



Intégration des services de **1^{re} et 2^e lignes** dans les **services** **jeunesse** : définir et conceptualiser

Synthèse des connaissances

Mai 2019

AUTEURES

PATRICIA BOUCHARD, M. Serv. Soc., professionnelle en ETMISSS

JACKY NDJEPEL, Ph. D. (c), professionnelle en ETMISSS

SYLVIE ST-JACQUES, Ph. D., responsable scientifique

GESTIONNAIRE DU MANDAT

CATHERINE SAFIANYK, M. Sc.: MBA (c), chef de service de l'ETMISSS et de la bibliothèque

COLLABORATRICES

EVE BOUHÉLIER, M. Sc., bibliothécaire

KARINE BINETTE et **NANCY BENOIT**, techniciennes en arts graphiques

ANNE-MARIE TOURVILLE, technicienne en administration (révision linguistique)

Le présent document doit être cité comme suit :

Bouchard, P., Ndjepel, J. et St-Jacques, S. (2019). *Intégration des services de 1^{re} et 2^e lignes dans les services jeunesse : définir et conceptualiser*. Synthèse des connaissances, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 12 pages.

Une production de l'Unité d'évaluation des technologies et mode d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du Centre Intégré Universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale.

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

PRODUCTION

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

525, boulevard Wilfrid-Hamel

Québec (Québec) G1M 2S8

Téléphone : 418 529-9141

Télécopieur : 418 649-3721

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal : 2^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-84023-7 (PDF)

SOMMAIRE

La présente synthèse des connaissances apporte un éclairage sur les concepts et les modèles disponibles pour soutenir l'intégration des services. Selon les écrits scientifiques, la définition de l'intégration des services varie d'un acteur à l'autre, mais la perspective de l'utilisateur demeure un élément central (p.4). Parmi les termes les plus utilisés pour désigner l'intégration des services figurent la coordination, la collaboration, la continuité et l'accessibilité. Malgré l'absence de consensus, la définition d'Agreement Canada (2006) semble faire l'unanimité, car elle est perçue comme étant la plus globale. Cette définition insiste sur le travail de collaboration « [...] pour offrir des services complémentaires, coordonnés dans un système unifié et transparent, pour assurer une continuité des services à l'utilisateur ». Quant aux modèles d'intégration des services, aucun n'a été identifié pour les services sociaux (p.6). Cependant, parmi les modèles d'intégration de services en santé, celui de l'« Arc-en-ciel d'intégration des services » de Valentijn et coll. (2013, 2015) a retenu l'attention (p.6). Ce modèle décrit les dimensions et les caractéristiques de l'intégration des services (p.6). Des facilitateurs et des barrières ont été identifiés dans la littérature scientifique et doivent être considérés pour favoriser l'intégration des services (p.7). Des principes universels (p.7) et des lignes directrices (p.8) permettent aussi de guider cette démarche. Enfin, quelques initiatives d'intégration de services ayant cours au Canada et au Québec pourront s'avérer inspirantes pour que le CIUSSS de la Capitale-Nationale puisse offrir une réponse globale et intégrée aux besoins des jeunes en difficulté et de leurs familles (p.9).

CONTEXTE

En 2015, plusieurs rapports déposés au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont souligné des lacunes dans la continuité des services pour les jeunes en difficulté (JED). Ces rapports ont réaffirmé le besoin de consolider l'offre de services mise en place en vue d'améliorer la continuité, la complémentarité et la cohésion des services proposés. Les récentes « Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022 » prescrivent une meilleure intégration des services afin d'offrir une réponse globale aux besoins de ces jeunes et de leurs familles et de convenir de mécanismes d'accès aux services (MSSS, 2017).

Une disparité et une iniquité dans l'accessibilité, la qualité et l'intensité des services sociaux pour les JED et leurs familles sont observées entre les territoires locaux. L'intégration des services est considérée comme le moyen de choix pour pallier ces difficultés d'accès puisque son objectif est de remédier à la fragmentation des services et d'offrir des soins et des services coordonnés et continus (Shaw, Rosen et Rumbold, 2010). Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, les directions du Programme jeunesse, de la Protection de la jeunesse et des Services multidisciplinaires se sont regroupées pour adresser deux questions à l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS) :

1. Quelles sont les définitions utilisées pour circonscrire l'intégration des services en social?
2. Quels sont les modèles d'intégration des services disponibles dans un contexte social?

