

## Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle

### *Case report of a regional healthcare integration based on a populational approach*

Sossa O<sup>1</sup>, Champagne F<sup>2</sup>, Leduc N<sup>3</sup>

#### Résumé

Cet article présente une programmation régionale du système de santé comportant une approche d'intégration des soins et une approche populationnelle. De plus en plus, la notion de responsabilité populationnelle est présente dans la plupart des réformes des systèmes de santé. Ce concept suppose la convergence des efforts à l'égard de la santé et du bien-être d'une population donnée et à l'égard de déterminants de la santé incluant l'accès à des services de qualité pour cette population. Il s'établit un consensus sur la nécessité d'une relation directe et durable entre les prestataires et la population du territoire desservi. Ceci permet de tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leur famille, ainsi que d'assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre. C'est dans cette optique que la Programmation régionale de services ambulatoires (PRSA), initiative d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle, présente un intérêt dans la planification de l'offre de soins et services. Cet article vise donc à décrire la PRSA, à la modéliser et à analyser son bien-fondé, c'est-à-dire la plausibilité des mécanismes causaux présumés.

**Prat Organ Soins. 2011;42(4):235-244**

*Mots-clés* : Responsabilité populationnelle ; intégration des soins ; réseau de santé ; système de soins intégrés.

#### Summary

This article aims to present a regional initiative which combines integration and populational approach in healthcare organisations. The majority of healthcare reforms insist on the populational responsibility to optimize the services impact on population's health. This concept is based on the conviction that health is collective, therefore necessary to maintain and develop. In addition, there are more and more consensus on the necessity to establish a direct and durable relationship between care providers and communities. Thus, a way to be able to considerate the patient's personal and social contexts and to ensure continuous care.

This article based on the Regional Programming of ambulatory services (PRSA) of Laval, analyzes this program as an innovative solution concerning the introduction of populational approach in healthcare. So, we explore the PRSA's pertinence by modelling and analyzing its supposed causal mechanisms.

**Prat Organ Soins. 2011;42(4):235-244**

*Keywords*: Populational responsibility; healthcare integration; health network; delivery of health care, integrated.

<sup>1</sup> PhD en santé publique, Université de Montréal.

<sup>2</sup> PhD, Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

<sup>3</sup> PhD, Professeure titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

## INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, deux approches de planification des soins et services sont souvent présentées : l'une populationnelle et l'autre institutionnelle [1]. Ces deux approches relèvent de deux logiques différentes quoique complémentaires. L'approche populationnelle relève d'une logique mettant l'accent sur la demande dans le but d'adapter les soins et services aux besoins de la population. L'approche institutionnelle adopte une logique axée sur l'offre et vise à améliorer l'offre de soins et services en fonction des critères de qualité et d'efficacité. Selon plusieurs auteurs [2, 3], l'approche institutionnelle, longtemps privilégiée par les pouvoirs publics, l'est de moins en moins. Les autorités régionales et locales sont de plus en plus appelées à assumer une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus de leur territoire. Elles mettent particulièrement l'accent sur l'accessibilité aux services appropriés et sur l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie [4]. Cette nouvelle approche introduit donc la notion de responsabilité populationnelle qui suppose la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent. Les niveaux local et régional sont désormais les échelons de pilotage stratégique pour une gestion plus cohérente et intégrée du système de santé et de soins tenant compte des spécificités de chaque territoire. Les différents acteurs de santé d'un territoire donné partagent une responsabilité collective envers la population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé [4]. Le concept de responsabilité populationnelle se trouve ainsi au cœur de nombreuses réflexions politiques et institutionnelles sur la modernisation de la gouvernance des systèmes de santé. Il s'agit d'une approche de gestion des services de santé visant à assurer et à améliorer l'état de santé de la population d'un territoire donné [5] et prenant en compte les inégalités en matière de santé [6, 7]. La manière dont elle va pouvoir s'articuler pour aboutir à des politiques régionales cohérentes, autour d'objectifs bien définis, constitue un défi majeur.

