : atteintes motrices prédominantes; Catégorie 3 (Profils Iso-SMAF 5, 7, 8 et 10) : atteintes mentales prédominantes; Catégorie 4 (Profils Iso-SMAF 11, 12, 13 et 14) : atteintes mixtes et graves.

L'**outil commun de planification individualisée** des interventions, soit le plan de services individualisé (PSI) permet d'établir un plan d'intervention avec les intervenants qui gravitent autour de la personne. Il inclut les objectifs poursuivis, les moyens prévus, les délais de révision et le degré d'atteinte des objectifs qui ont été définis à partir de la lecture des besoins identifiés (Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004).

le PSI est un outil clinique qui vise à se donner une lecture commune de la situation d'un usager et qui permet de planifier et de coordonner les interventions qui seront réalisées pour le soutenir dans le rétablissement de son équilibre. C'est un moyen d'organiser les services qui s'élabore et se planifie en équipe, si possible en présence de l'usager qui exprime lui-même ses besoins, ses attentes et qui détermine son projet de vie. C'est une entente écrite qui constitue un engagement pour la personne et pour les intervenants qui y sont associés. (ASSSCA, 2006 : 4)

---

<sup>9</sup> Les outils créés par le groupe PRISMA dont le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) sont présentés sur le site : <http://www.demarchesmaf.com/>

<sup>10</sup> Sources : <http://www.demarchesmaf.com/les-outils/profils-iso-smaf/>

Cette planification sera elle aussi reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et engagera chacun des partenaires identifiés dans la réalisation des objectifs cliniques alors établis. Dès lors, plusieurs valeurs sous-tendent ce plan de service individualisé : l'importance de la participation et l'intégration sociale du patient, la nécessité d'une évaluation globale qui tienne compte de ses ressources, mais aussi celles de sa famille, de son milieu et de sa communauté, la volonté que le service offert soit le moins complexe possible tout en répondant réellement à ses besoins, la conviction que la complémentarité et la continuité sont essentielles à une intervention de qualité (ASSSCA, 2006).

Et le **système d'information** (dont des composantes du dossier clinique) partageable et inter-établissements, auquel sont liées diverses fonctions relatives à l'évaluation, la planification, au contrôle de la qualité, etc.

Kodner (2011) a beaucoup travaillé le concept de l'intégration des services. Il a identifié certains ennemis qui guettent ce changement organisationnel d'importance: l'inertie; une centration sur les services ou sur l'organisation (plutôt que sur la personne); des ressources (financières, humaines, matérielles, etc.) insuffisantes ou inadéquates; une propension ou une culture protectionniste de la structure (*Feed the monkey*); une orientation médicalisée ou médicalisante centrée sur les soins aigus; la primauté de l'autonomie des partenaires sur la collaboration, la négociation et les compromis acceptables; un maillage pauvre entre les cultures organisationnelles et professionnelles; des motivations douteuses; des solutions imposées (Top-down); un manque de confiance entre les acteurs; un engagement fragile; des difficultés à apprendre des expériences; une communication pauvre, un déséquilibre des pouvoirs; des frictions inter et intra-organisationnelles. Ces ennemis qui guettent tout changement exigent que celui-ci soit accompagné dans son déploiement.

En résumé, nous venons de faire ressortir les avantages de tels réseaux de services intégrés, mais surtout, nous avons ici mis l'accent sur les conditions essentielles à la survie et aux menaces d'un tel système d'organisation des soins de santé, un système non statique, toujours en mouvement, en changement, en raison des nécessaires adaptations qui conditionnent sa pérennité.

Il s'agit, certes, de conditions relatives aux personnes impliquées, autant des intervenants que des gestionnaires (en termes de compétences, de croyances et d'adhésion au projet), mais aussi relatives à l'instrumentation nécessaire à une organisation de services coordonnés autour de la personne.

### **3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Nous avons comme objectif dans ce rapport de faire un inventaire des pratiques exemplaires en termes d'offre de services aux aînés. Or, des obstacles ont empêché d'atteindre totalement cet objectif. Une première difficulté provient du fait que, d'une part, l'offre de services de santé dans son ensemble, qui comprend bien plus que les soins médicaux et hospitaliers inclus dans la Loi, est différente d'une province et d'un territoire à l'autre au Canada de sorte qu'il y a une multitude d'offres de services. Effectivement, la Loi canadienne sur la santé (1985) est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé, et conséquemment, l'offre de service de santé aux aînés. La Loi vise :

à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent » (Santé Canada, 2010).

La loi prévoit en outre que les résidents canadiens admissibles puissent se prévaloir gratuitement des services assurés et considérés comme « médicalement nécessaires » (Santé Canada, 2010). En conséquence, les provinces et les territoires doivent se conformer à la Loi si elles veulent bénéficier des fonds du transfert canadien en matière de santé leur permettant la prestation et le financement de leurs propres services médicaux et hospitaliers. Chaque province dispose ainsi d'une latitude quant à l'organisation de la prestation des services de santé, toujours dans le respect de la Loi, de sorte que le système de santé canadien est, de fait, composé de dix systèmes provinciaux, trois territoriaux et un fédéral différents (FCRSS, 2011a).

D'autre part, l'offre de services de santé n'est pas forcément établie en fonction de clientèles particulières donc il n'est pas toujours facile, voire possible, de distinguer l'offre de services spécifiques aux personnes âgées, ce qui constitue notre seconde difficulté. D'ailleurs, afin de contourner ces problèmes, les recensions des pratiques exemplaires auprès des aînés semblent s'intéresser à des programmes spécifiques, tels que l'éducation par rapport au diabète, la prévention des chutes ou autres, ce qui ne correspond que partiellement au but de cette troisième partie de la recherche qui est de faire ressortir des pratiques exemplaires dans l'offre de services de manière plus globale. À l'opposé, des écrits rendent compte de l'offre et de l'organisation des services de santé aux aînés de manière générale, mais il ne s'agit pas nécessairement de pratiques exemplaires. On y décrit simplement l'organisation du système de santé ou encore on réalise une nomenclature des services offerts.

Toutefois, en dépit de ces difficultés, nous avons tout de même réussi à proposer une recension qui présente des pratiques exemplaires dans l'offre de services en général par le biais de différents programmes de services intégrés. Il faut bien considérer ici que les services aux aînés s'inscrivent dans une organisation des services plus large dont il faut indéniablement tenir compte. Plus particulièrement, nous avons fait ressortir le fait que pratiquement aucune étude ne s'intéresse à l'offre de services de santé en français pour une population d'aînés en situation minoritaire dans le but d'établir des pratiques exemplaires dans ce contexte. Néanmoins, nous avons présenté différents modèles intégrés de services de santé, lesquels sont reconnus comme étant des pratiques exemplaires en matière d'organisation des services (qu'il faut distinguer des pratiques exemplaires qui s'intéressent à des problèmes de santé particuliers), notamment pour une clientèle d'aînés en perte d'autonomie. Ces modèles visent soit la simple liaison de l'aîné d'un organisme à l'autre, la coordination des services de santé, ou encore l'intégration complète des services dont il a besoin.

La littérature scientifique présente les cibles et les modalités d'opérationnalisation des modèles d'intégration des services qui ont fait l'objet d'expérimentations dans des milieux de pratiques et qui ont aussi été accompagnées par des équipes de recherche.

Il faut tenir compte dans l'intérêt porté à ces initiatives et dans les perspectives envisagées de plusieurs paramètres dont les populations-cibles (population générale ou spécifique comme les personnes âgées, sous-groupes de population en fonction de leur statut ou de leur condition de santé ou des niveaux de soins), des modes et des lieux de pratique et des catégories de professionnels visés.

Les modalités d'opérationnalisation de ces pratiques de soins de santé s'aligneront sur les cibles et suggéreront des outils et des stratégies différents : « *benchmarking* », prise en charge des cas ou hiérarchisation des services/programmes, amélioration continue de la qualité, ou gestion de la maladie « *disease management* ». Il faudra aussi se rappeler que l'implantation de tous ces modèles a nécessité (et nécessitera encore dans une perspective d'adoption par un autre milieu) des dispositifs d'accompagnement du changement organisationnel qu'ils requièrent. Ainsi, il ne faut pas perdre de vue que les conditions d'implantation et de réussite de ces modèles leur sont spécifiques.

Il faut aussi distinguer les niveaux (local, organisationnel ou systémique) sur lesquels il apparaît nécessaire d'intervenir. Différentes approches de gestion mobilisent l'intérêt des gestionnaires de systèmes de santé et sociaux actuellement<sup>11</sup>. Pensons à la méthode Toyota, au Lean management, à la réingénierie des processus ou aux différents modèles qualité totale qui sont toutes des approches qui visent l'amélioration continue des processus et des résultats que mettent en place les organisations pour faire face aux changements incessants qui les assaillent de toutes parts. Bien que se différenciant sur les moyens spécifiques d'intervenir, ces approches visent toutes à relever le défi de la flexibilité nécessaire à une production et une offre de services adaptée à la clientèle ou au marché, dans un cadre financier et temporel permettant une marge de manœuvre limitée. On parle alors du caractère innovant et créatif de ces propositions aux visées d'élimination du gaspillage et d'optimisation des ressources.

---

<sup>11</sup> Voir à ce sujet le dossier préparé par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) : [http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode\\_Lean\\_\(Approche\\_Toyota\).aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode_Lean_(Approche_Toyota).aqesss)

Il ne faut tout de même pas négliger le fait qu'en raison de la nature même du bien que sont les services de santé et sociaux, ne permet pas d'importer les méthodes de du monde de l'industrie « Dans le système de santé, les consommateurs ne recherchent pas les biens offerts en eux-mêmes, mais en fonction de l'impact bénéfique qu'ils auront sur leur état de santé » (Brunelle, 1993 :1).

À la lumière de ce qui a été présenté dans ce rapport, il serait dans un premier temps opportun de déterminer à quel(s) problème(s) le modèle choisi devrait répondre. Puis, il serait pertinent de scruter l'offre de services de santé en français actuellement en vigueur à Saint-Boniface et à Saint-Vital afin d'identifier les ressources qui sont mobilisables pour opérer le changement. Ainsi, le choix du modèle sera effectué en fonction des objectifs à atteindre en termes d'amélioration de l'offre de services de santé pour la population d'aînés francophones, qui se retrouvent en situation minoritaire et aussi, en tenant compte de ce que le modèle pose comme condition d'implantation et comme résultats probants. La connaissance approfondie de ces modèles et de leurs contextes d'expérimentation, le choix ou l'adoption de l'un d'eux, puis son adaptation à la réalité des sites franco-manitobains pourra s'appuyer sur des consensus cliniques et scientifiques dans ce domaine. Un réseau intégré de services (modèle de liaison, de coordination ou de pleine intégration) pour la clientèle d'aînés francophones s'avère indispensable considérant la nécessité de leur offrir des services de santé dans leur langue, comme l'ont démontré plusieurs études sur le sujet (Bowen, 2001; Lesage, Bouchard-Coulombe et Chavez, 2012). En outre, un tel réseau intégré de services bénéficierait à toute la population du Manitoba dans la mesure où le modèle pourrait s'appliquer partout ailleurs.