MÉTHODE

Afin de répondre à la première question, une recherche documentaire exploratoire a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*, et une recherche de la littérature grise a été menée dans les sites d'évaluation des technologies et des modes d'intervention de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et de l'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INATHA) ainsi que dans plusieurs sites d'associations professionnelles d'intérêt. Pour répondre à la deuxième question, une autre revue de la littérature basée sur une méthode systématique a été réalisée dans les bases de données Medline et PsycInfo pour identifier des modèles d'intégration des services. Les mots clés « intégration des services », « services intégrés », « services sociaux » et « protection de la jeunesse » ont été utilisés en français et en anglais. Une attention particulière a été apportée aux revues systématiques, aux revues de la littérature et aux documents de synthèse. Cependant, leur qualité méthodologique n'a pas été évaluée. Les sites Internet pertinents ont aussi été visités afin d'identifier des initiatives d'intégration des services.

RÉSULTATS

Cette synthèse a été réalisée à partir de cinq documents repérés par la recherche documentaire et retenus en raison de leur crédibilité et de la pertinence de leur contenu. Elle comporte deux revues systématiques de la littérature, une synthèse narrative et deux documents de synthèse.

La première revue systématique porte sur la définition de l'intégration des soins. Cette revue a été menée à partir de 360 études primaires identifiées dans six bases de données bibliographiques en santé et en gestion pour la période de 1998 à 2006 (Suter et coll., 2007), tel que rapporté par Armitage et coll. (2009). La seconde concerne le développement d'une taxonomie des soins intégrés basée sur le modèle de l'« Arc-en-ciel de l'intégration des soins » (Valentijn et coll., 2015). Cette revue, réalisée à partir de trois bases de données bibliographiques, inclut 79 études primaires publiées entre 2002 et 2012.

La synthèse narrative retenue a été réalisée selon un processus itératif comportant une recherche de littérature et un échange entre experts qui a permis d'élaborer le modèle conceptuel de l'« Arc-en-ciel de l'intégration des soins » (Valentijn, Schepman, Opheij et Bruijnzeels, 2013).

Le premier document de synthèse identifié a été réalisé par le CISSS de Chaudière-Appalaches dans le but de définir l'intégration des services et de soutenir la démarche de transformation des services. Il comporte deux recherches de littérature : l'une pour comprendre et circonscrire le concept d'intégration, l'autre pour identifier des modèles d'intégration concrets (Arsenault et Métivier, 2016). Le deuxième est un rapport de recherche basé sur des évidences scientifiques élaboré pour définir l'intégration des soins et donner une vue d'ensemble de ce que l'intégration représente pour la santé publique au Royaume-Uni (Shaw, Rosen et Rumbold 2011).

1. Définition de l'intégration des services

La littérature sur l'intégration des services distingue les concepts d'intégration et de services intégrés (**encadré 1**) (Shaw et coll., 2011). Si les résultats attendus ont pour objectif d'augmenter les bénéfices pour les patients, le terme « services intégrés » est privilégié.

Encadré 1 : Intégration versus services intégrés

Intégration	Services intégrés
Réfère aux processus, aux méthodes et aux outils d'intégration qui soutiennent la mise en place de soins intégrés. L'intégration implique le développement d'un lien entre le système de santé (soins de santé aigus, communautaires et primaires) et les autres systèmes de services (tels que les soins de longue durée, l'éducation ou les services d'hébergement) (Leutz, 1999 : p. 77-78).	Placent la perspective du patient au centre des discussions. Pour développer des services intégrés, les personnes impliquées dans la planification et l'offre de services doivent favoriser la perspective du patient et le maintenir au centre de la prestation de services (Lloyd et Wait, 2005 : p. 7).

Adapté de Shaw et coll., 2011

Une revue systématique sur la définition des services intégrés en santé a permis de recenser plus de 70 concepts et 175 définitions associés à l'intégration des services (Suter et coll., 2007). Aucune définition n'est consensuelle. Les définitions varient selon le terme choisi pour décrire l'intégration des services et manquent souvent de clarté, ce qui rend difficile leur mise en application (Armitage et coll., 2009). Cependant, toutes les définitions mettent l'usager au centre de la démarche d'intégration des services (Arsenault et Métivier, 2016). À ce jour, la définition proposée par Agrément Canada (2006) est celle qui demeure la plus globale (Armitage et coll., 2009) :

« Les services, les intervenants et les organisations qui font partie du continuum [de soins] travaillent conjointement pour offrir des services complémentaires, coordonnés dans un système unifié et transparent, pour assurer une continuité des services à l'usager » (traduction libre, *Canadian Council on Health Services Accreditation*, 2006)

La définition de l'intégration des services diffère selon les perspectives des acteurs (**tableau 1**). Pour l'usager, ce sont les concepts de continuité, d'accessibilité et de collaboration qui définissent l'intégration des services. Pour les intervenants, il est davantage question de collaboration alors que pour les organisations et le gouvernement, le concept de coordination est celui qui revient le plus souvent pour définir l'intégration.

