

# *Soins intégrés: notion, bonnes pratiques et conditions de succès*

**Marie-Josée Fleury, Ph.D.**

Université McGill, Département de psychiatrie  
Douglas Institut Universitaire de santé mentale  
E-mail: fleumar@douglas.mcgill.ca

---

*Innovations dans le secteur des Soins de SM pour enfants et  
adolescents: perspectives (inter)nationales !?*

---

*Bruxelles  
Octobre 2016*

# *Plan de la présentation*

---

- 1) Objectifs poursuivis par l'organisation des services en réseau (RIS)
- 2) RIS: Notion, stratégies d'intégration & bonnes pratiques
- 3) Facteurs facilitant ou entravant le déploiement de RIS

# Notion de Réseaux intégrés de services (RIS)

## ☞ *Ce qu'on poursuit comme objectifs:*

- ❖ Augmenter le **dépistage** et l'**intervention précoce**
- ❖ Optimiser les **services dans la communauté & les soins primaires** (90%: SP)
- ❖ Répondre aux **besoins bio-psycho-sociaux** des usagers
- ❖ Diminuer les **duplications** de services
  - ✓ Éviter: que le patient répète son histoire, refasse les mêmes examens..., se présente plusieurs fois à différents services avant de recevoir le bon service
- ❖ Diminuer le **temps d'attente** entre les services ou l'arrêt de services: ↑Continuité
- ❖ Améliorer la **qualité des services** – l'**efficience globale du système**
  - ✓ Surtout quand il s'agit de *clientèles vulnérables* pour lesquelles le « magasinage » de services est difficile
- ❖ Accroître le **partenariat** entre intervenants ☛ usagers & leurs proches
- ❖ Améliorer le **rétablissement** des personnes & l'**insertion sociale**

☞ ↑*Études: RIS sont associés à une ↑meilleure qualité des services & santé des clientèles*

# *Notion de Réseaux intégrés de services (RIS)*

---

## *Définition*

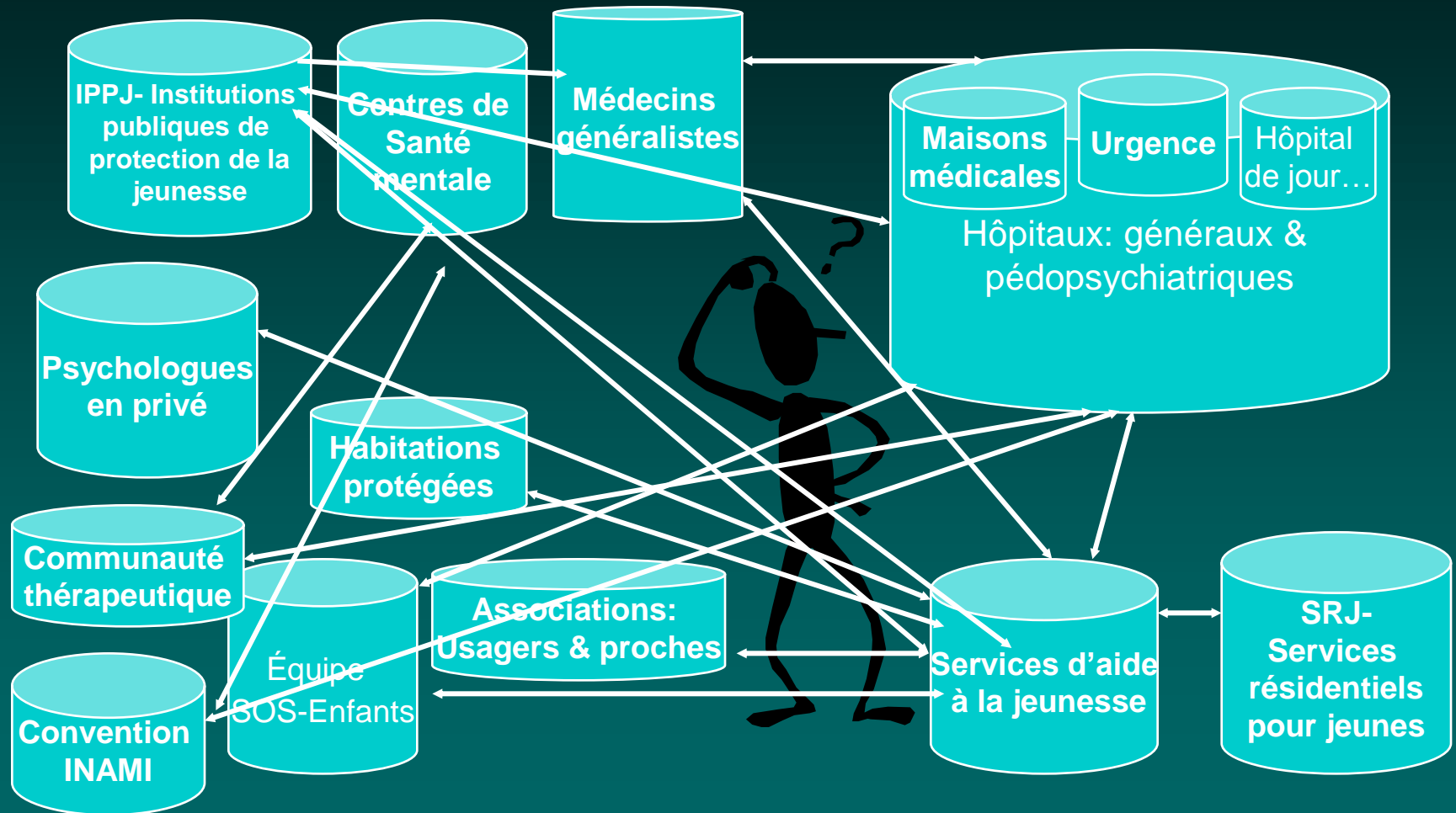
- ❖ La mise en réseau intégré de services est un processus qui consiste à créer et à *maintenir* une gouvernance commune et coordonnée aux niveaux administratif et clinique entre des acteurs organisationnels autonomes d'un territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficacité et de la qualité d'un système ainsi que de la réponse aux besoins et aux résultats relatifs à la santé et au bien-être d'une clientèle.

## *Ce qui implique:*

- ✓ Une importante interdépendance entre les organisations et intervenants (*reconnaissance de l'incapacité de répondre seul aux besoins d'une clientèle*)
- ✓ Une action commune des organisations d'un même domaine d'intervention et d'un territoire
- ✓ Une plus grande responsabilisation des dispensateurs de services par rapport à la santé et au bien-être de la clientèle

# Notions de RIS

## Exemple – « non RIS » - programme SM



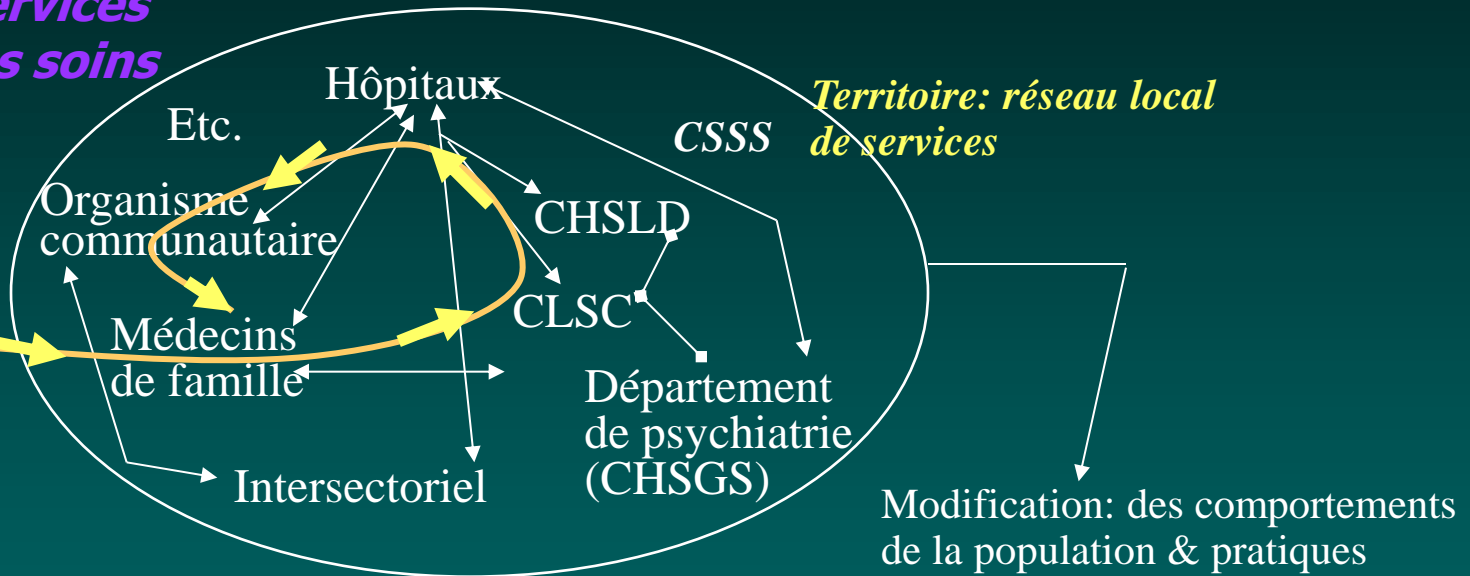
**Pôles:** SM, Santé, Secteur du handicap, Social, Aide à la jeunesse, Société (police, justice, enseignement/scolaire...)