Dans un deuxième temps, comme il a été démontré dans ce rapport, les mécanismes et les outils de travail commun (plan de services ou d'intervention, formulaires d'évaluation des besoins, dossiers cliniques) sont essentiels à cette intégration des services. Il est donc nécessaire que les responsables des organismes concernés se concertent pour réfléchir aux moyens à déployer afin de coordonner leurs efforts pour offrir des services de santé de qualité aux aînés.

Il faudra tenir compte de la cohérence des modèles qui est souvent assurée par les composantes sociotechniques inter reliées qui peuvent difficilement être sectionnées sans y perdre de l'efficacité. Aussi, l'existant doit être considéré et examiné dans ce qu'il offre de possibilité d'intégrer de nouveaux dispositifs. Chaque organisme prestataire de services de santé possède de fait des outils, mais peu sont compatibles entre eux de sorte qu'il faut constamment refaire des plans d'intervention et des évaluations afin de répondre aux exigences de chacun d'eux. Dans le cas qui nous concerne ici, soit les aînés provenant de Saint-Boniface et Saint-Vital, il serait opportun que ces outils soient bilingues, à défaut d'être uniquement en langue française, et utilisés selon la langue de préférence de l'aîné afin de faciliter la consultation de son dossier le cas échéant.

En somme, compte tenu de ce qui précède, il apparaît envisageable de considérer d'implanter un modèle intégré de services de santé s'adressant aux aînés francophones des territoires de Saint-Boniface et Saint-Vital afin d'augmenter la qualité des services de santé offerts à cette clientèle. Un projet pilote, accompagné et évalué par la recherche serait une avenue judicieuse pour le Manitoba. Les expériences québécoises et canadiennes pourraient être mises à contribution pour appuyer la mise sur pied d'un tel projet sur une expertise avérée.

## RÉFÉRENCES

Alberta Health Service (2012) sur le site :

<http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001469>

Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches (ASSSCA) (2006). *Plan de service individualisé. Cadre de référence*. Gouvernement du Québec.

Association canadienne du diabète (2010). *Pratiques exemplaires et prometteuses en matière d'éducation sur le diabète*. Toronto, Ontario. Disponible sur le site de l'Association canadienne du diabète : <http://diabetes.ca/bestpractices/>

Beaulieu, É., Grenier, J. et Lemieux, M. (2004). Le projet SIPA : une alternative aux besoins des personnes-soutien. *Travail social canadien*, 6(1), 24-37.

Béland F. (2012). Intégration des services (gériatrie). Dans: J.H. Stone et M. Blouin, (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Disponible en ligne : <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/266/>

Béland, F., Bergman, H., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, Monette, J., Denis, J.-L., P., Contandriopoulos, A.-P., Cimon, A., Bureau, C., Bureau, L., Bouvier, L., Dubois, D. (2004). *Évaluation du système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Rapport de recherche. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P. et Tousignant, P. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada. *La Revue Canadienne du vieillissement*, 25(1), 5-24.

Bertshe, A. et C. Horejsi (1980). Coordination of client services, *Social Work*, 25, 94-98.

Bolen, C. (2001). Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités de partenariats pour le développement de la santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Disponible en ligne : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2000.9\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf)

Bower, K. (1992). *Case Management by Nurses*. Washington: American Nurse Association.



- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services: un cadre conceptuel*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N. & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., & Salles, M. (Accepté-parution 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gérontologique*. Presse de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Belzile, L. et Gagnon, D. (2011a). Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISM portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Management & Avenir*. 7(47), 133-146.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Salles, M., & Belzile, L. (2011b). Une nouvelle forme de catégorisation : l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des personnes âgées. In Jaeger, M. (Ed.). *Usager ou citoyen? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*. Dunod (collection Action sociale). Paris, France, 209-224.
- Couturier, Y., Somme, D., Carrier, S., Trouvé, H., & Gagnon, D. (2007). Le travail social et l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Analyse comparée de deux initiatives québécoise et française. *Intervention*, 127, 6-15.
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique, *Criminologie*, 42(1), 185-199.
- Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., et al. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Demers, L. et Tourigny, A. (2009). Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, 34(1), 239-244.

Desrosiers, P. et Ménard, J.-M. (n.d.). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance*. Guide pratique et offre de services ce base. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (2011a). *S'améliorer avec le temps : une conversation sur les services de santé avec les personnes âgées du Canada*. Compte rendu de la consultation publique, Vancouver (Colombie-Britannique) le 21 février 2011. Récupéré le 5 juin 2012 du site de l'organisme : <http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/article/11-07-21/b6129cda-19a6-4866-a832-6bcce928db3e.aspx>

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (2011b). *Leçons à tirer des stratégies sur les maladies pour la transformation des systèmes de santé : une analyse contextuelle. Les maladies chroniques : les nouvelles frontières de la santé*. Récupéré le 5 juin 2012 du site de l'organisme au : <http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/11-12-17/9946107e-f35f-44d8-9068-bc09aa8feae5.aspx>

Forgues, E., Bahi, B., Michaud, J. (2011). *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

Forgues, É., Guignarg Noël, J., Nkolo, C. et Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation. L'État de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML) et Consortium National de formation en santé (CNFS).

Hébert. R., Durand, P., Dubuc, N., et Tourigny, A. (2003). PRISMA : A New Model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3 (march 2003), 1-10.

Hébert. R., Tourigny, A. et Gagnon, M. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Montréal : Éditions EDISEM.

Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M. et Dubuc, N. (2008). The Effectiveness of the PRISMA Integrated Service Delivery Network: Preliminary Report on Methods and Baseline Data. *International Journal of Integrated Care*, 8 (February), 1-15.

- Imbody, B. et Vandsburger, E. (2011). Elder Abuse and Neglect: Assessment Tools, Interventions, and Recommendations for Effective Service Provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650.
- Kodner, D. (20 avril 2011). *All together now— taking a fresh look at integrating health and social care for the frail elderly*. Communication présentée dans le cadre des Séminaires de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie. Sherbrooke (Québec).
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13 (special issue).
- Kodner, D. (2008). *Managed care networks for the vulnerable elderly. North American Prototypes, Performance and Lessons. [Diapositives PowerPoint] Goteborg, INIC. [En ligne]*. Consulté le 12 novembre 2009.  
<http://www.Integratedcarenetwork.org/Sweden2008/slides/01-02-kodner.ppt>
- Kodner D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. [En ligne]. Consulté le 30 octobre 2010.  
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/URN:NBN:NL:UI:10-1-100309/133>
- Kodner D. (2001 Nov 30). Organizational and clinical models of care – the international experience: What is the evidence? In: McGill University-Université de Montréal Research Group on Integrated Services. Conference proceedings: older persons and health care: Who care? Research Group: Montreal; 2002.
- Kodner, D. et C. Kyriacou (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of Integrated Care*, 1:e08.[En ligne]. Consulté le 30 novembre 2009.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533997/>
- Kornblatt, S., Cheng, S. et Chan, S. (2002). Best Practice : The On Lok Model of Geriatric Interdisciplinary Team Care. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(1-2), 15-22
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., et al. (2007). Selecting process quality indicators for integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research*, 7, 195.

- Lafortune, L., Béland, F. et Bergman, H. (2011), Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Revue Vie économique*, 3(1), 1-13.
- Lepage, J., Bouchard-Coulombe, C., et Chavez, B. (2012). Portrait des minorités de langue officielle au Canada : Les francophones du Manitoba. Ottawa, Ontario : Statistique Canada.
- Leutz W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1):77–110.
- Magtymova, A. (2007). *Stratégies d'intégration des services de soins primaires sur le lieu de prestation dans les pays à faibles et moyens revenus*. Commentaires de la BSG. Bibliothèque de santé génésique de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé. [En ligne]. Consulté le 4 décembre 2008.  
[http://apps.who.int/rhl/effective\\_practice\\_and\\_organizing\\_care/amcom/fr/index.html](http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/amcom/fr/index.html)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.
- McAdam (2000). Home Care: It's Time for Canadian Model. *Healthcare Papers*, 1(4); 9-36
- Mui, A.C. (2000). The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Long-term Care Model in the United States. *Journal of Aging and Society Policy*, 3(2-3), 153-167.
- Mullahy, C. (1995). *The case manager's handbook*. Gaithersburg : Aspen Publications.
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada (2009). Normes de pratiques en gestion de cas au Canada. [En ligne]. Consulté le 4 novembre 2012.  
<http://www.ncmn.ca/resources/documents/french%20standards%20for%20web.pdf>
- Santé Canada (2010). Loi canadienne sur la santé. Récupéré du site de l'organisme le 14 mai 2012 : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>

- Schofield et Gauthier (2007). La Société Santé en français : in modèle canadien de partenariat qui a fait ses preuves. *Education for Health*, 20(2), 1-9.
- Scott, V.J., Dukeshire, S., Gallagher, E.M. et Scalan, A. (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*. Ottawa, Ontario : Comité fédéral/provincial/territorial des hauts fonctionnaires pour les ministres responsables des aînés.
- Scott, C. et Legendyk, L. 2012. *Contextes et modèles des soins de santé primaires et leurs effets sur les relations interprofessionnelles*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. (2004). Quasi-experimental Study of the Effectiveness on an Intergrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3), 229-244.
- Yordi, C.L. et Waldman, J. (1985). Consolidated Model of Long-Term Care: Service Utilisation and Cost Impacts. *The Gerontologist*, 25(4), 389-397.