Tableau 1 : Intégration des services selon les perspectives des différents acteurs

Acteurs	Significations de l'intégration des services	Concepts/objectifs
Usagers	• Accès facile et sans rupture aux différents services	Accessibilité et continuité
	• Vivre l'expérience d'une cohérence entre mes services et des services à travers le temps	Cohérence
	• Être considéré comme une personne dans sa globalité et que mes besoins et préférences soient respectés	Respect
	• Toujours savoir qui est la principale personne responsable de mes soins et services	Continuité
	• Moins de visites, éviter la duplication des tests et des évaluations	Continuité
	• Participer à la planification des étapes à venir	Collaboration
	• Participer à l'élaboration de mon plan de soins et de services, savoir quoi faire si les choses changent ou se détériorent	Collaboration
	• Avoir une trousse d'informations et d'outils personnalisés à la fin de mes services (plan de services personnalisés)	Accessibilité
• Ne pas perdre tous mes services si je déménage en dehors des frontières géographiques de mon équipe d'intervenants ou de mon centre de santé	Accessibilité	
Intervenants	• Avoir une organisation du travail qui facilite l'intégration des services (ex. : rencontres cliniques planifiées)	Coordination
	• Travailler avec différents professionnels pour offrir conjointement un service ou des services complémentaires	Collaboration
	• Avoir une collaboration efficace	Collaboration
	• Faire une différence pour l'expérience de l'utilisateur, sa santé et son mieux-être	Efficacité
Organisations	• Avoir une cohérence dans les pratiques administratives pour soutenir le sens et l'intégration des services	Coordination
	• Fusionner ou coordonner les systèmes de soutien (ressources humaines, financières, logistiques, informatiques, etc.) et les systèmes cliniques	Coordination
	• Développer une culture, des valeurs, des normes communes	Cohérence
	• Simplifier et optimiser les processus et les ressources : > Administratives ou cliniques > Internes ou avec les partenaires	Accessibilité
	• Se coordonner avec les partenaires pour : > Mieux répondre aux besoins des usagers > Être plus efficace dans la gestion de l'organisation	Coordination
	• Faire une différence pour : > La population > L'utilisateur, sa santé et son mieux-être, en fonction des capacités et des ressources de l'organisation	Efficacité
Gouvernement	• Coordonner et aligner les politiques, les règles et les cadres de travail entre les différents ministères et les organisations privées	Coordination

Adapté de Arsenaault et Métivier, 2016

Dans le domaine des services jeunesse, l'intégration des services réfère souvent à la continuité (Naert, Roose, Rapp et Vanderplassen, 2017) et à la collaboration (Ogbonnaya et Keeney, 2018). Même si les travaux de ces auteurs ne portent pas sur les définitions de la continuité des soins et de la collaboration, ils apportent des éléments à considérer. Pour Naert et coll. (2017), la définition et la conceptualisation de la continuité des soins en jeunesse sont floues tout comme les avantages et les inconvénients relatifs à sa mise en œuvre. S'inspirant des travaux d'Howarth et Morisson (2007), Ogbonnaya et Keeney (2018) soutiennent que l'intégration représente le plus haut niveau de collaboration. Les partenariats de collaboration dans les services jeunesse peuvent exister selon un continuum allant de la communication (informelle et locale) à l'intégration (officielle et globale) en passant par la coopération, la coordination et la coalition.

2. Modèles d'intégration des services

La majorité des modèles d'intégration des services disponibles concerne les soins de santé. En raison de la complexité des services de santé, de la diversité des clientèles des services et des différents niveaux de soins, un consensus scientifique indique que l'élaboration d'un modèle unifié d'intégration de services *one-size-fit-all* pour toutes les organisations est peu probable (Armitage, 2009; Shaw et coll., 2011). Le modèle d'intégration doit donc s'adapter au contexte (Valentijn et coll., 2013), et sa mise en œuvre implique une stratégie de gestion du changement (Armitage et coll., 2009). En l'absence d'un modèle d'intégration des services unique, Suter et coll. (2007) ont examiné les modèles d'intégration existants qu'ils ont classés en trois grandes catégories (**tableau 2**).

Tableau 2 : Classification des modèles d'intégration de services

Modèles d'intégration	Définitions	Particularités
Système	Modèle à plusieurs composantes, selon les différents niveaux de l'organisation, prenant en compte les relations entre les composantes	Axé sur la gestion du changement et les principales dimensions du système
Programmes / Services	Modèle orienté vers une clientèle particulière	Se concentre sur les processus de soins
Progressif ou séquentiel	Modèle qui se concentre sur un continuum d'étapes ou de niveaux d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptable à la fois sur le plan du système et des programmes/services • Modèle le plus utilisé et le plus cité • Propose des étapes pour atteindre des objectifs de niveaux d'intégration
Constats généraux		
<ul style="list-style-type: none"> • Les frontières entre ces modèles d'intégration demeurent floues. • Il n'existe pas de meilleur modèle d'intégration. • Les modèles d'intégration nécessitent des actions sur différents plans : organisationnel, fonctionnel, professionnel et prestation de services. • La mesure des impacts de l'intégration est essentielle, tant pour l'organisation que pour le patient. 		