\*Addiction...

# Réseaux intégrés de services

Exemple d'un RIS en santé mentale

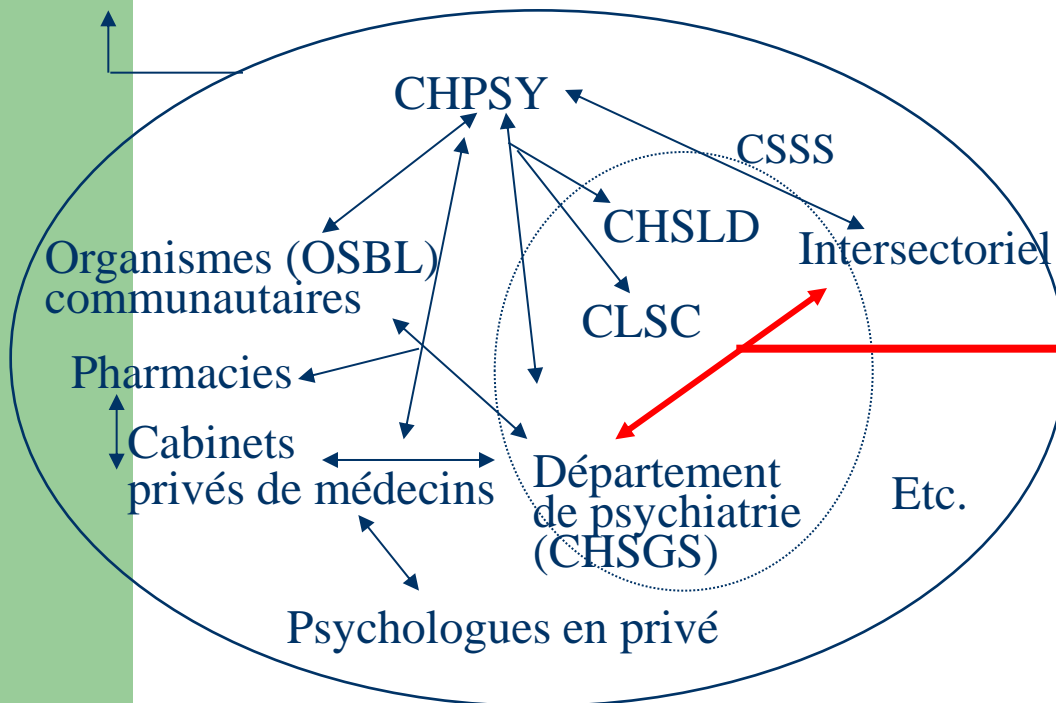
**Trajectoire de services**  
↳ **Continuité des soins**



- Besoins de services (profils cliniques des usagers – déterminants de la santé...)
- Trajectoires (ou profils d'utilisation) de services des usagers
- Mise en œuvre de bonnes pratiques d'intervention

## Aspects importants à considérer pour la mise en œuvre d'un RIS – ex.: santé mentale

- **Gouvernance\*** du réseau (ou *organisation de la cohérence d'ensemble*): table de concertation, coordonnateur de RIS...



- **Gamme de services** en fonction des profils de besoins des usagers\*

- Intensité & continuum de services appropriés (& centralité)

### • Territoire

- Ensemble des partenaires pertinents
- Concepts: volume de clientèle et étendue du territoire

### • **Stratégies d'intégration:**

- Cliniques
- Administratives ou fonctionnelles

- **Bonnes pratiques\***

# Axe besoins – Jeunes

---

## Analyse de besoins de la population pour un RIS

- ✓ Prévalence des TM (~20%): profil clinique et sociodémographique
- ✓ Profils des besoins: sévérité/complexité des troubles (dont: T concomitants)
  - ✓ 50%: enfants et adolescents diagnostiqués ont +1 TM (Conseil du médicament, Québec, 2011)
  - ✓ ±50% des jeunes: TM ont aussi des addictions (*et inversement*)
  - ✓ >20%: ont des déficits fonctionnels substantiels (9 à 17 ans)
  - ✓ 95% jeunes délinquants auraient au moins un TM
- ✓ Plus les TM débutent tôt, et plus ils risquent d'être sévères (☛ *intervention précoce*)
- ✓ Les jeunes utilisent moins de services de SM que les adultes: 30-50% P. TM en Traitement
  - ✓ 70% ne recevraient pas de traitement approprié
  - ✓ Grands consommateurs de soins...



# Gamme de services : *Exemple en santé mentale*

## Services de proximité: (1<sup>er</sup> ligne / soins primaires)

- services de crise (liaison ou dispensation);
- mesures de soutien communautaire (personne pivot, gestionnaires de cas, suivi dans le milieu, etc.);
- services médicaux (omnipraticiens en cabinets privés, cliniques externes, GMF, etc.);
- services d'entraide;
- services de soutien pour les parents et les proches;
- services de réadaptation (centres de jour, ateliers, etc.);
- services professionnels (psychologues, etc.);
- services courants de santé

## Intersectoriel:

- hébergement (ressources de type familial, ressources intermédiaires, appartements supervisés, etc.);
- logement social (offices municipaux d'habitation, coopératives, organismes sans but lucratif, etc.);
- travail (centres locaux d'emploi, services d'Emploi Québec, services externes de main-d'œuvre, l'Office des personnes handicapées du Québec, etc.);
- formation (éducation aux adultes, CÉGEPs, etc.)
- transport (municipal, scolaire et adapté);
- loisirs (municipaux, communautaires, etc.)
- besoins de subsistance (banques alimentaires, comptoirs vestimentaires, etc.)
- aide domestique (coopératives de service, etc.);
- réadaptation (addiction) & collaboration avec services correctionnels (justice et sécurité publique)

Niveau local

## Services spécialisés:

- urgence hospitalière;
- services médicaux en milieu hospitalier;
- hospitalisation;
- hébergement spécialisé et / ou de longue durée;
- services médico-légaux;
- services offerts dans les hôpitaux de jour;
- traitements psychiatriques spécialisées;

Niveau sous-régional  
ou régional

# RIS – Trajectoire fluide de services ex.: santé mentale

Troubles modérés/communs (TC) & TG stabilisés

Troubles graves de SM ou TM complexes

## Trajectoires de services – continuité des soins



# RIS: *Gouvernance*



## ***Leaderships:***

- \*Collectifs
- \*Mobilisateurs
- \*Rassembleurs
- \*Champions cliniques

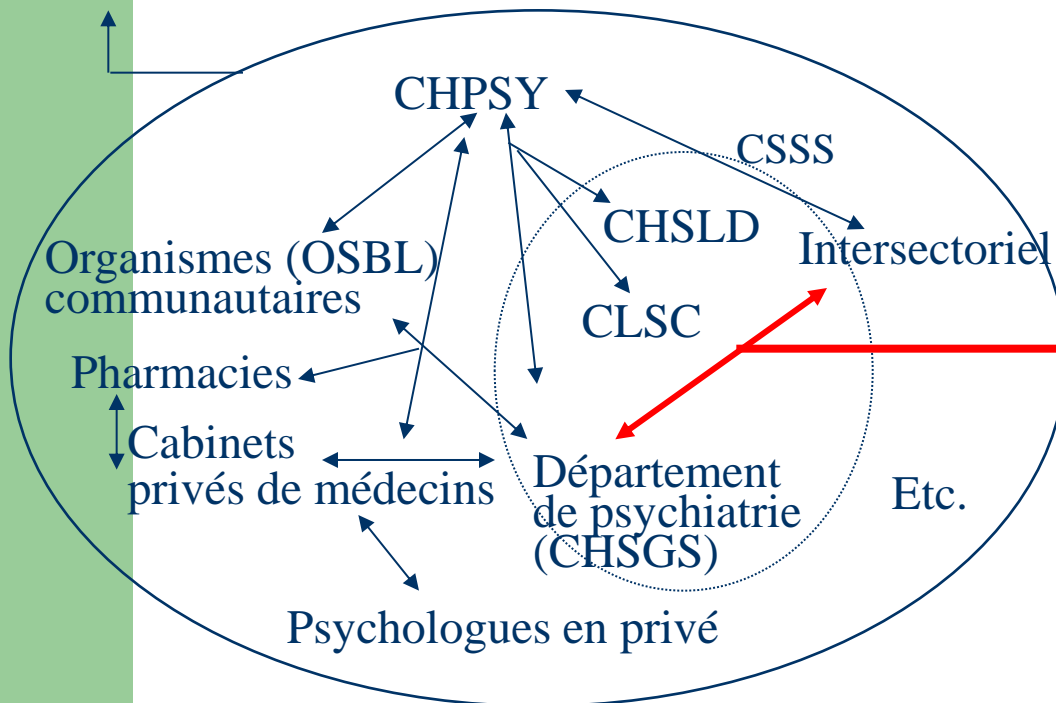
## ***Comités:***

Coordonnateur  
RIS

- 1) Stratégique (cadres supérieurs)
- 2) Tactique (cadres intermédiaires)
- 3) Opérationnel (chefs d'équipes sur le terrain)