**Annexe 1**  
**Caractéristiques, méthodologie et résultats de l'étude des différents modèles de services intégrés**

<b>Modèle</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Méthodologie et principaux résultats de l'étude</b>
<p>Services intégrés pour personnes âgées-SIPA (Québec)</p> <p>(Béland et al., 2004, 2006)</p>	<p>Services de proximité de première ligne et adaptés.</p> <p>Organisation locale pour une population âgée fragilisée.</p> <p>Mobilise des ressources flexibles et rapides selon les besoins.</p> <p>Système d'appréciation continue de la qualité.</p> <p>Financement par capitation et l'exercice de la responsabilité financière conséquent.</p> <p>Compatibilité au système universel et public d'assurance-maladie du Canada.</p> <p>Les gestionnaires de cas proviennent d'une équipe multidisciplinaire, sont responsables des services de santé aux aînés peu importe où ils se trouvent : à domicile, dans une résidence protégée, à l'hôpital ou au centre d'hébergement, en centre de jour ou en hôpital de jour.</p>	<p><u>Échantillon</u> : 1230 aînés, implanté en région métropolitaine, dans deux sites de Centre local de services communautaires (CLSC) différents au Québec (Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville) lesquels conservaient cependant une autonomie dans la gestion clinique et budgétaire du projet. Groupe témoin.</p> <p><u>Objectif</u> : examiner les différences dans l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé entre les participants au projet SIPA et les utilisateurs des services réguliers du système de santé au Québec.</p> <p><u>Résultats</u> : diminuent l'accès, la fréquentation, l'utilisation et les coûts des services institutionnels, particulièrement pour les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques et diverses incapacités et même que pour celles vivant sans augmentation des coûts globaux des services de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans alourdissement du fardeau des personnes âgées et de leurs proches</p>
<p>Réseau de services intégrés-RSI (Québec)</p> <p>(Demers et Tourigny, 2009; Tourigny et al., 2004)</p>	<p>Six composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-coordination interétablissements</li> <li>-porte d'entrée unique (guichet d'accès unique)</li> <li>-système de gestion par cas</li> <li>-outil unique d'évaluation et un système de classification des besoins</li> <li>-plans de services individualisés</li> <li>-système d'information continue</li> </ul>	<p>Étude quasi expérimentale avec mesures avant et après.</p> <p><u>Échantillon</u> : 482 aînés (groupe expérimental : n= 272 et groupe témoin : n=210). milieu semi-urbain, région des Bois-Francs située à 150 kilomètres à l'est de Montréal dans la province de Québec.</p> <p><u>Objectif</u> : déterminer l'impact du réseau de services intégrés sur les personnes âgées fragiles et leurs familles et sur l'utilisation des services sociaux et de santé</p>

		<p><u>Résultats</u> : L'état de santé des participants au groupe recevant des services intégrés s'est moins détérioré, ils désiraient moins être hébergés et un plus petit nombre d'entre eux l'ont effectivement été par rapport au groupe témoin.</p> <p>Le fardeau des aidants a aussi été moindre</p> <p>Il est apparu essentiel que soit développé et déployé un système d'informations favorisant la communication entre les professionnels des différents établissements constituant ce réseau intégré de services.</p>
<p>Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie- <b>PRISMA</b> (Québec)</p> <p>(Hébert et al., 2003, 2007, 2008)</p>	<p><u>Trois mécanismes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concertation inter-établissements</li> <li>- gestion de cas</li> <li>- guichet unique</li> </ul> <p><u>Trois outils</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluation multiclientèle (OÉMC),</li> <li>- système d'information géronto-gériatrique (SIGG)</li> <li>- plan de services individualisés, (PSI)</li> </ul> <p>Ces 6 composantes doivent être considérées comme agissant en synergie et non indépendamment les unes des autres.</p>	<p>Étude expérimentale.</p> <p><u>Échantillon</u> 920 aînés (groupe expérimental : n=501 et groupe témoin n=419) de plus de 75 ans à risques de perte d'autonomie. Six régions du Québec.</p> <p><u>Résultats</u> : Diminution du désir d'hébergement, diminution du fardeau des aidants, diminution du risque de retour aux urgences après une première visite ou encore après la sortie d'un hôpital de soins spécialisés de même que leur risque de demeurer hospitalisé. Peut maintenir l'autonomie des aînés sans augmenter les coûts du système de santé et de services sociaux.</p>
<p>Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly- <b>CHOICE</b> (Alberta)</p> <p>(McAdam, 2000)</p>	<p>Les aînés voulant utiliser ce programme doivent être recommandés par les professionnels de réseau de la santé de l'Alberta. Des frais sont exigés pour obtenir les services complémentaires non médicaux et non dispensés par le programme.</p> <p>Le but de ce programme est de maintenir les aînés fragiles dans la communauté le plus longtemps possible par une offre de services intégrés. Les services y sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine.</p>	<p>Le programme évalué par une firme de consultants.</p> <p><u>Résultats</u> : usagers satisfaits du programme, améliore la qualité de vie, diminue l'utilisation de services de soins ambulatoires, le recours au transport par ambulance et l'usage de médication. Globalement, cette étude démontre que les participants au programme sont maintenus dans la communauté à des coûts moindres que ceux ne faisant pas partie du programme.</p>

# **Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services**

Objective 3  
Review of Best Practices in Health Services  
Delivery for Seniors

Sophie Éthier and Louise Belzile  
Université de Saint-Boniface  
June 2012



This report is an initiative of the Conseil communauté en santé du Manitoba, and was made possible by a grant from the Société Santé en français through Health Canada.

This report may be reproduced in whole or in part, provided the source is acknowledged.

How to cite this report:

Éthier, S. and Belzile, L. (June 2012). Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services: Objective 3 – Review of Best Practices in Health Services Delivery for Seniors. Report produced for the Conseil communauté en santé du Manitoba, submitted in June 2012, 41 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Man.

## TABLE OF CONTENTS

List of Tables .....	iii
List of Figures .....	iv
1. Introduction.....	1
1.1 Background and research objective .....	1
1.2 Methodology .....	3
1.3 Definitions of best practices.....	3
2. Review of best practices in health services delivery for seniors: the case for integrated service networks .....	5
2.1. System of Integrated Care for Older Persons (SIPA).....	12
2.2. Integrated Services Network (ISN) in the Bois-Francs Region of Quebec	14
2.3. Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA).....	15
2.4. <i>Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly</i> (CHOICE) .....	17
2.5. Required conditions for operating an integrated health care network. . . . .	19
3. Conclusions and recommendations .....	26
References .....	31
Appendix 1: Characteristics, methodology and results of the study of various integrated services models.....	37

## LIST OF TABLES

Table 1. Levels of Health Services Integration.....	11
Table 2. Benefits of Integrated Health Services Delivery.....	20
Table 3: Levels of Integration According to Leutz (1999).....	21
Table 4. Requirements for Ensuring the Viability of Integrated Health Services Delivery.....	22

## LIST OF FIGURES

Figure 1. Continuum of Terms Used to Discuss Best Practices.....	4
--	---

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Background and research objective

This main purpose of this part of the research is to present a literature review of best practices in health services delivery for seniors in Manitoba, Canada and around the world. It is objective three of the comprehensive project entitled *Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services*. More specifically, it involved conducting a literature review of best practices, producing a synthesis of these practices from the results of the review, and drawing conclusions or providing suggestions for delivering services to seniors in St. Boniface and St. Vital. This work is presented in a descriptive format, which can be modified based on the readers' desired objectives. What is the purpose of identifying innovations in organizing service delivery to seniors? Will it help decision-makers make the choices they deem necessary to improve the organization of services in their (provincial or local) regions? Will it initiate change in managerial or clinical practices?

To improve service delivery to seniors in St. Boniface and St. Vital, it would have been timely to prepare an inventory of best practices not only in the area of service delivery, but more specifically in other linguistic minority contexts. However, few studies consider the linguistic dimension in health service delivery reviews. (Forgues et al., 2009) A Canadian study by Schofield and Gauthier (2007) entitled *Towards Unity for Health (TUFH)*, presented a model of partnership and cooperation that promoted management of health services by Francophone communities. This model, which is the one proposed by the World Health Organization (WHO), provides for the participation of five key partners: professionals, the community, health facility managers, training institutions and governments. Two government agencies have been established to work together to ensure that French-language services are offered in communities: the Consortium national de formation en santé (CNFS) and the Société Santé en français (SSF).

The SSF along with 17 other French-language health networks were created in the 13 Canadian provinces and territories since 2002, with the goal of uniting health partners by province, territory or region around priority issues affecting French-language health services. In Manitoba, the Conseil communauté en santé (CCS) plays this role<sup>12</sup>.

Little is also known about the factors that explain service delivery implementation in both official languages (Forgues, Bahi and Michaud, 2011). This is somewhat surprising since this service offering is part of health care organizations, situated within social contexts defined by various environmental parameters including the cultural and linguistic ties of population groups in a given region. According Forgues, Bahi and Michaud (2011), when analyzing organizations, an organization's external social environment must be distinguished from its internal environment. By external factors, they mean: 1) funding, 2) legal frameworks, regulations and policies, 3) stated requests, 4) professional associations, and 5) the existence and action of an ombudsman. The internal factors are the: 1) administration's will and commitment, 2) human, material and financial resources, 3) existence of a language services policy and action plan, 4) services and human resources management, 5) language skills of professionals, 6) collective agreements, and 7) patient expectations. Taking into account these external and internal factors, the Forgues, Bahi and Michaud study (2011), which sought to identify the factors that influence the French-language service delivery in a minority context, demonstrated that the approach to French-language service delivery was more reactive in Nova Scotia and Manitoba: these provinces actually provided services in French when there was a communication problem, which made it difficult to deliver services using the existing English-language service delivery system. New Brunswick and Ontario appeared to take a different, more proactive approach: they sought to more directly offer patients the opportunity to receive service in French. The results of this study of the organization of French-language health services in a minority context come from hospital case studies (Yarmouth, Nova Scotia, Horizon Health Network in New Brunswick, Sudbury Regional Hospital in Ontario, St. Boniface Hospital in Manitoba).

---

<sup>12</sup><http://ccsmanitoba.ca/>

Given that the above-cited study was the only one identified on the topic of health services delivery in Francophone minority communities, we had insufficient data to claim that practices in this specific field were exemplary. We therefore decided that this report would present integrated health services delivery for seniors in general, regardless of whether they were in the majority or minority language group. Integrated health and social services are, as we will see, considered evidence-based practices for improving the service quality and health status of populations, which may be even more relevant in minority language contexts.