Adapté de Suter et coll., 2007

Outre cette classification, le modèle de « l'Arc-en-ciel de l'intégration des soins » (*Rainbow Model of Integrated Care*) (Valentijn et coll., 2013: 2015) figure parmi les modèles d'intégration de services les plus cités. Il est également utilisé pour l'intégration des différents secteurs de services (primaire, secondaire, tertiaire) en santé et en social.

2.1 Modèle de l'Arc-en-ciel de l'intégration des soins

Basé sur une approche systémique, ce modèle (Valentijn et coll., 2013: 2015) propose, dans une perspective holistique, une organisation logique de six dimensions utilisées pour favoriser l'intégration des soins (intégration clinique, professionnelle, organisationnelle, systémique, fonctionnelle et normative) selon la cible (personne ou population générale) et selon trois niveaux d'intégration possibles : macro (niveau système), méso (niveau organisationnel et professionnel) et micro (niveau clinique) (Figure 1). L'identification de ces caractéristiques permet de pallier la confusion conceptuelle, de développer un langage commun et d'offrir un consensus opérationnel pour l'intégration des soins et des services (Valentijn et coll., 2015). Le **tableau 3** présente les dimensions du modèle selon les niveaux d'intégration et les caractéristiques associées.

Figure 1 : Modèle « Arc-en-ciel de l'intégration des soins » (Valentijn et coll., 2013: 2015)

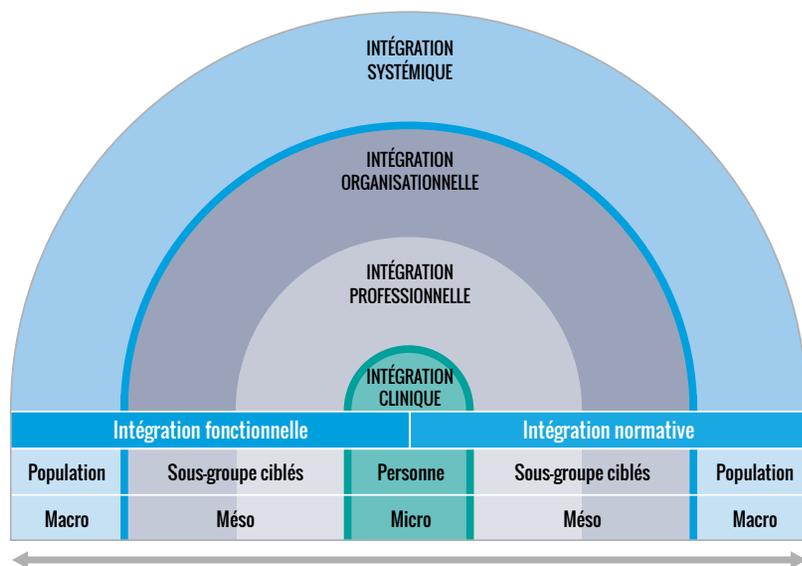


Tableau 3 : Dimensions du modèle « Arc-en-ciel de l'intégration des soins »

	Dimensions	Caractéristiques associées
Niveaux d'intégration	Micro Intégration clinique Coordination des soins centrés sur la personne dans un processus unique, quels que soient le temps, le lieu et la discipline	<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur les besoins du client • Gestion de cas • Continuité • Interactions professionnel-client • Plan de soins pluridisciplinaire individuel • Caractéristiques des services • Besoins de la population
	Meso Intégration professionnelle Partenariats interprofessionnels basés sur un partage des compétences, des rôles et des responsabilités dans le but de fournir un continuum complet de soins à une population définie	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement interprofessionnel • Vision partagée entre professionnels • Accord pour la collaboration interdisciplinaire • Protocoles et lignes directrices multidisciplinaires • Gouvernance interprofessionnelle • Identification de valeurs professionnelles
	Intégration organisationnelle Relations interorganisationnelles (contrats, alliances stratégiques, réseaux de connaissances, fusions, etc.) et mécanismes de gouvernance partagés, afin de fournir des services complets à une population définie	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance interorganisationnelle • Gestion des intérêts • Gestion de la performance • Besoins de la population - objectif commun • Stratégies interorganisationnelles • Leadership managérial • Organisations apprenantes • Gestion des compétences
	Macro Intégration systémique Arrangements politiques (informels ou formels) qui visent à soutenir les professionnels et les organisations dans l'offre d'un continuum de soins global, au bénéfice des personnes et des populations	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des parties prenantes
	Meso Macro Meso Intégration fonctionnelle (dimension de soutien) Ensemble de fonctions et d'activités de soutien (outils et mécanismes pour la gestion financière, humaine, informationnelle) structuré autour de l'offre de services, afin de coordonner la prise de décisions entre organisations et professionnels. Soutien non clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'information • Gestion des services • Rétroaction régulière sur les indicateurs de performance
	Intégration normative (dimension de soutien) Cadre de référence commun (mission, vision, culture et valeurs partagées) entre les organisations, les groupes de professionnels et les individus pour atteindre des objectifs communs	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude collective • Sentiment d'urgence • Comportement fiable • Leadership visionnaire • Vision partagée • Qualité (caractéristiques) de la collaboration informelle • Culture partagée • Transcendance des perceptions • Confiance