## Aspects importants à considérer pour la mise en œuvre d'un RIS – ex.: santé mentale

- **Gouvernance\*** du réseau (ou *organisation de la cohérence d'ensemble*): table de concertation, coordonnateur de services...



- Gamme de services en fonction des profils de besoins des patients

- Intensité & continuum de services appropriés (& centralité)

- Territoire

- Ensemble des partenaires pertinents
- Concepts: volume de clientèle et étendue du territoire

### • **Stratégies d'intégration:**

- Cliniques (et médicales)
- Administratives ou fonctionnelles

- Bonnes pratiques\*

# Inventaire des stratégies d'intégration

Structurelle		Fusions	Regroupements	Occupations partagées	
Fonctionnelle ou administrative	Système de gouverne	Bilatéral*	Trilatéral**	Hiérarchique/négociation	
		Niveaux: stratégique, tactique et opérationnel			
	Système de gestion	Politiques, orientations et planification	Systèmes d'information (télé-médecine)	Normes et relations de travail	
				Système d'imputabilité (monitoring/évaluation)	
		Guichet d'accès aux services	Ententes/contrats de services		
	Système d'allocation des ressources	Budgétisation par programme		Budgét. per capita pondéré	
		Capitation	Paiements à salaire, mixte (acte et salaire): médecins		
Programmes conjoints (services donnés conjointement par plusieurs établissements)					
Clinique	Plans de services	Plans d'intervention	Plans de services individualisés (PSI)	Protocoles de traitement/suivi	
	Gestion de cas	Gestionnaires de cas	Suivi intensif/non intensif / suivi systématique		
	Mécanismes de références inter-organisationnelles		Agents de liaison		
	Formation, « coaching clinique » et stages inter-organisationnels				
	Soins partagés (coordination entre les lignes de services et les services médicaux et psychosociaux)				
	Bottin de ressources				
	Partage d'intervenants entre les organisations				
	Autres outils cliniques	Grille standardisée d'évaluation des besoins; formulaire de référence; formulaire de consentement: etc.			

# Recension des *bonnes pratiques*

- *Travaux CSBE-SM, 2012 – Volume 2: État des connaissances (résultats probants; consensus d'experts); CRDM-IU, 2015 (Les Troubles liés à l'utilisation des substances... )\*\**

## +50 bonnes pratiques TM-addictions, classées en 4 catégories:

- 1) **Approches cliniques** – ex.: **biopsychosociale**, systémique, **rétablissement**, axée sur les forces, réduction des méfaits, **soins par étape** – *stepped care*, basée sur les 12 étapes
- 2) **« Thérapies »** – ex.: thérapie **cognitivo-comportementale**, **entretien motivationnel**, autogestion des soins, gestion de la médication, psychoéducation des familles...
  - ✓ ↑ meilleur accès psychothérapie: G.-B., Australie... *À l'étude: Belgique, Québec...*
  - ✓ ESCC (2002): 52% des Québécois: besoins non comblés – thérapie/counseling
- 3) **Stratégies cliniques & organisationnelles** – ex.: protocoles d'intervention, **PSI**, **gestion de cas**, **SI/SIV**, soutien l'emploi, équipes de liaison: urgences, travail de rue, pair aidant...
- 4) **Programmes ou modèles d'intégration** – ex.: programme 1<sup>e</sup> premières épisodes psychotiques, *Chez Soi (Housing First)*, **soins partagés/collaboration**, traitement intégré TM et addictions, réseau intégré de soins (RIS), *SBIRT\**: détection, intervention brève et orientation vers des services spécialisés, soins chroniques...

\**SBIRT*: Screening, Brief intervention and Referral to Treatment (↑motivation...: 1 ou 2 interventions brèves)

SP: 20 intervenants psychosociaux +2 généralistes / population de 100 000 habitants.

\*\**Fleury et Grenier, 2012, État des connaissances... (site web CSBE); Chauvet...Fleury, 2015, Les troubles liés... (site web CRDM-IU)*

# *Quelques conditions de succès de l'implantation des RIS*

---

- ↑ Structures de gouvernance forte & fort leadership
  - ✓ Niveau stratégique, tactique & opérationnel
- Mobilisation & formation des intervenants afin de répondre aux enjeux des réformes
- Planification & monitoring continu de l'implantation/résultats des RIS
  - ✓ Formalisation du partenariat
- Bonne connaissance du réseau & de ses dynamiques et enjeux
  - ✓ ↑ Culture de collaboration
  - ✓ ↑ Gestion des conflits
  - ✓ ↑ Vision partagée
  - ✓ Focus: ↑ Besoins des usagers & ↑ qualité des services
- Ressources suffisantes et adéquates pour soutenir les transformations

# *Facteurs entravant l'implantation des RIS*

---

- ❖ Résistance au changement (principe d'inertie); Volonté de croissance des organisations
- ❖ Pénurie des ressources et services dans la communauté
- ❖ Synergie des leviers de changements & Contrôle des ressources requises des instances de régulation
- ❖ Modes de paiement des organisations et des médecins (↑capitation)
- ❖ Confinement des psychiatres dans les hôpitaux
- ❖ Faible coordination et prise en charge des TM par les médecins de famille
- ❖ Ampleur des changements à effectuer (RIS) & et adaptation en fonction des types de territoire



# *Conditions de succès de l'implantation des RIS*

---

## *Certaines recommandations*

- ❖ Viser des cibles réalistes et utiles pour soutenir l'engagement et la coopération, & miser sur ces succès pour accroître l'implantation du changement
- ❖ Miser sur l'alternance entre des phases d'importants changements et de maintien des acquis (*pour favoriser: la stabilisation des processus*)
- ❖ Soutenir une flexibilité des modèles en fonction des réalités locales, tout en pouvant inclure une standardisation de certains processus ou composantes clés des modèles (*dont les bonnes pratiques & stratégies d'intégration*)
- ❖ Accroître le rôle de la recherche/ou monitoring pour soutenir les transformations & favoriser le transfert des connaissances

# Conclusion: Forces et enjeux des RIS

---

- ❖ RIS: présentent une voie pertinente et efficiente de refonte des systèmes de SM
- ❖ Ils présentent: un modèle holistique d'organisation des services
  - ✓ Permettant de répondre aux besoins diversifiés de la clientèle –  *dans perspective biopsychosociale où l'intensité & la continuité des services sont adaptées selon les profils de la clientèle*
  - ✓ RIS: intègrent les grandes tendances clés de la refonte des systèmes de soins:
    - Emphase sur ↑services dans la Communauté & Consolidation des soins primaires
    - ↑Bonnes pratiques & les Stratégies d'intégration des services
    - ↑Partenariat entre les intervenants & les usagers et leurs proches
    - ↑Rétablissement des usagers & Monitoring de la performance du système...
- ☹ Notion: qui présente néanmoins des défis majeurs, en raison de la re-modalisation importante des pratiques & le nbr de changements à implanter et à synchroniser
  - ✓ & Particulièrement quant plusieurs pôles sont mobilisés pour répondre aux besoins complexes de certains usagers

# Merci !

*Courriel: [fleamar@douglas.mcgill.ca](mailto:fleamar@douglas.mcgill.ca)*

*Site Web:*

<http://www.douglasrecherche.qc.ca/groups/ad-equation/studies/study-practitioners.asp?l=f>

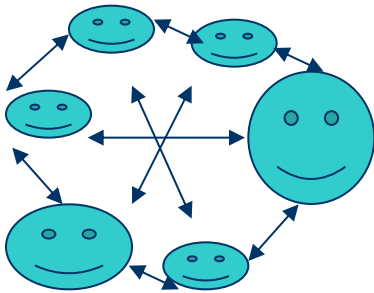
# Notions de réseaux intégrés de services