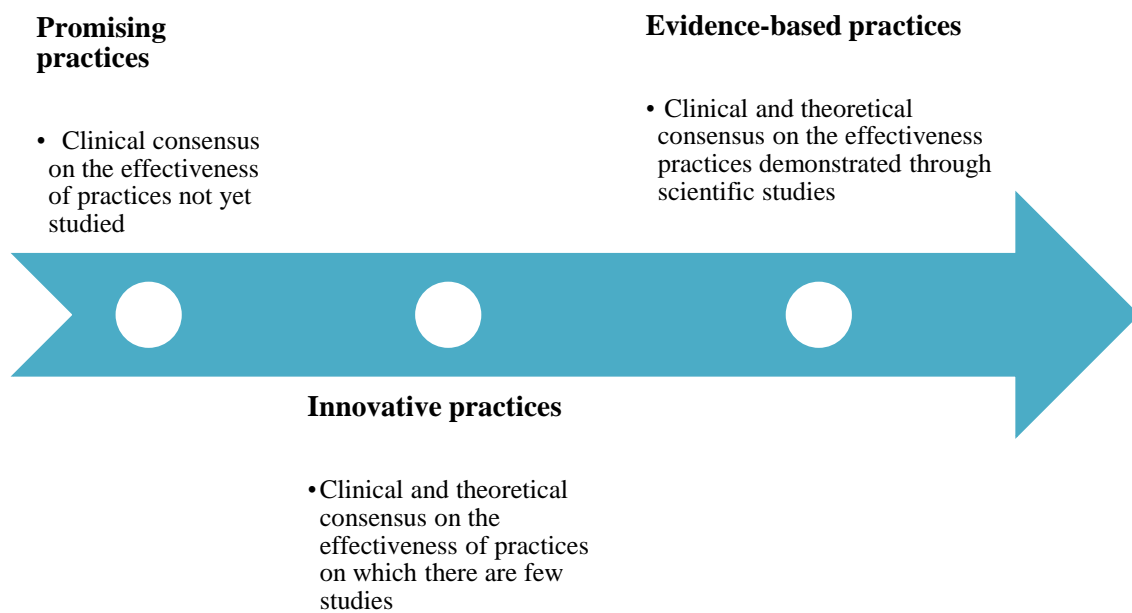
## **1.2 Methodology**

This part of the research was mainly based on a literature search of best practices and service delivery to seniors. The research was conducted using databases listing scientific journals, government websites and bibliographies of articles and books on the subject. The focus was on Canadian documents because health services are delivered in the context of the organization of health care systems, which vary a great deal from one country to another, and are therefore quite difficult to compare with our Canadian reality, although the reality in Canada also varies significantly from one province or territory to another.

## **1.3 Definitions of best practices**

First, it is essential to define what best practices mean in this report. There is no consensus on the definition of “best practices,” and the terms “winning practices,” “evidence-based practices,” “promising practices” or “innovative practices” (Desrosiers and Menard, n.d.) are also used. However, these terms are not equivalent. Promising practices have empirical support, but require further study to confirm their effectiveness (Bertrand, Beaumont, Durand and Massicotte, 2006, cited by Desrosiers and Menard, n.d.). At the other end of the spectrum, evidence-based practices have undergone scientific study and have proved to be effective (Lundgren, Schilling and Peloquin, 2005, cited by Desrosiers and Menard, nd). At the centre, there are innovative practices, on which few if any studies are available. However, there is sufficient clinical and theoretical consensus to suggest that they are effective (Desrosiers and Ménard, n.d.).

Thus, these terms can be placed on a continuum of studies that have all demonstrated empirical efficiency, but differ in their scientific evaluation. Choices of service organization models also take into various standards into account, including scientific standards that rely on evidence-based research, those recognized by professionals, i.e. practice-based standards, as well as evidence-based management standards<sup>13</sup>.



**Figure 1: Continuum of terms used to discuss best practices**

Therefore, some best practices reported in the literature are more promising or innovative and would need to be evidence-based to be described as best practices. There seems to be a consensus that in order to be described as exemplary, practices must be evidence-based and be supported by consensus of experts in the field (Desrosiers and Ménard, n.d.).

<sup>13</sup> For a critical analysis of evidence-based management, see Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique, *Criminologie*, 42(1), 185-199.



As a result, a particular program, service, or practice can be therefore undergo scientific evaluation and be considered a best practice. But does this apply to health services delivery? Can it be studied scientifically to produce convincing evidence? The only service delivery evaluations we found related to models of integration or coordination of health services covered in this report.

## **2. REVIEW OF HEALTH SERVICE DELIVERY PRACTICES FOR SENIORS: NETWORKS OF INTEGRATED HEALTH SERVICES OFFERED TO SENIORS**

It is important to begin by defining “integrated services” and “service integration.” The concept of integration of primary care services arose from the health and social services supported by the World Bank in the 1990s (Magtymova, 2007). It has been shown that the increase in the number of health and social problems linked to the increase in life expectancy has an impact on health and social services systems. To meet the many and diverse needs of the population, systems tend to be divided into several specialties. However, this greater complexity increases the risk of fragmentation or discontinuity in the organization of services, a situation that can significantly affect the quality of services (and their components) for users, as well as systemic effectiveness and efficiency from the standpoint of the public health and social services system (Hebert et al, 2007; Kröger, et al, 2007.).

Service integration should therefore have a positive impact on the effectiveness of services produced by economies of scale, decreased service delivery costs resulting from better cost control and quality of care arising from a more consistent supply of services (Hébert al, 2007). Integration can therefore be useful for service providers as well as users if it takes into account both the clinical and organizational aspects of service integration (Magtymova, 2007).

Demers et al. (2005) defined five levels of integration that pose special challenges to the values and interests of stakeholders based on the contexts in which they occur.

**Normative integration** (NI) refers to the understanding that provides the basis for stakeholders' acceptance of the proposed integration model. All stakeholders, regardless of their field of activity, can do their part in disseminating the integration model and help give it meaning and realism.

**Clinical integration** (CI) refers to the nature and context of professional interventions. Other levels of integration are meaningful only because of the clinical level. It is therefore essential that the other stakeholders working with other levels agree and help adapt the service integration model to the specific conditions of their areas of practice.

**Data integration** (DI) is key to the smooth operation of a service integration system. It provides the ability to operationalize the continuity of services by providing relevant stakeholders with known information about users. Managers should take clinical concerns into account when designing information systems and tools.

**Organizational integration** (OI) refers to the fact that the service integration is performed in a given region. This requires the introduction of a sub-regional governing body and vertical and horizontal co-ordination mechanisms linking senior executives, managers and stakeholders of the partner organizations.

**Financial integration** (FI) facilitates the transition from a facility approach to a population approach by pooling the budgets required for coordinating activities.

These aspects are interconnected and contribute to the overall integration of services. In principle, implementing a shareable clinical record (DI), merging facilities and signing inter-facility protocols (OI), and client program budgeting (FI) facilitate clinical integration (CI). However, the effect of these measures depends on the support of affected stakeholders (NI).

From this standpoint, it is essential that reforms designed to integrate services do not deteriorate into a bureaucratic approach that would undermine the local stakeholders' willingness to achieve it. (Demers, et al. 2005: i)

Developed to prevent splitting, duplication or gaps in care and service delivery, the model of integrated service networks is designed to provide users with of a continuum of services based on various coordination mechanisms and tools. According to Leutz, service integration connects “the health care system (acute, primary medical and skilled) with other human service systems (long-term care, educational and vocational and housing service) in order to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency).” (Leutz, 1999: 77). This joint willingness facilitates accessibility, quality, user satisfaction and system efficiency (Kröger et al., 2007).

Kodner and Kyriacou define integration as:

A discrete set of techniques and organizational models designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the treatment and care sectors at the funding, administrative and/or provider levels (2000: 1).

According to Béland (2010), integration is articulated in service delivery:

It is a combination of social and health services that seek to meet the needs of seniors. It is designed to align incentives and financial, administrative and clinical management arrangements regarding the clinical practices of a health and service delivery team. (quoted by Lafortune, Béland and Bergman, 2011: 3)

Finally, Contandriopoulos et al. put greater emphasis on governance's increased regulatory control as a result of service integration:

Integration is the process of creating and maintaining, over time, joint governance between independent stakeholders (and organizations) to coordinate their interdependencies and enable them to cooperate on implementing a group project. (2001: 41).

The definitions highlight the horizontal nature of integration (between disciplines or areas of intervention) as well as its vertical nature (between the clinical and management levels) and the necessary articulation of these two logical integration approaches. But integration can also be viewed from a third standpoint, which describes the levels or layers of its effectiveness. The lowest level of integration can be summarized as developing protocols for systematic transfer of information to meet client needs. In the level of integration referred to as coordination, the various structures involved in service delivery implement systematic mechanisms to find solutions to discontinuity issues that arise<sup>14</sup>. Full integration, for its part, gives a central organization the mandate to provide users in a given region with a full range of services (Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant, Contandriopoulos, et al., 2006). All these models focus on system organization and are based on a population-based epidemiological approach.

In a context where health systems and facilities providing health and social services are among the most complex social entities (Kodner, 2002), service integration is used to correct system deficiencies relating to accessibility and continuity of services. It is therefore an adaptive response to the changing needs of the population. Integrated health services delivery appears to be a need for seniors because of their ever-increasing numbers, their multiple chronic health problems and the increasing length of time they can no longer live independently. Gerontologists, in particular, are being called upon and even invited to innovate service design and delivery. Because these services can be introduced over time and in different locations, improved integration provides consistency in the practical organization of services for seniors. More broadly, for any clients with chronic, changing and complex problems, greater service integration helps solve structural problems across all social and health systems (Johri et al., 2003).

In the fall of 2010, the Canadian Health Services Research Foundation organized roundtables across Canada to “to examine the most pressing policy challenges and research gaps related to population aging” (CHSRF, 2011a: 2).

---

<sup>14</sup> According to Kodner (2008), one of the most promising tests of this model is probably the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy, commonly known as PRISMA (Hébert, Durand, Dubuc, & Tourigny, 2003), developed in Quebec and adapted in France (Couturier, Somme, Carrier, Trouvé, & Gagnon, 2007).

The first roundtable was held in Vancouver and highlighted the need to: 1) create coordinated, integrated systems of care for seniors, 2) improve home care and community services, 3) improve primary care and support services and provide better health promotion and disease prevention. The key message of the meeting was:

An integrated, coordinated system of care with emphasis on home and community supports would be more cost-effective and result in less hardship for older adults and all Canadians (CHSRF, 2011a: 5).

In fact, it is recognized that improved health service delivery is achieved through better service coordination (Romanov, 2002, AMA, 2003, Scott and Hofmeyer, 2007, cited by Scott and Lagendyk, 2012). Integrated care delivery makes it easier to coordinate care for users with many chronic health problems rather than treating each condition separately (CHSRF, 2011b).