Adapté de Valentijn et coll., 2013: 2015

2.2 Facilitateurs et barrières

Dans le but d'assurer le succès d'une démarche d'intégration des services, il est essentiel de s'attarder aux facilitateurs et aux barrières. Le **tableau 4** présente les facilitateurs et les barrières qui ont été identifiés dans la littérature (Arsenault et Métivier, 2016; Ling et coll., 2012; Suter et coll., 2007; Valentijn et coll., 2013; 2015).

Tableau 4 : Facilitateurs et barrières à l'intégration des services

Facilitateurs	Barrières
Leadership de la direction (relations et communication)	
<ul style="list-style-type: none"> • Communication claire et cohérente entre les participants (cadres et personnel) • Implication de tous les participants (vision globale du projet d'intégration) • Communication continue et planifiée entre les cadres supérieurs des organisations partenaires • Bonnes relations entre les individus ou les organisations • Collaboration face à face (colocalisation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une vision claire et partagée de l'intégration • Relations difficiles et désaccords entre les participants ou les organisations
Contexte et culture organisationnels favorables (facteurs contextuels)	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du temps et des ressources pour s'assurer de la compréhension mutuelle et de la répartition claire des tâches • Importance d'une facilitation externe • Culture du travail en commun à favoriser 	<ul style="list-style-type: none"> • Influence externe imprévue (ex. : nouvelle réforme politique extérieure) • Manque (absence) de transparence • Excès de bureaucratie du service public (chaînes d'approbation et lenteur des décisions) • Réduction de personnel et de budgets • Intégration et communication difficiles en présence de plusieurs secteurs d'activités distincts • Limites de temps pour l'intégration de services
Réseaux informatiques et systèmes d'information	
<ul style="list-style-type: none"> • Couplage efficace des données ou autres moyens d'échanger des informations • Création d'un serveur partagé 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstacles au partage de données entre les organisations • Systèmes informatiques non compatibles entre organisations partenaires
Engagement professionnel et partage des valeurs	
<ul style="list-style-type: none"> • Création de croyances communes sur les avantages de l'intégration • Valeurs partagées et accord général dans le personnel • Formation des professionnels pour de nouveaux rôles ou de nouvelles compétences • Partage de la même compréhension du concept d'intégration de services • Personnel autorisé à prendre des risques • Communication des membres du personnel sur les avantages de l'initiative de l'équipe • Leadership clinique (implication des médecins) • Avantage personnel dans l'évolution des modes de travail (altruisme ou gain professionnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de l'identité professionnelle • « Limites professionnelles » perçues • Changements dans les rôles professionnels
Participation antérieure à l'amélioration de la qualité	
<ul style="list-style-type: none"> • Relations existantes ou partenariats officiels entre les organisations participantes 	
Autres	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cibles multiples de l'intégration, large champ d'interventions, changement organisationnel chez les partenaires

Adapté de Arsenault et Métivier (2016); Ling et coll. (2012); Suter et coll. (2007); Valentijn et coll. (2013; 2015)

2.3 L'intégration des services en absence de modèle

En l'absence de modèle unique d'intégration des services, le **tableau 5** présente les dix principes universels qui sont suggérés pour soutenir l'intégration (Suter et coll., 2007).