*Informations supplémentaires*

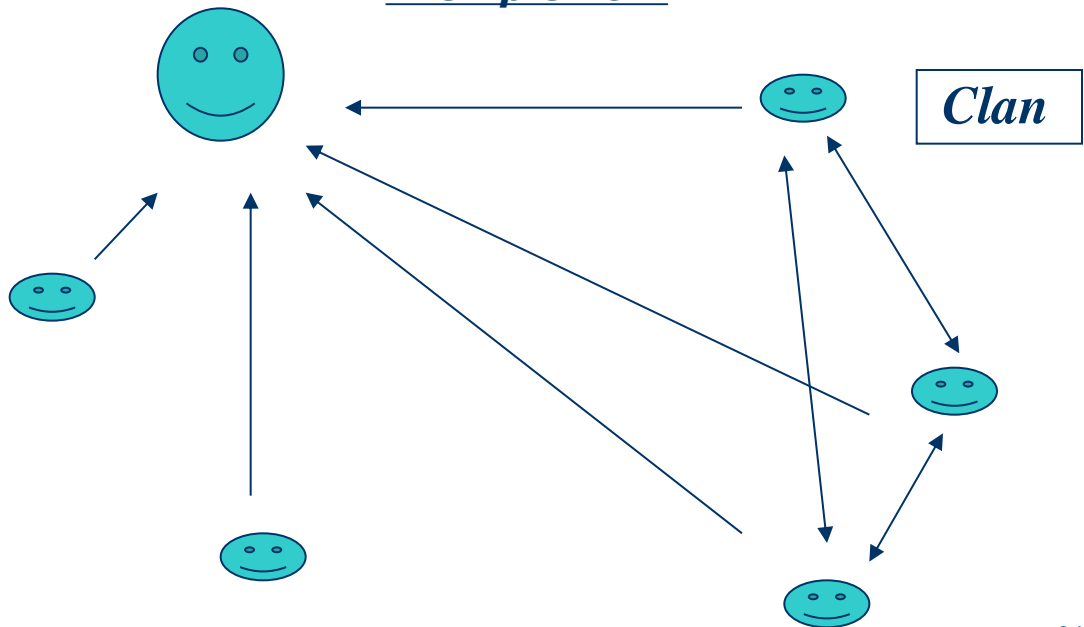
# Principaux concepts structurant l'analyse inter-organisationnelle

## Densité / Centralité / Étendue des relations interorganisationnelles

Exemple no 1



Exemple no 2



# Statistiques comparatives

Belgique, Canada, Québec

Nbr/habitants	<u>Belgique</u> 11 000 100	Canada ~35M	Québec ~8M
Lits psychiatriques	144/ 100 000 (2014)	40/100 000 (2013)	40/100 000 (2010) - ,0,4/1000 0,25: CHSGS; 0,15: CHPSY
Psychiatres	16.9/ 100 000 (2011)	12.7/100 000 (2015)	13.3/100 000 (2015)
Omnipraticiens	1.3/1 000 (2014) ~15 000	1.12/1 000 (2013)	1.17/1 000 (2013) ~9 500
Psychologues	14/ 10 000 (?)	49/100 000 (2013)	91/100 000 (2013)

# Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

## 2) Soins par étape: du moins intensif au plus intensif (coût/bénéfice – niveau populationnel)

Moins intensif



- ✓ autogestion des soins (documentation et web: information sur la maladie, psychoéducation, changement: habitudes de vie, approche motivationnelle)
- ✓ soutien téléphonique bref (adhésion à la médication; psychoéducation)
- ✓ psychothérapie
- ✓ services psychiatriques

Plus intensif



# *Principales variables associées à l'utilisation des services de santé mentale (littérature):*

## Facteurs explicatifs non utilisation:

- ✓ Le désir de régler ses besoins par soi-même
- ✓ Le fait de ne pas être conscient de ses problèmes
- ✓ Les mauvaises expériences passées avec les services
- ✓ Le fait que les professionnels ne tiennent pas suffisamment compte des besoins perçus de la clientèle
- ✓ L'accessibilité aux services ou le manque de ressources
- ✓ La stigmatisation



# Déterminants des TM

## ❖ Causalité à la fois: biologique, comportementale et environnementale

✓ Cumul des déterminants, exposition à âge précoce ou sur période intensive: ↑ **risque**

## ❖ Facteurs de risque / Facteurs de protection: ↑TM:

- ✓ Antécédents psychiatriques familiaux
- ✓ Accès & consommation élevée: drogues / alcool, y compris le tabac
- ✓ Isolement & manque de soutien social et communautaire
- ✓ État inadéquat des quartiers ou manque de cohésion sociale
- ✓ Pauvreté, malnutrition
- ✓ Discriminations raciales et stigmatisation
- ✓ Violence et délinquance
- ✓ Absence d'emploi ou mauvaise condition d'emploi

# Déterminants des TM

## ❖ Facteurs de risque / Facteurs de protection: ↑ TM

- ✓ « Inexistence des facteurs de risque »
- ✓ Quantité et qualité des interactions interpersonnelles
- ✓ Participation & intégration sociale
- ✓ Estime de soi & niveau élevé de résilience
- ✓ Habilitation ou pouvoir d'agir (« *empowerment* »)
- ✓ Qualité de vie
- ✓ Accès, continuité & qualité des services publics, privés et communautaires

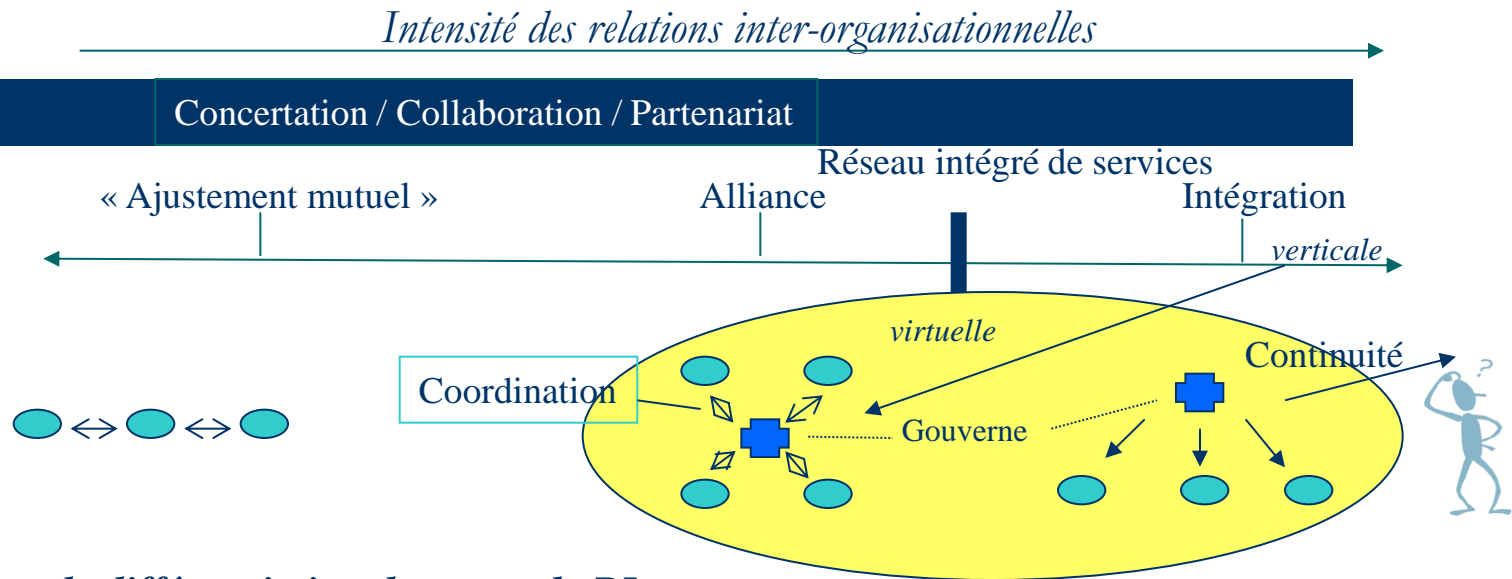
# *Déterminants des TM*

❖ Certains groupes: → Plus à risque de développer: TM

- ✓ Personnes démunies
- ✓ Sans-abris (ou itinérants)
- ✓ Réfugiés
- ✓ Populations autochtones
- ✓ Enfants & adolescents
- ✓ Femmes maltraitées & monoparentales
- ✓ Personnes âgées délaissées