### **Various integration models**

The need for service integration is not a new idea. Various models of integrated health service delivery for seniors have been implemented or studied for over 40 years. Before presenting Canadian projects in greater detail, here is a brief overview of two pioneer models, *On Lok* and *PACE*.

The first experiment, *On Lok*, was conducted in 1971 in a Chinese neighborhood in San Francisco, United States, to keep seniors at home as long as possible before placing them in long-term care facilities (Yordi and Waldman, 1985; Kornblatt, Cheng and Chan, 2002). This initial model “became a paradigm of integrated service models that included all the characteristics associated with success.” (Béland, 2012: n.d.). Every senior, assigned to a case manager responsible for implementing and monitoring the response plan, was greeted at the day centre by a multidisciplinary team. The *On Lok* program provided a single gateway for seniors, regardless of their medical and social needs.

The program review demonstrated that senior participants received more local services, required less housing, and the costs of the services they received were lower (Yordi and Waldman, 1985 cited by Béland, 2012).

Inspired by the *On Lok* experiment, the *PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)* program was implemented in 1986 (Mui, 2000). It was tested until 1997, after which it became an actual program in the United States. The evaluation reported lower costs and higher functional capacity for program participants (Béland, 2012). Several other models followed in Europe, including Italy and England (Lafortune, Béland and Bergman, 2011), and Canada. To achieve similar results, service delivery organizations agree to coordinate services to provide integrated services to their senior clients.

It is important to note that there are three levels of service integration: liaison, which involves establishing protocols between health system organizations (which continue to operate independently) for transferring and transitioning patients from one service to another; coordination, which involves organizations working together to provide patient care; and full service integration, which involves having a multidisciplinary team provide complete patient care through a structure such as a day centre or home support services. Table 1 below summarizes the different levels of integration discussed above.

**Table 1**  
**Health Services Integration Levels**

Liaison	Service Coordination	Full Integration
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Group of organizations that continue to operate and govern their affairs independently, serving common clients who have a specific complex problem, such as loss of autonomy.</li> <li>• In practical terms, this involves implementing systematic information transfer protocols (e.g.: automated query systems), effectively distributing responsibilities among the potential stakeholders, and establishing prescriptive collaboration protocols (e.g.: inter-facility protocol).</li> <li>• <b>A liaison officer</b>, within each participating organization has a mandate focused on coordinating the needs of organizations that have signed the cooperation protocol, and who is therefore not concerned about all the resources that can be provided to users.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperation between and within organizations (management and interventions), without the need for a single governing body, organizational changes or legal mergers of facilities, but through concerted efforts and a formal commitment by stakeholders to pool their resources, skills, prerogatives and responsibilities for the population they serve.</li> <li>• Partners agree to establish formal mechanisms to solve continuity issues within and between organizations in a given region.</li> <li>• <b>The case manager</b> will act as the main contact for seniors admitted to a well-coordinated integrated network operating in a single facility.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient care provided by an organization that reports to a single board with a public mandate to provide users in a given region with the full range of services required for their clinical care.</li> <li>• If necessary, the organization may make arrangements with other organizations to meet needs not covered by its own service offering.</li> <li>• <b>The case manager</b> will act as the professional in the organization responsible for providing the services. He will be responsible for implementing the contractual agreements on behalf and for the benefit of the user. He must have extensive knowledge of the region and its resources, and be very adept at providing the user with resources.</li> </ul>

As mentioned above, the health services integration model for seniors seems to be the only that fits the definition of best practices used here, which involves clinical and scientific consensus on its effectiveness. The following pages present some of these models of integration and coordination adapted to health service delivery in Canada. To make it easier to understand and compare the various service delivery models, they are presented as follows: the implementation context of the model, characteristics of the model, methodology and results of the study<sup>15</sup>.

<sup>15</sup>Appendix 1 provides a summary of the various models.

## 2.1 System of Integrated Care for Older Persons (SIPA) (Quebec)

- **Implementation context of an integrated network model**

Quebec's Ministry of Health and Social Services has been promoting the implementation of integrated health services delivery networks for seniors since 2001 (MSSS, 2001). A project to implement a model of integrated care for frail seniors that took into account Canada's universal public health insurance plan was initiated in Quebec in a context where:

social and health services for frail seniors were fragmented, financial and organizational incentives did not favour the most appropriate and often least costly methods, while institutional services were still used too often (Béland et al, 2004: i.).

SIPA (System of Integrated Care for Older Persons) is a McGill University – Université de Montréal Solidage Research Group initiative conducted in conjunction with managers, practitioners and academics in Quebec. It is a service integration project. SIPA is a Quebec adaptation of *PACE* in the United States, discussed above.

- **Characteristics of the SIPA model**

The SIPA project for frail seniors over 65 years of age has the following eight characteristics:

- System based on local primary care services (local and institutional social services and acute and long-term health services);
- Local organization for a frail senior population;
- Service integration (case management, multidisciplinary team, application of care and service protocols based on advanced knowledge adapted to local populations);
- Organization that mobilizes fast, flexible resources as needed (availability of intensive local services, and medical, social and rehabilitation interventions);
- Continuous quality assurance system (for services and service management);
- Services designed for rapid communication and response, childcare, links and coordination among service providers;



- Funding of local SIPA budgets through a per capita tax, and exercise of the resulting financial responsibility;
- Compatibility with Canada's universal public health insurance system (Béland et al., 2006).

The SIPA project recognizes the pivotal role of primary care services, the integration of various health services and facilities' responsibility for population health and service delivery in their region (Béland et al., 2006). In practical terms SIPA, through a case manager from a multidisciplinary team, is responsible for seniors' health care services, regardless of where they are: at home, in a protected residence, hospital, shelter, day centre or day hospital (Béland et al., 2004).

- **Methodology and results of the study**

This project underwent the first randomized experimental evaluation of an integrated health care services system for frail seniors in North America. The evaluation was performed over 22 months using a sample of 1,230 seniors over 65 years of age. It examined differences in the use and costs of health and social services among SIPA project participants and regular users of services provided by the Quebec health system (control group). The hypothesis of the study was that implementing SIPA, along with increased availability of nursing services, family support, rehabilitation and social workers, would help reduce the use and cost of institutional services (short-term hospitalization, emergency hospital services, short waiting times for accommodation while in hospitals and housing). SIPA was established in the metropolitan area, at two Centre local de services communautaires (CLSC) in Quebec (Côte-des-Neiges and Bordeaux-Cartierville), which retained clinical and financial control of the project (Béland et al., 2006).

The evaluation of this model showed that integrated health services reduced frequency of access to, attendance, use and costs of institutional services, particularly for people suffering from multiple chronic diseases and various disabilities, as well as those living alone (Béland et al, 2006) “without increasing overall health care costs, reducing quality of care or increasing the burden on seniors and their families.” (Béland et al, 2004: i)

## **2.2 Integrated Services Network (ISN) in Bois-Francs (Mauricie, Quebec)**

- **Implementation context of the ISN model**

The ISN was the first integrated services network to be tested and assessed in Quebec (Demers and Tourigny, 2009). This integrated services network was for vulnerable seniors in semi-urban areas of the Bois-Francs region, which has just over 90,000 residents and is located 150 kilometres east of Montreal in the province of Quebec (Tourigny et al., 2004). Although its name suggested service integration, this project was the basis for the PRISMA services coordination model, which will be presented later.

- **Characteristics of the ISN model**

This integrated services model includes six key components:

- 7) Inter-facility coordination;
- 8) Single gateway (single access point);
- 9) Case management system;
- 10) Single assessment tool and a needs classification system;
- 11) Development of the individualized services plan;
- 12) Continuous information system (Demers and Tourigny, 2009: 240)

When the Bois-Francs integrated services model was tested, the case managers were all social workers. There were no nurses on the teams (Tourigny et al, 2004.). This was attributable to the fact that social workers are trained to lead networks, analyze systems and think about interventions from various standpoints (individually and collectively, for example). They are just as qualified to coordinate all the services that a person needs, and able to provide referrals to doctors, nurses, rehabilitation professionals, community organizations, etc.<sup>16</sup>

- **Methodology and results of the study**

---

<sup>16</sup> Social workers were “spontaneously” designated as case managers. Today, many case manager positions are still filled by social workers, although other professionals now occupy these positions as well.

A quasi-experimental study involving 482 seniors was conducted between 2000 and 2003. There were 272 seniors in the test group and 210 in the control group. Measurements were taken before and after the experiment. The purpose of the study was to determine how the integrated services network affected seniors and their families and the use of social and health services (Tourigny et al., 2004).

The study identified several positive impacts. It determined that the health of participants in the group that received integrated services did not deteriorate as much. Fewer of these participants wanted to live in a care facility, and fewer of them actually did compared to the control group. The burden on caregivers was also reduced (Tourigny et al., 2004). It appeared essential that an information system be developed to facilitate communication between professionals from different facilities in the integrated services network. In this context, the SIGG (French acronym for Geronto-Geriatric Information System) gave professionals real-time access to information about the users, including interventions by other professionals. It was a computerized inter-facility clinical record system<sup>17</sup> (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004).

## 2.4 Prisma (Quebec)

- **Implementation context of the PRISMA model**

PRISMA, which means *Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy*, seeks to establish service integration mechanisms to meet the needs of seniors no longer able to function independently. Two research teams from the University of Sherbrooke and Laval University have operated the program since 1999. It is a partnership of researchers, decision-makers, managers and clinicians (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004). The PRISMA project, whose “work [is] recognized as some of the most promising in North America,” (Kodner, 2008) provided inspiration for the major reform of health and social services organization in Quebec in 2004 (MSSS, 2004; Couturier, Belzile and Gagnon, 2011a).

---

<sup>17</sup> Keep in mind that the organizational mergers had not yet occurred in Quebec.

The PRISMA model goes beyond service integration, because it targets coordination between facilities that provide services. This model is innovative because it engages all public, private and community organizations that provide services to seniors. The Bois-Francs (Mauricie) ISN project presented above was part of the PRISMA research program. It was PRISMA's first pilot project, which was followed by a second pilot in three sub-regions of Estrie (Hébert, Tourigny and Gagnon 2004).

- **Characteristics of the PRISMA model**

The PRISMA model includes the six components mentioned above for the Bois-Francs ISN model. Keep in mind that PRISMA involves inter-facility coordination and a single gateway (single access point), a case management system, development of the individualized services plan, a single assessment tool coupled with a needs classification system, and a continuous information system (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004).