Cet article présente un modèle d'organisation des soins et services menée à un niveau régional. Les éléments fondamentaux mis en avant par le modèle sont : 1) une substitution des activités hospitalières en activités ambulatoires ; 2) une accessibilité accrue aux services spécialisés de courte durée et aux nouvelles technologies ambulatoires (médecine ambulatoire) ; 3) une poursuite de l'efficacité clinique ; 4) une meilleure continuité et qualité des soins ; 5) une coordination clinique efficace ; 6) des services adaptés aux patients et non l'inverse, en concordance avec une meilleure articulation des aspects cliniques et administratifs ; 7) une prise en charge par les patients de leur maladie.

Dans un premier temps, nous avons présenté la description et la modélisation de l'intervention. Ensuite, nous avons examiné la plausibilité des principales hypothèses du modèle en utilisant une revue exhaustive de la littérature et avons conclu sur son bien-fondé.

## DESCRIPTION ET MODÉLISATION DE L'INTERVENTION

Face aux difficultés liées notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques ou à la prise en charge lourde et aux contraintes budgétaires, la région de Laval (l'une des 18 régions sociosanitaires du Québec) a entrepris en 1994 une réorganisation des services de santé. La région de Laval est située dans la banlieue de Montréal et constitue la septième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec. La population totale de Laval est passée de 332 479 en 1994 à 391 141 habitants en 2009<sup>1</sup>. La réorganisation proposée par les autorités sanitaires de Laval est connue sous le nom de Programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) et vise à accroître l'accessibilité aux services de courte durée.

### 1. Description de la démarche de la PRSA

La conception de la PRSA a été élaborée en cinq phases :

- élaboration du profil de consommation de services ;
- identification des maladies prioritaires ;
- identification des interventions cliniques efficaces ;
- élaboration de l'offre de service ;
- organisation des services.

#### *a) Phases 1 et 2 : élaboration du profil de consommation des soins et identification des maladies prioritaires*

La première phase de l'élaboration de la programmation régionale des services ambulatoires a été l'identification et l'analyse des besoins de la population lavalloise en termes de demandes et d'offre de soins et de services de santé pour la région de Laval. Les données concernant l'hospitalisation des Lavallois en 1994-1995, période de référence utilisée par le Comité d'implantation du Centre de soins et de services ambulatoires de Laval, ont été analysées. Son but était d'identifier les maladies prioritaires pour lesquelles il était nécessaire de renforcer les services afin d'assurer une meilleure rétention de la clientèle en rendant accessible des services spécifiques.

<sup>1</sup> Institut de la statistique du Québec (ISQ). Données démographiques régionales, Laval, 2006-2008, mise à jour du 14 avril 2009.

### **b) Phases 3 et 4 : identification des interventions cliniques efficaces et élaboration de l'offre de service**

Tous les fournisseurs de soins de la région de Laval ont été associés pour identifier les interventions cliniques efficaces et élaborer l'offre de service.

Après l'analyse des principaux motifs d'hospitalisation des Lavallois, 87 maladies ont été retenues en fonction de deux critères : leur prévalence en milieu hospitalier et la capacité à les traiter par des pratiques ambulatoires innovatrices. Pour chacune de ces maladies, le comité a décrit les pratiques habituelles et celles à mettre en place afin de substituer ces pratiques conventionnelles hospitalières par des soins ambulatoires. Cela a permis d'identifier les maladies dont la durée moyenne de séjour hospitalier pouvait être réduite par une prise en charge ambulatoire. Des protocoles cliniques ambulatoires ont été développés. Les principaux dispensateurs de services pour chacune des maladies ciblées ainsi que les leaders cliniques régionaux des problématiques de santé identifiées ont été sollicités pour évaluer la faisabilité et les modalités à mettre en place pour réviser et adapter ces pratiques cliniques. Ces acteurs ont procédé à une revue et à une identification des meilleures pratiques cliniques qui avaient déjà fait leurs preuves et qui étaient référencées dans la littérature scientifique.