# Types de relations inter-organisationnelles (RI)

## Continuum des types de relations inter-organisationnelles



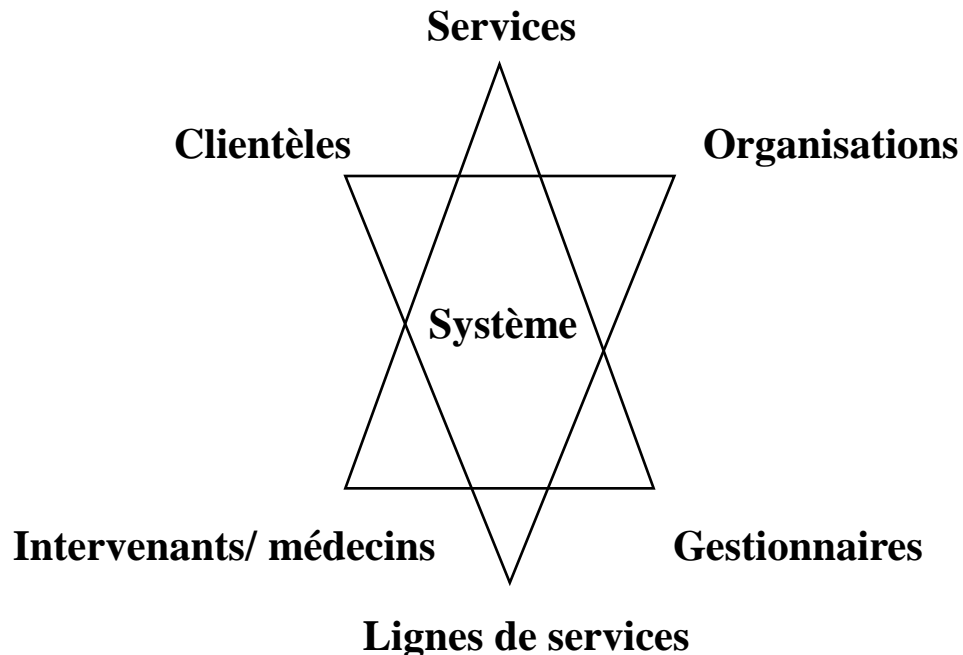
### Critères de différenciation des types de RI

<b>Gouvernance:</b>	Influence	Négociation	Hiérarchique
<b>Formalisation:</b>	Informelle	Moyenne à importante	Importante
<b>Sanctions:</b>	N.A.	Un peu	Beaucoup
<b>Étendue des transactions:</b>	Peu	Importante	Importante
<b>Type de problèmes</b>	Prévention-soins aigus demandant peu de coordination	Chronique & non complexe ou complexe & non chronique	Complexe et chronique (multidimensionnelle, profes. et organis.

# Notions de réseaux intégrés de services

## *Cibles d'intégration*

Les stratégies d'intégration peuvent être déployées autour des cibles suivantes:



*Exemple de stratégies d'intégration déployées par cible:*

- **Clientèles**: gestionnaires de cas\*, **PSI...**
- **Services**: agents de liaison
- **Organisations**: fusions...
- **Lignes de services**: soins partagés\*
- **Gestionnaires**: gouverne forte dans un réseau
- **Intervenants**: formation...
- **Médecins**: ↓ financement à l'acte (par capitation, performance)
- **Système**: modèles d'organisation (RIS, modèle de soins chronique)

# Notion de Réseaux intégrés de services (RIS)

## Principaux impacts des RIS: sur Services & Usagers

### ☞ *Sur les services:*

- ❖ ↓Coûts de 20-30% (du moins: ↓services spécialisés)
- ❖ ↓Hospitalisations & leurs durées (↑: accès rapide à l'hospitalisation brève)
- ❖ ↓Utilisation des services d'urgence (baromètre de la qualité du système de santé)
- ❖ ↑Soins primaires – dont capacité des généralistes: ↑TM
- ❖ ↑Collaboration entre intervenants (↓fragmentation des services)
- ❖ ↑Satisfaction au travail
- ❖ ↑Qualité des soins

# Notion de Réseaux intégrés de services (RIS)

## Principaux impacts des RIS

### ☞ *Sur les usagers:*

- ❖ ↓Symptômes des TM
- ❖ ↑Abstinence chez les consommateurs de substances
- ❖ ↑Fidélité au traitement & adhérence à la médication
- ❖ ↑Fonctionnement social dont: ↑santé physique
- ❖ ↑Stabilité résidentielle
- ❖ ↑Satisfaction envers les services
- ❖ ↑Qualité de vie
- ❖ ↑Rétablissement

*Concluants*

### *Impacts des bonnes pratiques:*

- +  Services  
(↓Hospitalisation...)
- Aspects sociaux  
(↑Réinsertion sociale...)
- Variables cliniques  
(↓TM...)

# Stratégies d'intégration

- *mécanismes, outils, procédures déployer pour intégrer les services*

## 1) Intégration clinique\*

- Rassemble des pratiques variées d'interventions et des procédures qui permettent la coordination et la continuité des soins et des activités nécessaires pour traiter une clientèle
- Elle s'établit sur les plans **a) vertical** ou **b) horizontal**: **a)** dans un même épisode de soins / ou services dispensés dans une même équipe (ou organisation); **b)** ou entre les services de différentes organisations, épisodes de soins ou lignes de services (intégration horizontale ou virtuelle)

## 2) Intégration administrative ou fonctionnelle\*

- Consiste à aligner les mécanismes de la gouverne, de la gestion, de l'allocation des ressources, de la collecte et du traitement de l'information ainsi que de l'évaluation au fonctionnement d'un système intégré ou d'un groupe d'organisations



# Stratégies d'intégration

- *mécanismes, outils, procédures à déployer pour intégrer les services*

3) Intégration des médecins (ou équipes cliniques – travail interdisciplinaire)

4) Intégration structurelle / financière

- Fusion, regroupement d'établissements
- Introduction de la capitation

5) Intégration normative

- Fait référence à l'ensemble des normes, de la culture ou des pratiques devant être modifiées pour établir des services ou systèmes intégrés

6) Intégration systémique

- Accomplissement ultime de l'ensemble des composantes de l'intégration: d'un secteur, programme services ou pour l'ensemble du système sociosanitaire
- 
-

# *Autonomie vs Centralisation*

## *Ou le local vs le régional/national*

RIS – modèle complexe d'organisation des services; ↑ Transformations importantes de l'organisation du système de SM

➤ Niveau Central:

- ✓ **Grandes orientations du système:** ↑ focus besoins populationnelles (usagers); ↑ accessibilité, continuité, qualité...; ↑ travail d'équipe, partenariat; ↑ soins primaires (hiérarchisation); ↑ rétablissement & participation...
- ✓ Balises et incitatifs financiers et normatifs (main-d'œuvre...): adaptation: ↑ RIS
- ✓ Bonnes pratiques & stratégies d'intégration – ↑ Guides de pratique, formation, soutien & monitoring (sur indicateurs de performance)...

# *Autonomie vs Centralisation*

## *Ou le local vs le régional/national*

**RIS** — modèle complexe d'organisation des services; ↑ Transformations importantes de l'organisation du système de SM

➤ Niveau local: Opérationnalisation selon les réalités locales

- ✓ Organisation des RIS: nomination & mobilisation: des comités et acteurs (*tenant compte des critères de succès établis au niveau central*); structuration du RIS (*en tenant compte des balises centrales*); échéancier de réalisation et monitoring (*...balises centrales*)

**Réalités locales:**

- ✓ Types de territoires: urbain, semi-urbain, rural
- ✓ Étendue du territoire, centralité, densité...; Dynamique: collaboration/conflict; Cultures...
- ✓ Besoins des usagers sur le territoire (ex.: au Québec: MTL versus le reste – plus de TM, personnes sans domicile fixe, pauvreté... services spécialisés: 3<sup>e</sup> ligne...)