- **Methodology and results of the study**

This trial study involved a total of 920 seniors over 75 years of age (501 in the test group and 419 in the control group) at risk of becoming unable to function independently. The seniors were recruited from six different regions of Quebec. The three test areas were Sherbrooke, Granit and Coaticook. The control areas were chosen in the Québec area. Lévis, Montmagny and L'Isletet were similar in terms of sociodemographic indicators to the sites in the test area. Study participants were monitored for two years. An initial assessment at home provided a baseline measurement prior to implementing the integrated network (T0), and the participants were reassessed after one year (T1) and again after two years (T2) (Hebert et al., 2008).

The PRISMA model study results clearly demonstrated the benefit of an integrated services network. The measurement taken 12 and 24 months after project implementation indicated that the participants' desire to be placed in a care facility was significantly reduced. Similarly, the burden on caregivers was significantly lower in the test group at T1 and T2.

The risk of returning to the emergency department after an initial visit or discharge from a specialized care hospital was significantly higher in the senior control group, as was the risk of remaining hospitalized (Hebert et al., 2003).

PRISMA demonstrated that this coordination-based integration model enabled seniors to keep functioning independently without an increase in health and social services system costs. The mechanisms (inter-facility coordination, case management and a single gateway) and tools (the single Multiclientele Assessment Tool (OEMC), the Geronto-Geriatric Information System (SIGG) and the individualized services plan (ISP)) developed by PRISMA effectively support service integration and continuity, which increases the relevance (needs response), quality, effectiveness and efficiency of services received by frail seniors. These six components must act in synergy, not independently of one another. As mentioned in the PRISMA report, successful implementation of such a project depends “not only on local stakeholders’ willingness to cooperate but also decisions made at the regional and central levels.” (Hébert, et al., 2007, p.1).

## **2.4 CHOICE (Alberta)**

- **Implementation context of the CHOICE program**

Alberta’s CHOICE (*Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly*) service coordination program is another Canadian program based on PACE in the United States<sup>18</sup>.

- **Characteristics of the CHOICE program**

Program candidates must meet eligibility criteria such as being 60 years of age, use health services for their complex, chronic medical conditions, be functionally frail, physically disabled or cognitively impaired, be able to be safely cared for at home with health services, etc.

---

<sup>18</sup>Details of the CHOICE program are available from the Government of Alberta at the following sites: <http://www.gss.org/find-housing-support-services/community-care/choice/> and <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001469>

Seniors who want to participate in this program must be recommended by professionals in the Alberta health care system. Fees are charged for non-health related services provided by the program (Alberta Health Service, 2012).

The purpose of this program is to keep seniors in the community as long as possible by providing integrated services. Services are available 24 hours a day, 7 days a week (MacAdam, 2000).

- **Methodology and results of the study**

The CHOICE program did not undergo a systematic evaluation using experimental design, but was evaluated by a consulting firm (Béland, 2012). Therefore, the results should be interpreted with caution. Nevertheless, clients and families seem to be satisfied with the CHOICE program. The program appears to improve quality of life, reduce the use of ambulatory care services, as well as use of ambulances and medication. Overall, the study showed that program participants were kept in the community at lower cost than people not in the program (MacAdam, 2000).

In short, there are other service integration or coordination models in Canada and abroad. We have outlined some that seem more applicable in Manitoba since they were all fully or partially implemented in Canada. However, none were specifically designed for Francophones in a linguistic minority context. Some of these models focus only on liaison, or establishing protocols between health system organizations for transferring and transitioning seniors from one service to another. Others focus on full service integration with a multidisciplinary team providing care for seniors through a structure such as a day centre or home support services. Finally, some models focus on coordination, with organizations cooperating on interventions and management of seniors' care through various components such as a single gateway, access to services, a case manager and an individualized, multidisciplinary, inter-facility services plan.

## **2.5 Required conditions for operating an integrated health services network**

Several research studies have demonstrated the effectiveness of integrated health services networks for seniors. Service delivery can be improved without increasing costs, through better organization, coordination and integration of services for seniors (Lafortune, Béland and Bergman, 2011). Mainly, these networks can delay functional decline in seniors, give them greater satisfaction, a sense of empowerment and make them less likely to use housing facilities (Bernabei et al., 1998; Jorhi et al., 2003; Kodner, 2006; Béland et al., 2006; Hébert et al., 2007 quoted by Demers and Tourigny, 2009). Service integration has the greatest impact on frail clients with major functional disabilities who are more likely to use costly and often deleterious services such as housing and hospitalization (Lafortune, Béland and Bergman, 2011).

Based on the projects reviewed, we can say that service integration can simultaneously improve care quality, system performance in terms of effectiveness and efficiency, and the quality of life of users and their loved ones (Kodner, 2009; Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Table 2 below summarizes the benefits of integrated service delivery.

**Table 2**  
**Benefits of Integrated Services Delivery**

Benefits of Integrated Services Delivery	
<input type="checkbox"/>	Slowing of functional decline among seniors
<input type="checkbox"/>	Increased user satisfaction with services
<input type="checkbox"/>	Sense of empowerment
<input type="checkbox"/>	Decrease in the use of accommodation, short-term use of hospital beds and emergency room visits (the effect are more significant among frail clients, with major functional disabilities who are more likely to use accommodation or be hospitalized)
<input type="checkbox"/>	Needs assessment and contribution of family caregivers.

References: Adapted from Beaulieu, Grenier and Lemieux, 2004; Bernabei et al., 1998; Jorhi et al., 2003; Kodner, 2006; Béland et al., 2006; Hébert et al., 2007 quoted by Demers and Tourigny, 2009; and Lafortune, Béland and Bergman, 2011).

As demonstrated by Leutz, no single services integration model seems to work for everyone, in all circumstances. We must therefore consider the needs of the target population when choosing the intensity and integration services mechanisms to meet service quality improvement objectives. The following table shows that the level of integration varies with client needs.



**Table 3**  
**Levels of Integration According to Leutz (1999)**

User Needs	Linkage	Coordination	Full Integration
Severity	Mild/moderate	Moderate/severe	Moderate/severe
Stability	Stable	Moderately stable	Unstable
Duration	Short to long term	Short to long term	Long term or terminal
Urgency	Routine/nonurgent	Mostly routine	Frequent urgency
Scope of services	Narrow-moderate	Moderate-broad	Broad-complex
Self-direction	Self-directed or strong informal	Varied levels of self-direction and informal	May accommodate weak self-direction and informal

(Leutz)

Although the goals and results of integrated services networks are highly commendable, certain basic conditions must be met to make them viable and sustainable in specific settings. This type of service delivery often requires a paradigm shift and significant procedural changes. Competent, credible, dedicated people must become involved in order to “demonstrate that the new service coordination system is practical and relevant.” (Demers and Tourigny, 2009: 240) The executives of organizations that deliver these services must also demonstrate their commitment to the project and it must provide a solution to their service organization issues, which they consider a priority. In addition, a services integration project needs time to ensure that all stakeholders understand and take ownership of the project. This service delivery method also requires coordination, which must be based on trust, mutual respect and “a shareable interdisciplinary and inter-service clinical information system.” (Demers and Tourigny, 2009: 240 ) Last but not least, departments must strengthen this type of network with clear guidelines and policies in this area (Demers and Tourigny, 2009).

Table 4 below summarizes the requirements for ensuring the viability of integrated health services delivery for senior clients.

**Table 4**  
**Requirements for Ensuring the Viability of Integrated Health Services Delivery**

Requirements for Ensuring the Viability of Integrated Health Services Delivery
<p><b>At the local level (where integration is achieved):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Involve competent, credible, dedicated people in the project to show others that the project is realistic and relevant</li><li><input type="checkbox"/> Encourage the executives of the organizations involved to participate in the project</li><li><input type="checkbox"/> Ensure that the project provides a solution to the service organization issue, which the executives consider a priority</li><li><input type="checkbox"/> Devote time to the project so that the stakeholders understand and take ownership of it, and establish ties between partners</li></ul>
<p><b>At the ( local and regional) organizational level:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Develop governance and coordination procedures based on trust and mutual respect</li><li><input type="checkbox"/> Make strategic decisions</li><li><input type="checkbox"/> State their own guidelines</li><li><input type="checkbox"/> Support changes rather than imposing them unilaterally</li></ul>
<p><b>At the system level (e.g.: department officials)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Adopt clear, flexible guidelines to allow local stakeholders to make practical arrangements for implementing the model)</li><li><input type="checkbox"/> Propose measures consistent with these guidelines (e.g.: implement a shareable information system)</li><li><input type="checkbox"/> Strengthen the Department's internal coordination mechanisms to increase the consistency and timing of interventions</li><li><input type="checkbox"/> Departments must strengthen this network with clear guidelines and policies in this area</li></ul>

References: Adapted from Demers and Tourigny, (2009).

Experiments also helped to highlight the need to develop common mechanisms and tools. With case management, the single gateway and inter-facility coordination, the Bois-Francs experiment was designed to develop a shareable information system, including a computerized clinical record, accessible to stakeholders in the organizations involved in order to facilitate informational continuity (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004).

The single multidimensional assessment tool combines standardized data (Functional Autonomy Management System or SMAF) and other data that could be described as comprehensive (Couturier, Gagnon, Salles, & Belzile.(2011b). Identifying the person's needs leads to the final tool, a service plan that calls on all partners to clarify guidelines for actions and services to be implemented.

Below is a review of each component<sup>19</sup>, which must be considered a whole and not a service that can be divided. The consistency and effectiveness of the model are based on the synergy of the six components.

The **cooperation** of the strategic (decision-makers), tactical (managers) and operations (professionals) players is key to service integration. All players, regardless of the organizational level at which they operate, are mandated to create the implementation conditions and local adaptation of the integrated services network model (with its various components) during the implementation phase, but also throughout its operation.

The primary purpose of **case management**, a human mechanism for coordinating services, is to assess the needs of users with complex problems, and plan and coordinate the services required (Mullahy, 1995). Seniors are part of this group whose circumstances and needs can be considered complex, which requires a multifaceted and therefore complex social response. Several types of resources (public, family, community or private), each with their own operating, funding, eligibility, etc. rules, can and must be called on to provide a response. The multiplicity and complexity of services make the work of every professional involved dependent on that of others.

---

<sup>19</sup> Couturier, Y., Gagnon, D., **Belzile, L.**, & Salles, M. (Approved-issued 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gérontologique*. Presse de l'Université de Montréal.

Case managers, focused on needs rather than services, can designate a professional to express the user's perspective within the response systems. Case management is defined as a process, a technique and a human services coordination mechanism (Bower, 1992).