### **c) Phase 5 : organisation des services**

Dans l'organisation des services de la PRSA, l'accent a été mis sur la consolidation d'un réseau intégré de soins à travers l'intégration des ressources et des services au niveau régional. L'émergence d'un réseau intégré de soins découlait de la prise de conscience, par les établissements de la région de Laval, de la similarité des problèmes qu'ils vivent (vieillesse de la population et financement insuffisant, duplication des services et peu de continuité des soins, coordination clinique inefficace et faible coopération entre les organisations). L'approche de réseau intégré au cœur de la PRSA a été élaborée dans un souci d'optimisation des ressources et exigeait donc le développement d'un esprit de collaboration entre les différents acteurs du système de soins de Laval. Cela impliquait une intensification des rapports entre les établissements de santé. Afin d'obtenir un suivi systématique du patient et une harmonisation des pratiques, la complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires nécessitait un partenariat structuré et élaboré entre les établissements de santé du territoire de Laval. Il s'agissait d'un changement culturel important qui permettait de renforcer l'intégration clinique. Au-delà de cette intégration clinique des pratiques dans les sept établissements, la PRSA prévoyait l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de systèmes d'information.

Tableau I

Les différentes approches utilisées dans la programmation ambulatoire de services ambulatoires de Laval.

*Approche populationnelle* : élaboration d'un cadre structuré d'analyse des besoins de la population lavalloise en termes d'épisode de soins et sur l'offre de service pour assurer une programmation capable d'accroître l'accès aux soins et améliorer la rétention de la clientèle à l'intérieur de la région.

*Approche de réseau intégré* : coalition entre les sept établissements publics du réseau lavallois pour assurer un suivi plus systématique, une harmonisation des pratiques, une complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires, et l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de système d'information dans le but d'optimiser la gestion des ressources. Création du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) pour dispenser des soins et services ambulatoires et coordonner le processus clinique ambulatoire.

*Approche de case management* : adoption de protocoles de soins normalisés pour guider la prestation de soins dans chacun des établissements impliqués dans le continuum de soins dans le but de diminuer la consommation des ressources hospitalières, et l'implantation de systèmes d'information pour soutenir la transmission d'informations cliniques ainsi que la diffusion et le suivi des protocoles régionaux entre les établissements impliqués.

## **2. Modélisation de la PRSA**

Dans la section précédente, nous avons décrit la démarche de l'élaboration de la PRSA. Cette description permet de mettre en évidence les différentes approches au cœur de la programmation (tableau I).

Le modèle mis en avant à Laval (figure 1) prévoyait :

- 1) une planification populationnelle basée sur une analyse des habitudes de consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et pour élaborer une offre de services plus adaptés ;
- 2) une intégration des soins au niveau régional pour renforcer et consolider les efforts de coopération entre les différents prestataires de soins de la région et accroître ainsi le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins ;
- 3) une approche de *case management* caractérisée par une adoption de protocoles de soins dans chacun des établissements impliqués dans le continuum de soins.

La transmission des informations cliniques et le suivi des protocoles étaient soutenus par le système d'information. Selon le modèle, une planification populationnelle caractérisée par l'évaluation des besoins et la priorisation des actions devaient permettre une programmation capable d'offrir des soins et services plus adaptés aux besoins de la population. Cette planification populationnelle permettait également de faciliter la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles pour consolider le réseau intégré de soins. C'est cette intégration qui devait permettre un meilleur rendement clinique et par conséquent une meilleure

efficience globale, une meilleure globalité et une meilleure compatibilité des soins [8], c'est-à-dire des soins plus justes (appropriés et pertinents) et continus. La compatibilité des soins était également renforcée par la démarche de planification populationnelle grâce à l'élaboration d'une offre régionale de soins et services adaptés aux besoins de la population. Les effets combinés de la compatibilité des soins, de la globalité et de l'amélioration du rendement clinique devaient permettre d'améliorer l'accessibilité, d'augmenter la rétention régionale de la population et ultimement d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Enfin, l'intégration clinique contribuait à renforcer la stratégie de virage ambulatoire devant permettre de réduire la durée moyenne de séjour et augmenter le volume des demandes de soins traitées, contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité et à l'objectif d'augmentation de la rétention régionale.