# Participation des usagers à la prise de décision publique en SM

## Exemple des réalisations au Québec:

### ➤ USAGERS: Plan d'action en SM, 2005-15:

- ❖ Principe: Pouvoir d'agir; Partenariat: usagers-intervenants-décideurs (proches)
- ❖ Participation des usagers: ↑ processus reconnu dans les orientations publiques
- ❖ Un groupe national financé: « Porte-voix du rétablissement » (rôle: ↑ Promouvoir la participation des usagers)
- ❖ Dans les instances de concertation (avec le soutien des organismes communautaires – *Groupes de défenses des droits des usagers*)
  - ✓ Dans les organisations: comités d'administration (CA) et comités des usagers (CU) – Commissaires aux plaintes...
  - ✓ Dans la planification de leur traitement (plan de traitement)
- ❖ Dans certains programmes: SI-SIV (équipes mobiles/ambulatoires)...
  - ✓ Formation accréditée: programme pairs-aidants (Université Laval)

# *Participation des usagers et proches à la prise de décision publique en SM*

## CRITIQUES: Plan d'action en SM (2005-15)

- ❖ Objectifs poursuivis clairs; mais AUCUN mécanisme d'opérationnalisation de la participation; & AUCUNE réédition de compte
  - ✓ Pas de responsable de l'organisation de la participation des usagers & ↓vision claire qu'à leurs rôles attendus ➡ beaucoup: de variations locales et régionales !
  - ✓ PASM: 2015-20: ↑rédaction d'un guide de la participation des usagers (*en cours: comment organiser la participation & le soutien*) & monitoring de la participation... (*à suivre!*)
- ❖ Autres critiques:
  - ✓ Pas de financement pour soutenir la participation des usagers (PAMS, 2015-20)
  - ✓ Réforme socio-sanitaire en cours (2015): grande centralisation du système; moins de place pour les usagers globalement... & ↓RIS local (➡régional: une 20<sup>e</sup> – plus difficile!)
  - ✓ Légitimité de la représentation: si trop professionnalisée, si « trop usagers », formation/accompagnement: adéquat (système de santé: complexe !), 2 usages (*briser l'isolement, ↑stabilité...*), financement de leur travail... !
  - ✓ Consultation pourquoi ? : « réelle concertation: débouchant sur des résultats? » - prise en compte dans l'opérationnalisation du système de SM ??

# Notions de réseaux intégrés de services

*2) Bonnes pratiques  
(Pratiques qui ont fait l'objet de données probantes)*

## *Contexte – Bonnes pratiques & Réforme*

### 3) Gestion de cas ou SIV & SI – *suivi intensif*

- ✓ Pratique développée aux E-U: tournant années 1980
- ✓ Patients avec TG (souvent Tconc.), incapacités fonctionnelles élevées, +hospitalisations, traitements usuels non efficaces
- ✓ CH équipe multidisciplinaire (psychiatre), ratio: 10 usagers/1 intervenant
- ✓ Plusieurs visites par jour ou semaine: selon les besoins

## Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

### 3) Gestion de cas ou **SIV** (*soutien d'intensité variable*) & **SI**

- ✓ Patients avec TG +modérés que SI (↓\$ / ↑nbr personnes)
- ✓ Suivi individualisé moins intensif: réalisé le +communauté
  - 1 visite/semaine; 2 visites/mois
  - ~25 patients/intervenant
- ✓ Différents modèles SIV (coordination avec ressources du réseau & intervention clinique)
  - Objectifs visés par le SIV/SI sont ↑: rétablissement des usagers, niveau de fonctionnement, autonomie / empowerment (pouvoir d'agir)



# Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

## 3) Gestion de cas TM: SI & SIV – Réforme Québec

- ❖ SI: suivi intensif (*assertive community treatment – ACT*) / SIV: soutien d'intensité variable
- ❖ Objectif PASM: SI (70 places); SIV (250 places) – 100 000p.
  - ✓ ~25-30% de la cible; 2011: 52 (SI); 120 (SIV)

# *Recension des bonnes pratiques*

---

## *Composantes clés « Modèle Intégré – TC » – exportables à tout bon traitement*

- 1) Équipe intégrée
  - ✓ spécialistes D & TM (niveau de spécialisation: TM.C – ex.: ↓psychiatres)
- 2) *Approche psychosociale* – globalité des besoins
- 3) « Partage de la décision »: usagers/intervenants – rétablissement, pouvoir d’agir
- 4) Gestion de cas: approche proactive / (+dans la communauté) / ration 1/30 (SI: TM.G)
- 5) Suivi à long terme – intensité variable fluctuant selon le niveau de besoins

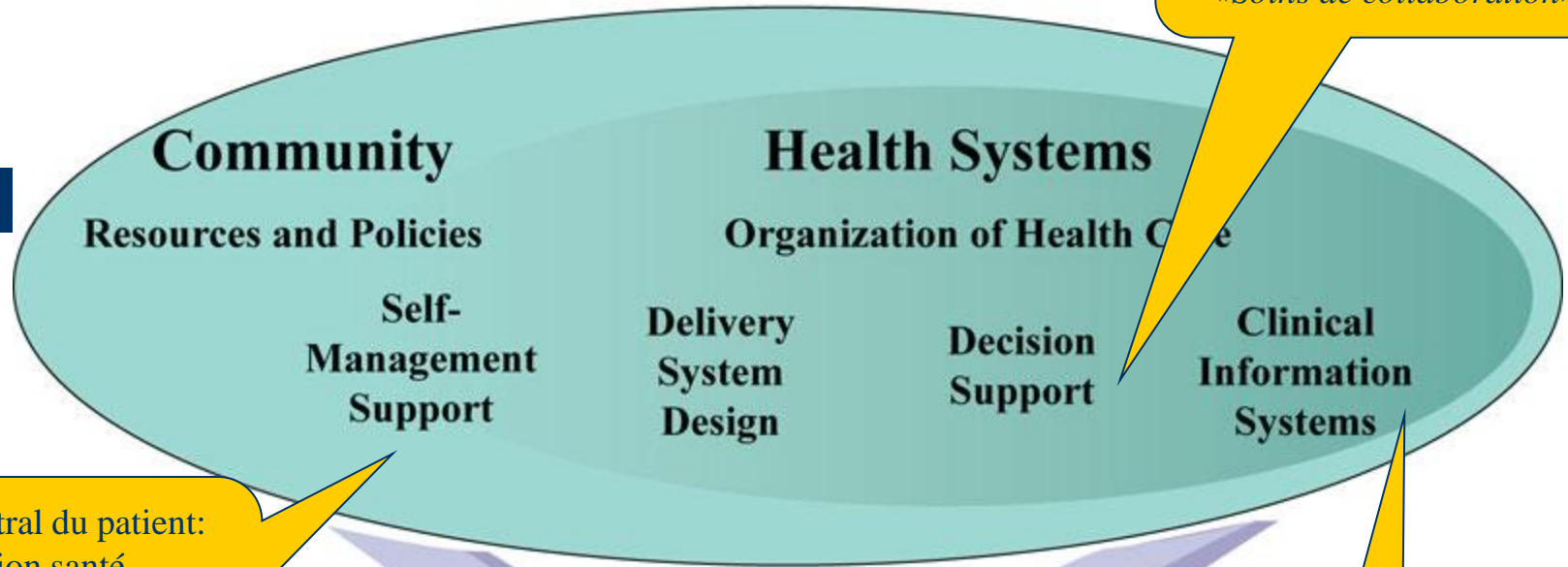
# *Recension des bonnes pratiques*

---

## *Composantes clés « Modèle Intégré – TC » – exportables à tout bon traitement*

- 6) *Réduction des méfaits / approches motivationnelles / thérapie (TCC, pairs-aidants...)*
  - ✓ Psychoéducation, Stratégies de coping (résilience); gestion de la médication (↑adhérence)
- 7) *Alliance thérapeutique / Intégration & psychoéducation des familles*
- 8) *Stages de traitement/changement:*
  - ✓ 1) engagement
  - ✓ 2) persuasion
  - ✓ 3) traitement actif
  - ✓ 4) prévention des rechutes
  - ✓ *précontemplation, contemplation, action, maintien*

# The Chronic Care Model



-Protocoles cliniques  
 -Implication du patient  
 -Formations omnirat.,etc.  
 -«Soins de collaboration»

-Rôle central du patient:  
 gestion santé  
 -Outils: auto-évaluation,  
 atteinte des buts, résolution  
 de problèmes



-rappels de suivi (régulier)  
 -Prévention: groupes  
 vulnérables  
 -monitoring des pratiques

**Autres:**  
 -Questionnaires de cas: patients complexes  
 -Participation patients: groupes communautaires  
 -Collaboration: dispensateurs & communauté  
 -Encourager le changement: système - ↑qualité  
 -Sensible à la culture du patient

**Improved Outcomes**

# *Contexte – Bonnes pratiques & Réforme*

---

## 4) **Modèle de soins chroniques** (de Wagner-2001)

- 1) ↑Outils d'aide à la décision clinique (protocoles cliniques; grilles standardisées de dépistage et de diagnostic, etc.)
- 2) Généralistes: travail de groupe & équipe interdisciplinaire (↓solo)
- 3) ↑Autogestion des soins
  - ✓ Insiste: psychoéducation au patient, ↑bonnes habitudes de vie
- 4) Systèmes d'information clinique (pour l'aide à la décision)
- 5) Optimisation des ressources dans la communauté
- 6) Meilleure organisation d'ensemble et intégration du système de soins

# BONNES PRATIQUES

## Les approches cliniques (n=7)

### 1) *Approche biopsychosociale*

- ✓ Modèle théorique & outil clinique (vue holistique); Réseau D.: 1970; SM: >1989

### 2) *Approche systémique*

- ✓ Focus sur la réinsertion sociale de la personne et son système relationnel et leurs effets sur la consommation
- ✓ Vue le jour dans les années 1950 avec le développement des thérapies familiales; Plusieurs études: effets+

### 3) *Approche du rétablissement (Recovery)*

- ✓ Reliée au mouvement AA; & “consumer survivors”: années 1980
- ✓ ↑ plus d’égalité: usager-intervenant; participation au traitement; Services: entraide, pairs-aidant...