The **central gateway** (or single gateway) standardizes the receipt and review of all service requests in a given region. The gateway must be recognized by all partners in the region, not only symbolically, but also, and most importantly, with respect to its operating method. The system's referral decisions must therefore be binding. This type of mechanism is also designed to make life easier for users or their loved ones by providing a clearly identified gateway for accessing the entire health and social services system.

The (biopsychosocial and environmental) **multidimensional assessment tool** has clinical and scientific characteristics. Recognized as clinically and metrically credible, it can be shared by professionals and organizations, allowing the services required by a user to be organized based on a rigorous and comprehensive understanding of the person's need. The assessment will be updated regularly, periodically, or whenever required by the user's situation. The PRISMA group uses the SMAF approach, which comprises several tools including the ISO-SMAF<sup>20</sup> (Functional Autonomy Measurement System). This tool incorporates the senior's functional independence assessment and the information concerning management of necessary services and resources (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004). The 14 ISO-SMAF profiles group people with similar characteristics in need of similar services. These profiles provide valuable clinical information, which is used to ensure seniors receive the right services. They are also useful in terms of management "since the costs of providing services to each individual can be identified and contextualized."<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> The tools developed by the PRISMA group, including the SMAF (Functional Autonomy Measurement System) are posted on the website: <http://www.demarchesmaf.com/>

<sup>21</sup> Sources: <http://www.demarchesmaf.com/les-outils/profils-iso-smaf/>

These profiles are grouped into four categories: Category 1 (ISO-SMAF profiles 1, 2 and 3): some loss of function primarily related to household tasks; Category 2 (ISO-SMAF profiles 4, 6 and 9): mainly loss of motor function; Category 3 (ISO-SMAF profiles 5, 7, 8 and 10); mainly loss of cognitive function; Category 4 (ISO-SMAF profiles 11, 12, 13 and 14): mixed and serious loss of function.

The **common individualized response planning tool**, i.e. the individualized services plan (ISP), is used to develop an action plan with the stakeholders who provide services for the person. It includes the objectives, means, update times and performance ratings that have been defined based on the needs assessment (Hébert, Tourigny and Gagnon, 2004).

The ISP is a clinical tool designed to provide a common understanding of users' situations. It is used to plan and coordinate the actions to be undertaken to support them during their recovery. It is a way of organizing services, developed and planned by a team, if possible in the presence of the user who expresses his own needs, expectations and makes his own life decisions. It is a written agreement that constitutes a commitment by the person and the stakeholders involved. (Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches (ASSSCA), 2006: 4)

This planning will also be recognized by all players in the network. It will engage all partners identified in achieving the clinical objectives established at that time. At that point, the individualized services plan is based on several values: the importance of the patient's participation and social integration, the need for a comprehensive assessment that takes into account his resources and those of his family, environment and community, the desire that service provided will be as simple as possible while really meeting his needs, and the conviction that complementarity and continuity are key to a quality response (ASSSCA, 2006).

And the shareable inter-facility **information system** (including the components of the clinical record), which includes various assessment, planning, quality control, etc. functions.

Kodner (2011) has worked extensively on the concept of service integration. He has identified some major enemies of organizational change: inertia; a focus on services or the organization (rather than the individual); insufficient or inadequate resources (financial, human, material, etc.); the structure's natural tendency or protectionist culture (Feed the monkey); a medicalized or medicalizing approach focused on acute care; the primacy of the partners' independence over cooperation, negotiation and acceptable compromises;

poor relationships between organizational and professional cultures; dubious motives; top-down solutions, lack of trust between players; weak commitment; difficulty in learning from experience; poor communication; power imbalance, and inter-and intra-organizational friction. These enemies keep a close watch on all change and demand that its implementation be monitored.

In summary, this report has highlighted the benefits of integrated service networks. More importantly, it has focused on the key survival requirements and threats to this type of health care organization system, a system that is not static, but always moving and changing because of the necessary adaptations that affect its sustainability. Obviously, these requirements are related to the people involved, including stakeholders and managers (in terms of skills, beliefs and commitment to the project). They are also related to the orchestration needed to organize coordinated services for the individual.

### **3. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS**

The purpose of this report was to conduct a survey of the best service delivery practices for seniors. However, some obstacles prevented this goal from being fully achieved. One difficulty was that health services delivery as a whole, which includes much more than medical and hospital care covered under the Act, differs in the various Canadian provinces and territories. As a result, there are many types of service offerings. The *Canada Health Act* (1985) is the federal legislation that governs health insurance, and therefore, health services delivery to seniors.

The Act sets out to:

“protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.” (Health Canada, 2010)

The Act further provides that eligible Canadian residents have access to “medically necessary” services on a prepaid basis (Health Canada, 2010). The provinces and territories must therefore comply with the Act in order to receive the Canadian Health Transfer payments they require to deliver and fund their own medical and hospital services. The Act gives each province some latitude in the way it organizes health services delivery. As a result, the Canadian health care system is in fact composed of ten provincial systems, three territorial systems and a federal system, which are all different (CHSRF, 2011a).

Moreover, health services delivery is not necessarily based on specific clienteles, so it is not always easy, or even possible, to distinguish health services specifically designed for seniors, which is our second problem. In order to avoid these problems, surveys of best practices for seniors appear to concentrate on specific programs, such as diabetes education, fall prevention or other programs. These are too highly focused for the purpose of this third part of the study, which is to provide a broader perspective on best service delivery practices. On the contrary, the research papers provide a general overview of the delivery and organization of health services for seniors, which does not necessarily involve best practices. They simply describe the organization of the health system or list the services provided.

However, despite these difficulties, the report still managed to provide a review presenting best service delivery practices in general through various integrated services programs. We must keep in mind that services for seniors are part of a broader organization of services, which definitely needs to be taken into account.

In particular, the report highlighted the fact that virtually no study focused on French-language health services delivery for seniors in minority communities in order to identify best practices in this context. However, the report presented various integrated health services models, recognized as best practices in the organization of services (which must be distinguished from practices that focus on particular health problems), including services for frail seniors. These models are designed to connect seniors from one organization to another, coordinate health services, or fully integrate the services they require.

The scientific literature discusses the operational targets and methods of service integration models that have been tested in practice settings and have also involved research teams. Given the interest in these initiatives and the perceived prospects for several parameters including the target populations (general or specific population such as seniors, population subgroups based on their health status or condition or level of care), we must take into account practice methods and locations and the groups of professionals involved.

Procedures for implementing these health care practices will be target based and will suggest various tools and strategies: benchmarking, case management, prioritization of services/programs, continuous quality improvement, or disease management. We will also have to keep in mind that implementing these models required (and will still require if they are to be adopted in another environment) support mechanisms for the organizational change they entail. Thus, we must not lose sight of the fact that specific conditions have to be met to implement the models and ensure their success.

We must also identify the areas (local, organizational or systemic) where we need to intervene. Health and social system managers are currently interested in various management approaches<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> For more details on this subject, see the file prepared by the Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS): [http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methodes\\_Lean\\_\(Approche\\_Toyota\).aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methodes_Lean_(Approche_Toyota).aqesss)



Take for example the Toyota Way, Lean Management, process reengineering or various total quality models, which are all approaches seeking continuous improvement of processes and outcomes organizations put in place to deal with constant, ubiquitous changes. Although differing on specific interventions, these approaches all address the flexibility requirements for producing and delivering services designed for clients or the market, within financial and time constraints with little latitude. This is where innovative and creative waste disposal and resource optimization proposals come into play. However, we must keep in mind that the beneficial nature of health and social services precludes our importing methods from the industrial world. “In the health system, consumers are not looking for the goods provided as such, but the positive impact they will have on their health.”(Brunelle, 1993: 1)

In light of the information presented in this report, it would be advisable to begin by identifying the problem(s) the selected model should address. Second, it would be appropriate to examine the current availability of French-language health services in St. Boniface and St. Vital to identify resources that can be used to create change. The choice of model will be based on the objectives to be achieved to improve health services delivery for Francophone seniors in minority communities, also taking into account the model’s implementation requirements and performance indicators. Thorough knowledge of these models and the contexts in which they are tested, the selection or adoption of a model, and its adaptation to the reality of Franco-Manitoban sites will be based on clinical and scientific consensus in this area. An integrated services network (liaison, coordination or full integration model) for senior Francophone clients is essential because they must be provided with health services in their language, as demonstrated by several studies on the subject (Bowen, 2001; Lesage, Bouchard-Coulombe and Chavez, 2012). This type of integrated services network would benefit all Manitobans since the model could be used throughout the province.

Secondly, as demonstrated in this report, common mechanisms and tools (services or intervention plans, needs assessment forms, clinical records) are essential for service integration.

It is therefore necessary that the responsible organizations work together to discuss the means necessary to coordinate their efforts to provide seniors with quality health services. The consistency of the models will have to be considered, which is often the purview of interrelated socio-technical components that cannot easily be divided without reducing their efficiency. Also, the existing model must be considered and discussed in terms of its ability to integrate new mechanisms. Every health services delivery organization has tools, but few are compatible with one another. This means that intervention and assessment plans must constantly be reviewed to meet the requirements of each organization. In terms of seniors from St. Boniface and St. Vital, it is appropriate that such tools be bilingual, if not only in French, and used according to the seniors' language preferences to make it easier to consult their files if necessary.

In short, given the above, consideration can be given to implementing an integrated health services model for Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital to improve the quality of health services they receive. A pilot project supported and evaluated by research would be a wise option for Manitoba. The Quebec and Canadian experience could be used to support implementation of this type of project with a proven track record.

## REFERENCES

Alberta Health Service (2012) website:

<http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001469>

Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches (ASSSCA) (2006). *Plan de service individualisé. Cadre de référence*. Government of Quebec.

Canadian Diabetes Association (2010). *Best and Promising Practices in Diabetes Education*. Toronto, Ontario. Available on the Canadian Diabetes Association website: <http://diabetes.ca/bestpractices/>

Beaulieu, É., Grenier, J. and Lemieux, M. (2004). Le projet SIPA : une alternative aux besoins des personnes-soutien. *Canadian Social Work*, 6(1), 24-37.

Béland F. (2012). Integration of service (geriatric). In: J.H. Stone and M. Blouin, (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/266/>

Béland, F., Bergman, H., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, Monette, J., Denis, J.-L., P., Contandriopoulos, A.-P., Cimon, A., Bureau, C., Bureau, L., Bouvier, L., Dubois, D. (2004). *Évaluation du système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Research report. Canadian Health Services Research Foundation.

Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P. and Tousignant, P. (2006). Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *The Canadian Journal on Aging*, 25(1), 5-24.

Bertshe, A. and C. Horejsi (1980). Coordination of client services, *Social Work*, 25, 94-98.