Deux hypothèses se dégagent du modèle de la PRSA : *Hypothèse 1* : la planification populationnelle des services contribue à la consolidation d'un réseau intégré et à une meilleure adéquation des soins et services proposés. *Hypothèse 2* : l'intégration des soins au niveau régional contribue à améliorer le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins et à accroître l'accessibilité aux soins.

## ANALYSE DU BIEN-FONDÉ DE LA PRSA

L'analyse du bien-fondé de la PRSA reposait sur une recension critique des connaissances dans le but d'examiner la cohérence entre ces connaissances et les mécanismes causaux présumés de la PRSA. Une revue exhaustive de la littérature a permis d'analyser les deux principales hypothèses soulevées par la modélisation de la PRSA citées plus haut.

### 1. Sélection des articles

La recherche des articles a été réalisée avec l'aide d'une bibliothécaire pour identifier les mots-clés et les études s'y rapportant. Elle a été faite à partir des bases de données Medline/PubMed et Embase. Les mots-clés utilisés dans la stratégie de sélection des articles ainsi que la période de référence ont varié selon les hypothèses.

### 2. Sélection des articles pour l'hypothèse 1

La période de référence pour la sélection des articles allait de janvier 1980 à avril 2010. En effet, la littérature sur la planification populationnelle des soins a été abondante bien avant les années 2000.

Dans un premier temps, les mots-clés [*regional health planning OR population health planning*] AND [*delivery*

*of health care, integrated OR integrated healthcare or systems integration OR continuity of patient care OR appropriateness*] ont été utilisés et ont permis de recenser 158 articles. Après une lecture des résumés, 136 articles ont été exclus. Pour être retenus, les articles devaient être publiés en anglais ou en français et basés sur des études empiriques (études évaluatives ou analyses d'expérimentation) portant sur une expérience de planification des soins avec une dimension territoriale (locale ou régionale). Après une lecture complète des 22 articles restants, 16 articles ont été retenus pour analyser l'impact d'une planification populationnelle des services sur la consolidation d'un réseau intégré et sur l'adéquation des soins et services offerts à la population.

### 3. Sélection des articles pour l'hypothèse 2

La période de référence pour la sélection des articles allait de janvier 2000 à avril 2010. Dans un premier temps, les mots-clés suivants ont été retenus pour la recherche des articles: [*delivery of health care, integrated OR integrated healthcare OR systems integration*] AND [*appropriateness OR effectiveness OR efficiency OR health services accessibility OR quality of health care OR continuity of patient care*]. Cette étape a permis la présélection de 1290 articles. La sélection des études empiriques a été faite en limitant la recherche aux types de publication suivants : *case reports OR classical article OR clinical trial OR comparative study OR controlled clinical trial OR evaluation studies OR meta analysis OR multicenter study OR randomized controlled trial*. Trente-huit articles basés sur des études empiriques ont été retenus. La lecture de ces articles a permis d'en retenir 16. Pour être retenus, les articles devaient porter sur une expérience d'intégration des soins avec une dimension territoriale (locale ou régionale). Ces articles permettaient d'examiner d'une part la contribution de l'intégration des soins au niveau régional sur l'accessibilité aux soins, et d'autre part la contribution de l'intégration des soins au niveau régional sur l'amélioration du rendement clinique, de la compatibilité et de la globalité des soins.

Au total, la stratégie de recherche des articles a permis de recenser 17 articles distincts pour examiner l'ensemble des hypothèses retenues. Le détail de ces articles est présenté en annexe.

#### *Hypothèse 1a) La planification populationnelle des services contribue à la consolidation d'un réseau intégré.*

Cinq études [9-13] ont examiné des modèles de planification populationnelle et leur contribution à la consolidation d'un réseau intégré au niveau régional. Elles sont basées sur des études de cas visant à analyser des