Tableau 5 : Dix principes universels pour l'intégration des services

1	<p>Services complets offerts dans le continuum de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coopération entre les organisations en santé et en social • Accès au continuum de soins via différentes entrées • Insistance sur le bien-être, la promotion de la santé et des services primaires
2	<p>Accent sur le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Philosophie de services centrés sur les besoins du patient • Engagement et participation du patient • Évaluation des besoins de la population, centrée sur des populations précises
3	<p>Répertoire des services sur un territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximiser l'accessibilité pour le patient et minimiser la duplication de services • Faire une liste : responsabilités pour une population précise, droit du patient de choisir et de sortir
4	<p>Prestation de soins standardisée par des équipes interprofessionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipe interprofessionnelle dans le continuum de soins • Développement par les organisations : guides de pratiques et protocoles basés sur les évidences disponibles permettant d'appliquer une norme de soins, peu importe où les patients sont traités
5	<p>Gestion de la performance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement sur la qualité des services, évaluation et amélioration continue des soins • Diagnostic, traitement et interventions liés aux résultats cliniques
6	<p>Technologies de l'information et mécanismes de communication appropriés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'information de pointe pour le suivi d'activités • Systèmes d'information efficaces qui améliorent la communication et la circulation de l'information à travers le continuum de soins
7	<p>Culture organisationnelle avec un leadership fort et une vision partagée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien organisationnel avec démonstration de l'engagement • Leaders visionnaires et capables d'instaurer une culture forte et cohérente
8	<p>Implication des médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins sont la passerelle vers les systèmes intégrés de prestation de soins de santé • Pivots dans la création et la gestion du dossier patient électronique (guichet unique ou universel) • Inciter les médecins à jouer un rôle de premier plan et à participer au comité pour promouvoir l'adhésion
9	<p>Structure de gouvernance solide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une gouvernance forte, ciblée et diversifiée, représentée par l'ensemble des parties prenantes • Structure organisationnelle qui favorise la coordination entre les milieux de soins (organisations) et les niveaux de soins
10	<p>Bonne gestion financière</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répartition équitable du budget entre les différents services ou niveaux de services • Les mécanismes de financement doivent promouvoir le travail d'équipe interprofessionnelle et la promotion de la santé • Financement suffisant pour assurer des ressources adéquates et un changement durable

Adapté de Suter et coll., 2007

Suter et coll. (2007) suggèrent également de porter une attention au processus, d'accorder du temps à la planification et d'engager les différents acteurs dans le choix des procédures et des stratégies. En soutien aux décideurs et aux autres acteurs impliqués dans l'intégration des services, ils proposent de suivre les lignes directrices suivantes (**tableau 6**).

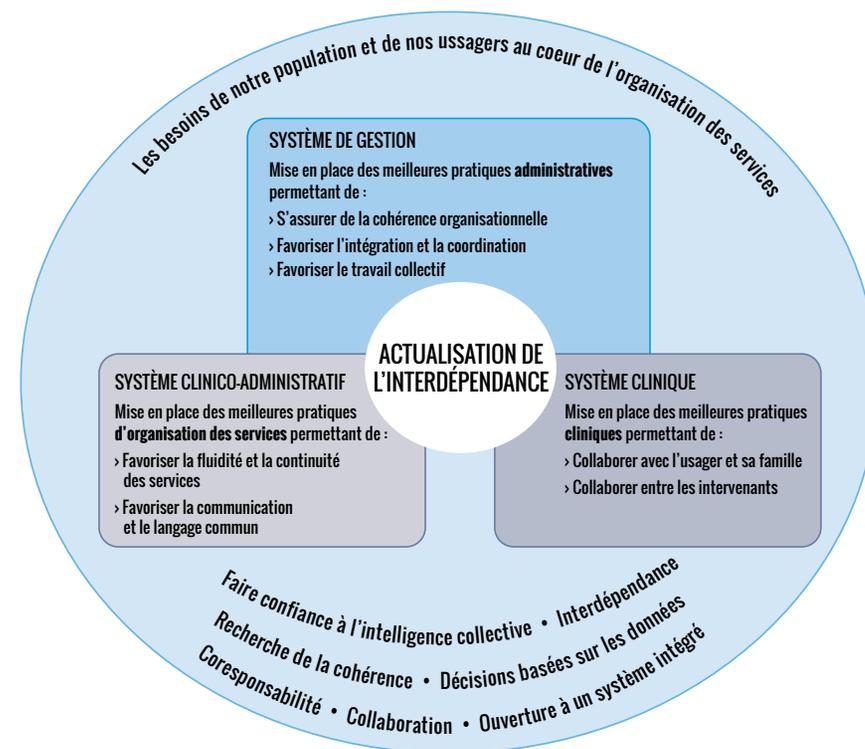
Tableau 6 : Lignes directrices pour l'intégration des services

1	Le changement prend du temps, de l'engagement, des ressources suffisantes de même qu'un leadership fort.
2	La participation de toutes les parties prenantes est essentielle. Un objectif commun et clairement défini doit être établi tôt dans le processus d'intégration. La mise en œuvre de stratégies de gestion du changement facilite l'intégration.
3	Dès le début, il est recommandé d'avoir un cadre conceptuel et des définitions partagées, acceptées et comprises par toutes les parties prenantes.
4	Les soins de santé primaires et les médecins de famille sont souvent considérés comme des éléments majeurs de l'intégration au Canada. Les stratégies visant à mobiliser activement les médecins de famille devraient être axées sur l'établissement de relations.
5	Un consensus sur les étapes nécessaires pour réaliser l'intégration augmente les chances de réussite.
6	Identifier les principes et les processus les plus appropriés pour les systèmes ou services à intégrer aide au développement d'un modèle adapté.
7	L'évaluation et la mesure de l'impact de l'intégration permettent de guider les décideurs et les parties prenantes dans le choix des domaines d'amélioration ou d'ajustement. Des outils appropriés et des indicateurs doivent être identifiés à l'avance et faire partie intégrante du processus d'intégration.