Bolen, C. (2001). Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership and health development. World Health Organization (WHO). Available online: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2000.9.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EIP_OSD_2000.9.pdf)

Bower, K. (1992). *Case Management by Nurses*. Washington: American Nurses Association.

- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) (2011a). *Better with Age: A Conversation about Healthcare with Older Canadians*. Report on the Public Consultation, Vancouver, British Columbia, February 21, 2011. Accessed June 5, 2012 on the CHSRF website:<http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/article/11-07-21/b6129cda-19a6-4866-a832-6bcce928db3e.aspx>
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) (2011b). *Transformation Lessons from Disease-based Strategies: An Environmental Scan. Chronic disease: New frontier of healthcare*. Accessed June 5, 2012 on the CHSRF website:  
<http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/11-12-17/9946107e-f35f-44d8-9068-bc09aa8feae5.aspx>
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N. & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., & Salles, M. (Approved-issued 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gérontologique*. Presse de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Belzile, L. and Gagnon, D. (2011a). Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Management & Avenir*. 7(47), 133-146.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Salles, M., & Belzile, L. (2011b). Une nouvelle forme de catégorisation : l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des personnes âgées. In Jaeger, M. (Ed.). *Usager ou citoyen? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*. Dunod (collection Action sociale). Paris, France, 209-224.
- Couturier, Y., Somme, D., Carrier, S., Trouvé, H., & Gagnon, D. (2007). Le travail social et l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Analyse comparée de deux initiatives québécoise et française. *Intervention*, 127, 6-15.
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique, *Criminologie*, 42(1),185-199.

- Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., et al. (2005). *The Role of Local, Regional, and Ministerial Actors in the Integration of Services for Frail Elderly People*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Demers, L. and Tourigny, A. (2009). Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, 34(1), 239-244.
- Desrosiers, P. and Ménard, J.-M. (n.d.). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance*. Guide pratique et offre de services de base. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Forgues, E., Bahi, B., Michaud, J. (2011). *The offer of health services in French in minority context*. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities.
- Forgues, É., Guignard Noël, J., Nkolo, C. and Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation. L'État de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities (CIRLM) and Consortium National de formation en santé (CNFS).
- Health Canada (2010). *Canada Health Act*. Accessed on Canada Health website May 14, 2012: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-eng.php>
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., and Tourigny, A. (2003). PRISMA: A New Model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3 (March 2003), 1-10.
- Hébert, R., Tourigny, A. and Gagnon, M.(2004). Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Montréal : Éditions EDISEM.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M. and Dubuc, N. (2008). The Effectiveness of the PRISMA Integrated Service Delivery Network: Preliminary Report on Methods and Baseline Data. *International Journal of Integrated Care*, 8 (February), 1-15.
- Imbody, B. and Vandsburger, E. (2011). Elder Abuse and Neglect: Assessment Tools, Interventions, and Recommendations for Effective Service Provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650.

- Kodner, D. (April 20, 2011). *All together now— taking a fresh look at integrating health and social care for the frail elderly*. Paper presented at the Seminars of the Canada Research Chair in professional integration practices of gerontology services. Sherbrooke, Quebec.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13 (special issue).
- Kodner, D. (2008). *Managed care networks for the vulnerable elderly. North American Prototypes, Performance and Lessons. [PowerPoint Slides] Goteborg, INIC*. [Online]. Accessed November 12, 2009.  
<http://www.Integratedcarenetwork.org/Sweden2008/slides/01-02-kodner.ppt>
- Kodner D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. [Online]. Accessed October 30, 2010.  
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/URN:NBN:NL:UI:10-1-100309/133>
- Kodner D. (November 30, 2001). Organizational and clinical models of care – the international experience: What is the evidence? In: McGill University-Universite de Montreal Research Group on Integrated Services. Conference proceedings: older persons and health care: Who care? Research Group: Montreal; 2002.
- Kodner, D. and C. Kyriacou (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of Integrated Care*, 1:e08. [Online]. Accessed November 30, 2009.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533997/>
- Kornblatt, S., Cheng, S. and Chan, S. (2002). Best Practice: The On Lok Model of Geriatric Interdisciplinary Team Care. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(1-2), 15-22
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., et al. (2007). Selecting process quality indicators for integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research*, 7, 195.
- Lafortune, L., Béland, F. and Bergman, H. (2011), Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Revue Vie économique*, 3(1), 1-13.
- Lepage, J., Bouchard-Coulombe, C., and Chavez, B. (2012). Portrait of Official Language Minorities in Canada: Francophones in Manitoba. Ottawa, Ontario: Statistics Canada.

- Leutz W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1):77–110.
- Magtymova, A. (2007). *Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery*. Comments of the RHL. WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization. [Online]. Accessed December 4, 2008. [http://apps.who.int/rhl/effective\\_practice\\_and\\_organizing\\_care/amcom/en/index.html](http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/amcom/en/index.html)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Government of Quebec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Government of Quebec.
- MacAdam (2000). Home Care: It's Time for a Canadian Model. *Healthcare Papers*, 1(4); 9-36
- Mui, A.C. (2000). The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *Journal of Aging and Society Policy*, 3(2-3), 153-167.
- Mullahy, C. (1995). *The Case Manager's Handbook*. Gaithersburg: Aspen Publications.
- National Case Management Network of Canada (2009). *Canadian Standards of Practice for Case Management*. [Online]. Accessed November 4, 2012. <http://www.ncmn.ca/resources/documents/english%20standards%20for%20web.pdf>
- Schofield and Gauthier (2007). The society “Santé en Français”: a successful Canadian model for partnership. *Education for Health*, 20(2), 1-9.
- Scott, V.J., Dukeshire, S., Gallagher, E.M. and Scalan, A. (2001). *A Best Practices Guide for the Prevention of Falls Among Seniors Living in the Community*. Ottawa, Ontario: Federal/Provincial/Territorial Committee of Officials (Seniors) for the Ministers Responsible for Seniors.

Scott, C. and Lagendyk, L. 2012. *Contexts and Models in Primary Healthcare and Their Impact on Interprofessional Relationships*. Canadian Health Services Research Foundation. Canadian Health Services Research Foundation.

Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R. and Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3), 229-244.

Yordi, C.L. and Waldman, J. (1985). Consolidated Model of Long-Term Care: Service Utilization and Cost Impacts. *The Gerontologist*, 25(4), 389-397.



**Appendix 1**  
**Characteristics, Methodology and Results of the Study of Various Integrated Services Models**

<b>Model</b>	<b>Characteristics</b>	<b>Methodology and main study results</b>
<p>System of Integrated Care for Older Persons – SIPA (Quebec)</p> <p>(Béland et al., 2004, 2006)</p>	<p>Adapted, local primary care services.</p> <p>Local organization for a frail seniors population.</p> <p>Mobilizes fast and flexible resources as needed.</p> <p>Continuous quality assurance system.</p> <p>Funding through a per capita tax, and exercise of resulting financial responsibility.</p> <p>Compatibility with Canada’s universal public health insurance system.</p> <p>The case managers come from a multidisciplinary team, are responsible for health care services for seniors, regardless of where they are: at home, in a protected residence, hospital, shelter, day centre or day hospital.</p>	<p><u>Sample</u>: 1,230 seniors residing in a metropolitan area, at two Centre local de services communautaires (CLSC) in Quebec (Côte-des-Neiges and Bordeaux-Cartierville), which retained clinical and financial control of the project. Control group.</p> <p><u>Objective</u>: Examine differences in utilization and costs of health and social services among SIPA participants and users of regular services provided by Quebec health system.</p> <p><u>Results</u>: reduced frequency of access to, attendance, use and costs of institutional services, particularly for people suffering from multiple chronic diseases and various disabilities, as well as those living alone, without increasing the overall health care costs, reducing the quality of care or increasing the burden on seniors and their families.</p>
<p>Réseau de services intégrés – RSI (Quebec)</p> <p>(Demers and Tourigny, 2009; Tourigny et al., 2004)</p>	<p>Six components:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inter-facility coordination.</li> <li>-Single gateway (single access point).</li> <li>-Case management system.</li> <li>-Single assessment tool and a needs classification system.</li> <li>-Individualized services plans.</li> <li>-Continuous information system.</li> </ul>	<p>Quasi-experimental study with measurements taken before and after the experiment.</p> <p><u>Sample</u>: 482 seniors (272 in the test group and 210 in the control group). Semi-urban area, Bois-Francs region, 150 kilometres east of Montreal in the province of Quebec.</p> <p><u>Objective</u>: Determine how the integrated services network affected seniors and their families and the use of social and health services.</p> <p><u>Results</u>: The health of participants in the group that received integrated services did not deteriorate as much. Fewer of these participants wanted to live in a care facility, and fewer of them actually did, compared to the control group. The caregiver burden was reduced.</p>

		It appeared essential that an information system be developed to facilitate communication between professionals from different facilities in the integrated services network.
<p>Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy. <b>PRISMA</b> (Quebec)</p> <p>(Hébert et al., 2003, 2007, 2008)</p>	<p><u>Three mechanisms:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inter-facility cooperation.</li> <li>-Case management.</li> <li>-Single gateway.</li> </ul> <p><u>Three tools:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Multiclientele assessment (OEMC).</li> <li>-Geronto-Geriatric Information System (SIGG).</li> <li>-Individualized services plan, (ISP).</li> </ul> <p>These six components must act in synergy, not independently of one another.</p>	<p>Trial study.</p> <p><u>Sample:</u> 920 seniors over 75 years of age (501 in the test group and 419 in the control group) at risk of becoming unable to function independently. Six regions of Quebec.</p> <p><u>Results:</u> Reduced desire to be placed in a care facility. Reduced caregiver burden. The risk of returning to the emergency department after an initial visit or after discharge from a specialized care hospital was reduced, as was the risk of remaining hospitalized. Enables seniors to continue to function independently without increasing the health and social services system costs.</p>
<p>Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly – <b>CHOICE</b> (Alberta)</p> <p>(MacAdam, 2000)</p>	<p>Seniors who want to use this program must be recommended by professionals in the Alberta health care system. Fees are charged for non-health related services provided by the program.</p> <p>The purpose of this program is to keep seniors in the community as long as possible by providing integrated services. Services are available 24 hours a day, 7 days a week.</p>	<p>The program was evaluated by a consulting firm.</p> <p><u>Results:</u> Users were satisfied with the program. It improved quality of life, reduced use of ambulatory care services, as well as use of ambulances and medication. Overall, the study showed that program participants were kept in the community at lower cost than people not in the program.</p>