### 4) *Axée sur les forces*

- ✓ Focalise sur la capacité inhérente d’apprendre, de grandir et changer de la personne (et non sur lacunes/besoins)
- ✓ Usagers: vus comme maître d’œuvre de leur relation d’aide; buts fixés par les usagers
- ✓ Interventions favorisées où l’usager vit (*au cœur du modèle SIV...*); CSBE: ↓symptômes négatifs-TM; ↓jours d’hospitalisation



# BONNES PRATIQUES

## *Les approches cliniques (n=7)*

### *5) Approche de réduction des méfaits*

- ✓ Promeut: réduction des conséquences négatives liées aux comportements ou les prévenir (↓judiciarisation...)
- ✓ Permet: l'adaptation des besoins des usagers aux services (et non l'inverse); ↑l'accès aux services
- ✓ Redéfinit: le succès thérapeutique en termes de qualité de vie (et non: SPA consommées)
- ✓ Adoptée: programme-services D.: années 1990 (ex.: *Nez Rouge, Alcochoix+*: ↑2003, *services d'injection supervisée...*)

### *6) Approche par étapes (Stepped-Care)\**

- ✓ Une des composantes du modèle de soins chroniques (ex.: *hypertension, diabète, TM: dépression*)
- ✓ Études alcool, drogues et TC: TM-TUS: efficace pour ↓consommation & ↑engagement en traitement/satisfaction (testée aussi pour la méthadone); perçue comme moins perturbatrice: ➔traï.+intensif
- ✓ Recommandée par Santé Canada: dans les meilleures pratiques pour les TC:TUS-TM

### *7) Modèle de traitement basé sur l'approche des 12 étapes*

- ✓ Ou désigné: « Modèle Minnesota »; approche: ↑années 40: reliée au mouvement AA (l'approche la +utilisée au monde) – AA: contexte non professionnel, d'entraide...
- ✓ Services professionnels: souvent intégrés au traitement interne; ou externe (protocole: *Twelve-Step Facilitation Therapy (TSF)*) ou combinés aux AA...(continuité; soutien social)
- ✓ TSF ou services professionnels combinés aux AA: souvent associés à de meilleurs résultats (↑outcomes)

# BONNES PRATIQUES

## Les thérapies psychosociales et traitements pharmacologiques (n=7)

### 1) *Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*

- ✓ Thérapie visant à travailler: sur les pensées (cognition), les émotions et la réaction ou comportement en adéquation avec la réalité de l'utilisateur
  - Ex.: renforcement des capacités de refus, d'activités pour remplacer la consommation, contrôle des facteurs de besoins...
- ✓ Approche structurée et manualisée; offerte souvent entre 10 à 20 sessions
- ✓ Nombreuses études: démontant l'efficacité de la TCC pour traitement TUS (ex.: projet MATCH, COMBINE)

### 2) *Approche de renforcement par la communauté*

- ✓ Approche thérapeutique comportementale cognitive ciblant le milieu: comme clé de la réussite du traitement (déterminants individuels et environnementaux qui jouent: sur du maintien de l'usage des SPA)
- ✓ Rapportée dans les CRD comme efficace; qualifiée de traitement prometteur par Desrosiers et al., (2010)

### 3) *Prévention des rechutes*

- ✓ Approche en soi ou intégrée après un traitement traditionnel (*aftercare*) – popularisée dans les années 80'
- ✓ Concerne: stratégies d'évitement des rechutes et situations à risque; plan de prévention et d'urgence (promotion: mode de vie sain...)
- ✓ Démontrée efficace avec la TCC ou le modèle des 12 étapes (Desrosiers et al., 2010)





# BONNES PRATIQUES

## *Les thérapies psychosociales et traitements pharmacologiques (n=7)*

### 4) *Approches motivationnelles: entretien motivationnel (EM), Motivational Enhancement Therapy (MET)*

- ✓ Développées: années 1990; utilisées seules ou intégrées à une thérapie; MET: se distingue – par sa standardisation: un protocole d'intervention (intégrant: nouvelle composante: rétroaction personnalisée)
- ✓ Intègrent 4 principes: a) l'empathie; b) réalisation des contradictions (comportements et objectifs); c) atténuer les résistances; d) renforcer les sentiments d'efficacité personnelle
- ✓ Méta-analyses: efficacité de l'EM/MET – concluent à leur efficacité (projet MATCH: 4 sessions, 12 sem.)

### 5) *Supportive-Expressive Psychotherapy (SE)*

- ✓ Thérapie d'orientation psychodynamique d'une durée limitée; manualisée
- ✓ Focalise sur les difficultés interpersonnelles et intrapsychiques de l'utilisateur
- ✓ Qualifié de traitement prometteur par Desrosiers et al., 2010



# BONNES PRATIQUES

## *Les thérapies psychosociales et traitements pharmacologiques (n=7)*

### *6) Traitements pharmacologiques*

- ✓ Selon le NIDA\*: recommandés pour diminuer les symptômes de sevrage (désintoxication) & comme traitement
- ✓ Efficacité démontrée: TUS-alcool (surtout si combinés à une thérapie – COMBINE...)
- ✓ Littérature abondante: médicaments de substitution (méthadone, buprenorphine; fin des années 1980): efficacité démontrée (& encore +: si combinés à un traitement psychosocial) !

### *7) Modèles incluant les membres de l'entourage: Thérapie conjugale comportementale & le Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)\**

- ✓ Focalisent sur les séquences interactionnelles entourant la consommation (développement des habilités relationnelles afin d'augmenter le bien-être conjugal); incluant la participation du conjoint/parents
- ✓ CRAFT: Ibid & intégrant: une composante de confrontation aux situations (membre-famille); manuel standardisé de traitement (12 hrs de rencontre)
- ✓ Résultats positifs, mais adhésion faible & + efficace pour l'entrée en traitement des personnes non volontaires (CRAFT)

# BONNES PRATIQUES

## Les Stratégies organisationnelles et cliniques (n=7)

### ☛ A) Stratégies pour mieux joindre, orienter et faciliter l'accès au traitement

#### 1) Équipe de liaison à l'urgence hospitalière

- ✓ 27 dans 28 urgences hospitalières de 10 régions sociosanitaires du Québec
- ✓ Implantation priorisée dans: *Offre de service en Dépendance* (2007-2012 - 2017)
- ✓ Quelques études québécoises et internationales: effets positifs démontrés (Virage: 2011-12: 700 personnes rencontrées; 60% ont poursuivi leur démarche avec les équipes; 80% des personnes référées: sans service TUS)

#### 2) Travail de rue (Outreach)

- ✓ Pour les clientèles réfractaires au traitement; surtout: personnes en situation d'itinérance
- ✓ Quelques études: où effets positifs démontrés (↑niveau de fonctionnement; ↓nbr-durée: hospitalisation & judiciarisation) & et risque↓ de maladies infectieuses chez les UDI



# BONNES PRATIQUES

## *Les Stratégies organisationnelles et cliniques (n=7)*

### *A) Stratégies pour mieux joindre, orienter et faciliter l'accès au traitement*

#### *3) \*\*Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT)*

- ✓ Guichets d'accès régionaux (sauf MTL: Foster et CRDM-IU) – permettent: évaluation standardisée\*, planification de services adaptés & références: pour la prise en charge adéquate des jeunes
- ✓ Identifient: des trajectoires de services répondant aux besoins des jeunes: définies par les MAJT (CRD) en concertation avec les partenaires...
- ✓ Évaluation de l'implantation: **J. Tremblay** (2014); Diversité des modèles entre les régions: processus de référence, temps de l'évaluation, activités de soutien à l'AEO – *une 30<sup>e</sup> de recommandations pour leur amélioration*

#### *4) Tribunaux de traitement de la toxicomanie: programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)*

- ✓ S'insèrent dans le contexte de la création des tribunaux en toxicomanie (et TM), créés fin des années 1990 (1998: Toronto – toxico.)
- ✓ Le programme offre des traitements structurés et individualisés comme voie de rechange à l'incarcération
- ✓ Programme émanant d'un partenariat entre le tribunal, la sécurité publique, CRD et des centres de thérapie
- ✓ Étude d'implantation en cours: du programme offert au CRDM-IU...