Adapté de Suter et coll., 2007

La **figure 2** illustre le cadre général utilisé pour guider l'intégration de l'ensemble des services de santé et des services sociaux dispensés au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches (Arsenault et Métivier, 2016). L'adhésion à des principes collectifs, le système de gestion, le système clinico-administratif et le système clinique ainsi que l'actualisation de l'interdépendance des systèmes représentent les éléments nécessaires pour assurer une cohérence dans l'intégration des services. Ces éléments peuvent être abordés de manière non séquentielle et priorisés en fonction des besoins. Donner un sens et une vision claire à la transformation attendue et développer une capacité organisationnelle à changer figurent parmi les premières démarches à réaliser par l'organisation (Arsenault et Métivier, 2016).

Figure 2 : Cadre des meilleures pratiques en intégration des services au CISSS de Chaudière-Appalaches



Adapté de Arsenault et Métivier, 2016

2.4 Initiatives d'intégration des services

Au Québec et au Canada, différentes initiatives d'intégration des services de 1^{re} et 2^e ligne en jeunesse ont été mises en place. Le **tableau 7** en présente quelques exemples.

Tableau 7 : Initiatives d'intégration des services

Programmes	Services intégrés	But/mission	Description	Clientèle cible	Valeurs et principes	Modèle d'intégration	Statut/Évaluation
L'Équipe Passage des Basques 2017, Bas-St-Laurent	1 ^{re} et 2 ^e lignes	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la saine évolution des enfants dans une perspective de continuité d'intervention et de collaboration avec la famille et la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe interprofessionnelle intégrée, sous la direction de la protection de la jeunesse (PJ) du CISSS du Bas-St-Laurent Responsabilité : dispenser les services de 1^{re} et 2^e lignes : services généraux, SIPPE, programme JED, santé mentale jeunesse et santé publique, ainsi que l'application des mesures en PJ 	<ul style="list-style-type: none"> Nourrissons Enfants et adolescents de 0 à 17 ans Parents Futurs parents 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement Collaboration Compétence Amélioration continue de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et en services sociaux du Réseau de Collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI) (Careau et coll., 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'implantation (en 2015) Évaluation des effets (en cours)
Programme Élan famille - Intervention en contexte de négligence 2015, Québec	1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes	<ul style="list-style-type: none"> Intervenir de façon concertée pour réduire les difficultés vécues par les jeunes et leur famille, en lien avec les manifestations et les impacts de la négligence 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un accompagnement structuré, intensif et concerté aux familles et enfants âgés de 0 à 12 ans vivant dans un contexte de négligence périodique, récurrente et installée ainsi qu'à leur communauté d'appartenance 	<ul style="list-style-type: none"> Familles exposées à plusieurs facteurs de risque de négligence Enfants de 0 à 12 ans dont la sécurité et le développement sont compromis en vertu des articles 38 b) et c) de la Loi sur la protection de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> Contribution, alliance et coopération des partenaires : Langage commun Participation active Action concertée Réseau de partenaires mobilisés 	<ul style="list-style-type: none"> Approche écosystémique globale et intégrée (démarche communautaire, multidimensionnelle et intégrée) 	<ul style="list-style-type: none"> Expérimenté par des gestionnaires et des intervenants En implantation
Cadre de prestation de services intégrés à l'enfance et à la jeunesse du Nouveau-Brunswick 2015, Nouveau-Brunswick	1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la capacité du système à agir en temps opportun, d'une manière efficace et intégrée en fonction des forces, du profil de risques et des besoins des enfants, des jeunes et de leurs familles Assurer une meilleure coordination entre les ministères et instances impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre de gouvernance et de prestation des services intégrés Offre une gamme de services sociaux et de traitements sur les dépendances et la santé mentale, selon un réseau coordonné, pour répondre aux différents besoins des enfants et des jeunes. Les différents types (ou phases) de services sont étroitement coordonnés entre les fournisseurs de services 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants et jeunes aux besoins multiples (altération modérée ou grave du fonctionnement émotionnel et comportemental) Jusqu'à 18 ans (et 21 ans si fréquentation scolaire dans le système public) 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat Concertation Collaboration Coordination Gouvernance régionale Équipe interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Approche concertée de gestion de cas Axée sur l'enfance et la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible
Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC2)* 2014, Trois-Rivières	1 ^{re} et 2 ^e lignes	<ul style="list-style-type: none"> Que les enfants vivent auprès d'adultes en mesure de porter attention et de répondre à leurs besoins Que les adultes de l'entourage des enfants s'entendent sur le partage des responsabilités et qu'ils collaborent pour assurer le bien-être et le développement optimal des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> Offre une façon commune : <ul style="list-style-type: none"> de « penser » les besoins des enfants (et adultes qui en sont responsables), en fonction des problèmes de négligence d'agir envers ces personnes Structure de gestion : comité de coordination locale Comité de programme : développement du contenu Groupe de formation et supervision codéveloppement Comité d'évaluation de l'implantation et des effets 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants (et figures parentales) : <ul style="list-style-type: none"> Développement ou sécurité compromis, difficultés des parents à assumer leurs responsabilités L'accès aux services ne permet pas d'améliorer la situation L'orientation retenue est le maintien dans la famille et le soutien aux parents 	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire les interventions dans une logique de services intégrés sur le plan local Cadre commun pour comprendre les besoins des enfants et le partage des responsabilités par les adultes de l'entourage 	<ul style="list-style-type: none"> Approche écosystémique 	<ul style="list-style-type: none"> Implanté Évalué