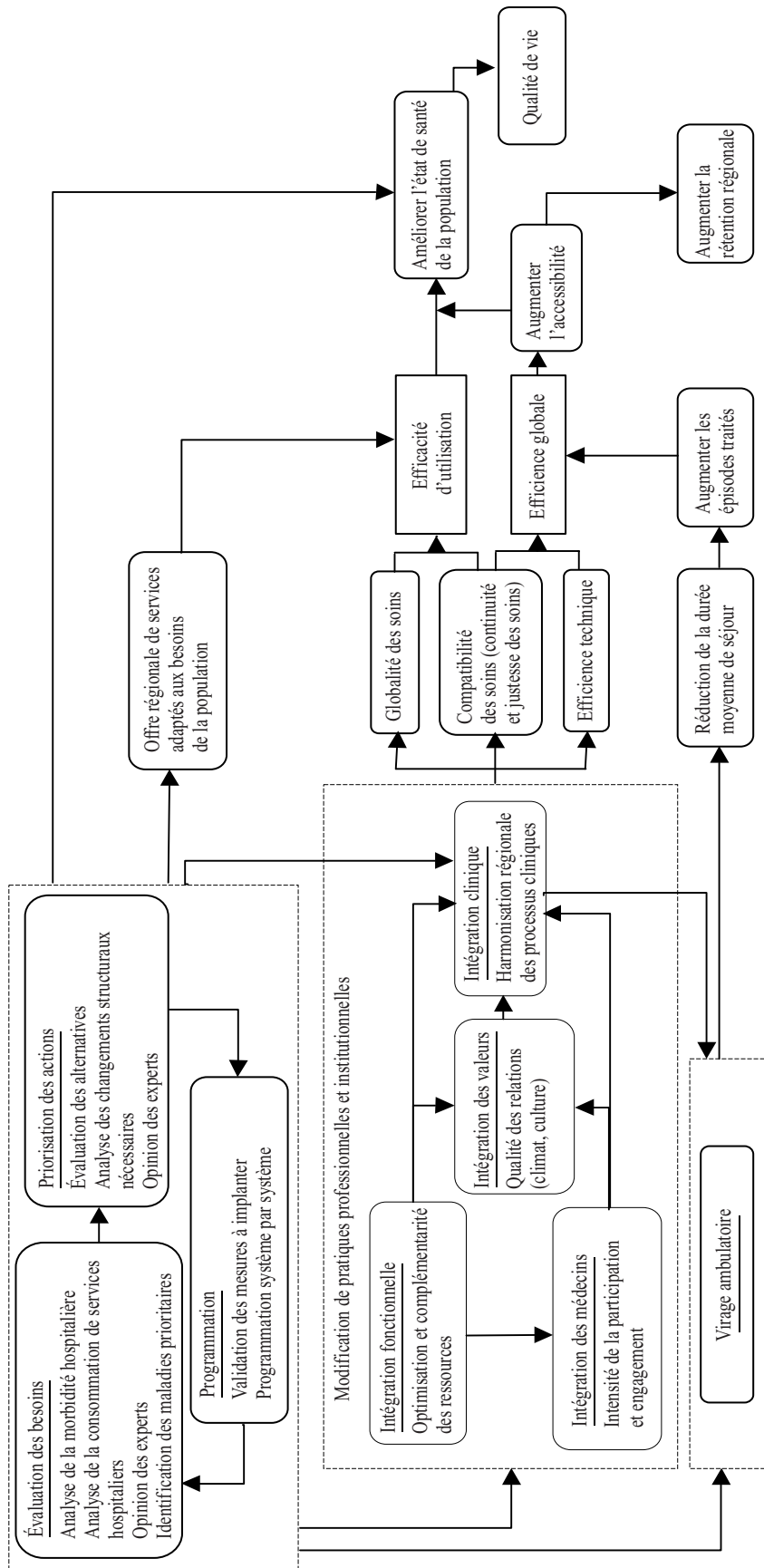


Figure 1. Modèle de la PRSA.