# BONNES PRATIQUES

## *Les Stratégies organisationnelles et cliniques (n=7)*

### *B) Stratégies pour mieux outiller la pratique clinique*

#### *5) Protocoles d'intervention*

- ✓ Depuis 1990: recrudescence du nbr de protocoles d'intervention clinique développés
- ✓ Visent à: ↓risques d'erreurs, ↑standardiser les processus cliniques en fonction de bonnes pratiques
- ✓ Beaucoup: de problèmes d'implantation de ces « stratégies » /adhésion des intervenants ?...
- ✓ Ex.: Protocole d'intervention auprès des usagers à risque de *passage à l'acte suicidaire* (CRDM-IU & Suicide Action Montréal (*grille de soutien à la prise de décision clinique: risques/besoins & orientations*))

#### *6) Guides de pratique – « plus larges: peuvent inclure plusieurs protocoles d'intervention »*

- ✓ SAMHSA\*: 40<sup>e</sup> de protocoles d'intervention: des lignes directrices ou pratiques exemplaires: sur prévention et le traitement des TUS et TM
- ✓ ACRDQ: 7 Guides depuis 2007 sur: toxicomanie; jeu pathologique; TC; les jeunes; la réinsertion sociale; les services à l'entourage des personnes dépendantes; la réadaptation auprès des adultes...

#### *7) Plan de services individualisé (PSI) et plan d'intervention (PI)*

- ✓ PSI: ACRDQ en 2003 – avait recommandé les PSI pour mieux structurer le partenariat...
- ✓ L'implantation du GAIN\*: devrait faciliter la standardisation de l'évaluation et des plans de traitements...

# BONNES PRATIQUES

## Modalités d'intervention et modèles (n=8)\*\*

- 1) *Soins primaires: détection, intervention brève (IB) et orientation vers les services spécialisés (Screening, Brief intervention and Referral to Treatment – SBIRT)*
  - ✓ IB: 1-2 conversations: information, et visant à augmenter la motivation; ↑ciblent: les profils moins sévères
  - ✓ Beaucoup d'études (revues systématiques): effets positifs démontrés (surtout alcool, clientèle adulte, hommes)
  - ✓ Problèmes surtout d'implantation et de mobilisation des médecins
- 2) *Gestion de cas (Case Management)*
  - ✓ Tire ses origines de la pratique du travail social; recommandée par *Santé Canada* dans le traitement des TUS étant donné la complexité du système...
  - ✓ Inclut les fonctions: évaluation des besoins; appariement usagers – aux services; références et liaisons; le suivi (*incluant l'adhérence à la médication*); & la défense des droits
  - ✓ Littérature abondante (et méta-analyse): efficace pour la liaison, mais pas nécessairement pour ↓consommation TUS
- 3) *Suivi intensif (SI) dans le milieu/communauté (SIM) (Assertive Community Treatment – ACT)\**
  - ✓ Développé: TM graves, incluant TUS ou TC; **moins développé** comme 1<sup>e</sup> clientèle cible: **TUS\***
- 4) *Soutien à intensité variable (SIV) (Intensive Cas Management)\**



# BONNES PRATIQUES

## *Modalités d'intervention et modèles (n=8)*

### 5) *Soutien à l'emploi*

- ✓ L'une des mesures à privilégier dans le plan d'action 2005-2006 d'Emploi Québec: une des clientèles visées: TUS (*citée de Desrosiers et al., 2012*)
- ✓ Peu d'études: démontrant que les mesures de réinsertion ciblant la sphère occupationnelle contribuent à augmenter ↑: le taux d'emploi des personnes avec TUS
- ✓ Beaucoup d'études en SM: IPS: démontré plus efficace pour trouver et maintenir les usagers en emploi

### 6) *Pair-aidant*

- ✓ Plusieurs formes dont AA, NA (*E.U: années 1950*) ; TUS: expérimenté auprès des UDI\*: pour favoriser l'injection plus sécuritaire
- ✓ Favorise: savoir expérientiel...
- ✓ E.U: évaluent à 2x d'organismes gérés par les pairs que d'organismes gérés par les professionnels
- ✓ Recension des écrits, 2010: ↓l'hospitalisation; ↑confiance et estime de soi; ↑soutien social & qualité de vie

# BONNES PRATIQUES

## *Modalités d'intervention et modèles (n=8)*

### *7) Programmes d'intervention et d'appui aux familles (PIAF) et programme 6-12 ans*

- ✓ Offerts en ateliers de groupe sur 15 semaines; PIAF: comportements externalisés (E.U.: *Strengthening Families Program* – années 1980); Programme 6-12 ans: problèmes de comportements internalisés
- ✓ Visent à améliorer: a) la communication parents/enfants; b) réduire les facteurs de risque: négligence, abandon, abus physique, discipline inconstante; c) gestion du stress et des émotions...
- ✓ PIAF expérimenté comme pratique de pointe: CRDM-IU & Domrémy-de-la-Mauricie.../ 6-12: CRDM-IU
- ✓ Études d'efficacité pour le Québec: en cours (*Laventure et al.*)

### *8) Programme Logement d'abord (Chez soi; Housing First)*

- ✓ Pour les personnes en situation d'itinérance (TM-TUS); implanté aux E.U.: *Pathway to Housing* – 1992
- ✓ Programme pancanadien: expérimenté entre 2009-2013 dans 5 villes dont Montréal – 2000 participants
- ✓ Efficacité démontrée: ↑soutien en logement, ↓hospitalisation, modeste efficience\$, ↑qualité de vie, et études récentes: ↓consommation...
  - Chez Soi: 62% (groupe SIM) & 31% (groupe SIV): occupaient un appartement dans les derniers 6 mois de l'étude, et 22 et 23% un certain temps durant ce dernier 6 mois





## Notions de réseaux intégrés de services

*4) Autres info. reliées – Présentation Douglas*

# *Inadéquation traitements en 1<sup>e</sup> ligne (soins primaires)*

---

## *👉 Sous-détection en 1<sup>e</sup> ligne s'explique\*:*

- ✓ Troubles moins aigus qu'en services spécialisés
- ✓ Rapidité des rencontres
- ✓ Non reconnaissance du TM par le patient lui-même
- ✓ Certains TM sont mineurs et se régleront d'eux-mêmes
- ✓ Manque de formation des omnipraticiens
- ✓ Manque de temps ou d'intérêts (paiement à l'acte); stigmatisation
- ✓ Non utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation diagnostique...

# Contexte – Pourquoi consolider soins primaires SM?

## ☞ (3) Le Rôle des généralistes:

*Nos études et littérature internationale soulignent:*

- ✓ Généralistes: moins à l'aise – traitement: troubles de la personnalité, troubles bipolaires, schizophrénie (*surtout en phase aiguë*), addictions, TM jeunes
- ✓ Ils font surtout: suivi de la médication et thérapie de soutien (*rencontres: brèves*)
- ✓ Ils ont peu déployé d'outils cliniques ou de collaboration qualifiés de bonnes pratiques
  - ✓ Questionnaires de dépistage, protocoles de traitement/guides de bonnes pratiques, système d'information clinique... \*Peu développés globalement (*Dépendance: ↑outils d'évaluation*)
- ✓ Ils se coordonnent peu avec le réseau de SM...; continuité des services qu'ils assurent auprès des patients est questionnable (*nbr de visites: <8-10; en -deçà des standards de pratiques pour le suivi des TM*)

# Constats clés: recherche

---

## *Variables associées à la prise en charge par les généralistes des patients avec TM*

### (1) Caractéristiques personnelles des généralistes

- ❑ Intérêt
- ❑ Connaissances TM/sentiment de confiance → formation continue TM
- ❑ Séniorité ou pratiques passées ou parallèles en psychiatrie
- ❑ Volume de la clientèle
- ❑ Capacité d'écoute, empathie

### (2) Lieux de pratique

- ❑ Pratiques médicales de groupe (*CR, GMF, CLSC...*)
- ❑ Équipe multidisciplinaire de SM – *infirmières, psychologues, travailleurs sociaux...*
- ❑ Mode paiement (*↓acte*)
- ❑ Nbr de lieux de pratique
- ❑ Mécanismes de coordination formalisés (*soins partagés...*)

# Constats clés: recherche

---

## *Variables associées à la prise en charge par les généralistes des patients avec TM*

### **(3) Profil des patients**

- ❖ La complexité des cas = ↓prise en charge
  - ✓ Certains diagnostics (TM graves), T concomitants, patients précaires...