DISCUSSION

Une disparité et une iniquité dans l'accessibilité, la qualité et l'intensité des services sociaux pour les jeunes en difficulté et leurs familles sont observées entre les territoires locaux. Pour apporter une réponse appropriée à cette situation et offrir des services coordonnés et continus, l'intégration des services représente un moyen de choix (Shaw, Rosen et Rumbold, 2011), d'où le besoin des directions du Programme jeunesse, de Protection de la jeunesse et des Services multidisciplinaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale d'en connaître davantage sur la définition et les modèles d'intégration des services disponibles.

L'intégration des services revêt une signification différente pour les usagers, les intervenants, les organisations et le gouvernement. Sa mise en place nécessite le partage d'une vision commune du concept et de son opérationnalisation par les parties prenantes. L'intégration des services exige aussi un arrimage pour la planification, le financement et la prestation de services et suggère l'utilisation d'une combinaison de processus et de mécanismes tout en plaçant l'utilisateur au cœur de la démarche (Arsenault et Métivier, 2016).

Malgré les limites conceptuelles de l'intégration des services, cette synthèse des connaissances a permis d'identifier des balises. En l'absence de modèle d'intégration des services spécifique pour la jeunesse, une bonne planification et une maîtrise des conditions de succès et des obstacles à sa mise œuvre sont essentielles. À ce sujet, donner un sens et une vision claire à la transformation attendue et développer une capacité organisationnelle à changer constituent les premières démarches de l'organisation (Arsenault et Métivier, 2016). Bien que les données présentées dans ce document soient parcellaires, elles pourront soutenir le développement de l'intégration des services et permettre d'amorcer une réflexion sur la manière de concrétiser l'intégration des services jeunesse au sein des établissements de santé et de services sociaux québécois.

RÉFÉRENCES

- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(17), 7-11.
- Arsenault, C. et Métivier, P. (2016). *Intégration des services : « Guide sur les meilleures pratiques. »* CIUSSS de Chaudière-Appalaches.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Careau, E., Brisson, M., Ouellet, N., St-Laurent, E. et Museux, A.-C. (2017). *Équipe Passaje des Basques : Bilan de mise en œuvre d'une équipe interprofessionnelle intégrée en Enfance-Famille-Jeunesse 2015-2016*.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille - Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*.
- Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC2 Guide de programme*. (éd. rév.). Trois-Rivières, QC : CEIDF/UQTR.
- Ling, T., Brereton, L., Conklin, A., Newbould, J. et Roland, M. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care*, 12(24), 1-12.
- Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C. et VANDerplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 75, 116-126.
- Ogbonnaya, I. N. et Keeney, A. J. (2018). A systematic review of the effectiveness of interagency and cross-system collaborations in the United States to improve child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review*, 94, 225-245.
- Programme Élan famille : intervention en contexte de négligence* (2015). Québec : CIUSSS de la Capitale-Nationale, 478p.
- Shaw, S., Rosen, R. et Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*. Nuffield Trust.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Waddell, C., Armitage, G. D., Huebner, L. A. (2007). *Health systems integration. Definitions, processes and impact: a research synthesis*. HSWRU Current research.
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., Bruijnzeels, M. A., Vrijhoef, H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15(4), 1-18.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of Integrated Care*, 13, 1-12.

UETMISSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