expériences de planification populationnelle au niveau régional. La conclusion qui se dégage de ces études confirme que la concertation entre les différents acteurs régionaux de soins autour des besoins de la population favorise la consolidation d'un réseau intégré. Cette concertation encourage le développement d'une vision commune, l'amélioration du dialogue entre partenaires et la mise en place de stratégies pour surmonter les obstacles dans l'organisation commune de programmes de soins [9]. Ces mêmes constats ont été renforcés par les travaux de Shortell *et al.* [13] : dans une approche de planification populationnelle, la création d'une compréhension commune des besoins des populations et le partage d'une même vision par les différents partenaires sont des éléments nécessaires pour bâtir un partenariat capable d'assurer les services à la population. La collaboration entre les différents acteurs locaux de soins a permis de mettre l'accent sur les besoins de santé de leur population et une intégration des services autour de ces besoins [12]. La concertation autour des besoins de la population a permis aussi de mettre en place un langage commun et de favoriser l'implantation d'un réseau régional de soins. Ce dernier comprend des organismes communautaires, des hôpitaux de courte durée, et des cliniques externes en oncologie (continuum intégré de soins palliatifs) [10]. La détermination des besoins des populations locales et régionales, la planification des services de santé ainsi que le développement d'outils nécessaires pour offrir des soins de qualité, appropriés et accessibles, a permis avec succès une concertation des établissements de santé et des médecins autour des besoins de la population et la mise en place de différentes stratégies pour supporter une offre régionale de service [11].

***Hypothèse 1b) La planification populationnelle des services contribue à une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population.***

Trois études ont abordé la relation entre la planification populationnelle et l'adéquation des soins [11, 14, 15]. Elles étaient basées sur des études de cas dont deux étaient de type descriptif [11, 14] et une de type comparatif avec des mesures pré- et post-intervention [15]. L'ensemble de ces études a confirmé que la démarche d'identification par les différents acteurs régionaux des besoins en santé des populations ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser pour y répondre a permis d'élaborer une planification régionale des soins correspondant aux besoins de la population [14] et une offre de soins plus adéquate et pertinente [11, 15] tenant compte des contraintes institutionnelles [14]. Ces études supportent l'hypothèse selon laquelle la planification populationnelle des services contribue à une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population.

***Hypothèse 2a) L'intégration des soins au niveau régional contribue à améliorer le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins.***

Cinq études ont abordé les effets d'une planification populationnelle des services sur la compatibilité des soins et services offerts à la population [16-20]. Ces auteurs ont utilisé différentes méthodes (essai randomisé, études quasi-expérimentales, études de cas) pour examiner la contribution de l'intégration au niveau régional sur la compatibilité des soins. L'article de Christianson et Moralejo [16], basé sur une étude quasi expérimentale, permet de confirmer que l'intégration régionale des soins est accompagnée d'une augmentation significative de plus de 20 % ( $p = 0,018$ ) de la proportion de patients ayant rapporté une meilleure adéquation du suivi post-traitement, c'est-à-dire un suivi qui tient compte de leur état de santé et des ressources dont ils disposent. L'évaluation d'un modèle régional d'intégration des soins pour les patients atteints de diabète a montré que, dans le groupe expérimental, on observait une baisse significative ( $p = 0,008$ ) de 8 % de la proportion des patients rapportant des services incomplets (qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins exprimés) comparativement au groupe de contrôle où cette proportion a connu un accroissement de 7 % [19]. Dans l'une des études [17], on a observé que l'intégration des soins au niveau régional n'a pas apporté un changement sur le taux de mortalité et la justesse dans le choix des antibiotiques dans les cas de pneumonie. Cependant, cette intégration régionale des soins a été accompagnée d'une amélioration de la pertinence des hospitalisations basées sur la sévérité de la maladie. L'étude de Speir [20] a montré que l'intégration régionale a permis d'identifier les initiatives pertinentes pour améliorer les soins. Par exemple, l'adoption en 2004 de protocoles thérapeutiques a permis à la Virginie de réduire l'incidence de la fibrillation atriale de 16,86 % en 2004 à 13,75 % en 2006 et à 15,16 % en 2007, bien au-dessous du taux des États-Unis estimé à 20 %. L'étude a montré aussi une diminution des taux de complications post-opératoires et de mortalité à long terme associés aux pontages coronariens. Dans le cas de l'évaluation du modèle d'intégration régionale des soins pour les patients atteints de maladies cérébro-vasculaires [18], on observait que le processus d'intégration des soins avait permis d'améliorer la coordination des soins entre les unités d'hospitalisation et les autres unités à l'intérieur d'un hôpital, assurant ainsi une meilleure compatibilité des soins.

Six études ont abordé les effets de l'intégration régionale des soins sur le rendement clinique [10, 11, 18, 19, 21, 22] avec des méthodes diverses (étude de cas et essai randomisé). Les effets observés se rapportaient à l'amélioration dans les soins palliatifs particulièrement des soins offerts dans la communauté [10] : la mise à la

disposition des cliniciens et des gestionnaires des outils nécessaires pour des soins et services plus efficaces encourageant une meilleure utilisation des ressources [11], l'accroissement de la capacité des hospitalisations pour les soins aigus et réduction du temps d'attente pour plusieurs traitements [18], une diminution des admissions et du nombre de jours d'hospitalisation [21], une diminution de l'utilisation des services hospitaliers, avec une réduction du taux d'admission [22] et un accroissement du volume de patients traités [19].

### **Hypothèse 2b) L'intégration des soins au niveau régional contribue à accroître l'accessibilité aux soins.**

Trois articles ont porté sur les effets de l'intégration régionale des soins sur l'accessibilité aux soins [16, 23, 17]. Les stratégies utilisées dans ces articles comprenaient un essai randomisé [23], une étude quasi expérimentale [16] ou une étude de cas [17]. Ces études visaient à porter un jugement sur des modèles d'intégration régionale.

L'étude de Christianson et Moralejo [16] a montré que l'implantation d'une intégration régionale des soins d'hépatite virale a permis un accès facile par téléphone aux cliniques d'hépatologie. La plupart des patients (77,3 %) ont affirmé avoir eu accès à l'ensemble des services dont ils ont eu besoin à la clinique. Quant à l'évaluation de Kwan *et al.* [23], l'intégration régionale des soins cérébro-vasculaires a permis aux patients du groupe expérimental d'avoir un scanner cérébral en 24 heures (OR = 1,84 ; intervalle de confiance [IC] : 1,09 ; 3,10 ; p = 0,02) ou en 48 h (OR = 2,27 ; IC : 1,13 ; 4,55 ; p = 0,02). Ces patients ont également eu plus de chance de bénéficier des soins de physiothérapie (OR = 2,53, IC : 1,58 ; 4,04 ; p = 0,0005). Dans l'étude de Curtis *et al.* [17], on notait que les différents programmes mis en place après la réforme de régionalisation des soins dans la province de Terre-Neuve et Labrador avait permis d'améliorer la qualité des soins, mais l'accessibilité aux services demeurait un problème majeur.

## **DISCUSSION**

La limite des conclusions sur les différentes hypothèses examinées dans cette revue systématique est principalement liée aux approches méthodologiques des études que nous avons examinées. Ces études ne sont pas toutes randomisées. Elles sont donc sujettes à des biais et des facteurs de confusion qui réduisent la validité des résultats. Dans les articles basés sur les études quasi expérimentales [19, 20, 22-25], les auteurs ne discutent pas de la représentativité de la population de l'étude par rapport à la population générale. Quant aux études de cas, la validité externe repose sur le principe d'explicabilité, c'est-à-dire la solidité des concepts et des

théories mobilisées pour formuler les hypothèses ou pour interpréter les phénomènes observés. Dans les études de cas examinées, les auteurs présentent une description de l'intervention étudiée, ce qui permet de comprendre la démarche et la logique des interventions. Cependant, dans certaines des études de cas [15, 16, 18], les différentes mesures proviennent de la perception des patients, ce qui pourrait constituer une limite à la robustesse des conclusions. Malgré ces limites, cette étude permet d'apporter une contribution significative à la réflexion sur la responsabilité populationnelle. Les différentes études examinées soutiennent les différentes hypothèses. Le modèle de la PRSA, qui met en avant une approche populationnelle, une approche de réseau intégré de soins et une approche de *case management*, permet une planification des services qui tiennent compte des besoins de la population et assure la consolidation d'un réseau intégré de soins capable d'améliorer le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins et accroître l'accessibilité aux soins. Ce faisant, la PRSA constitue un modèle qui permettrait d'assurer une responsabilité populationnelle, c'est-à-dire de déployer et de coordonner les services de santé et services sociaux en réponse aux besoins de la population d'un territoire donné.

La tendance actuelle dans la gestion des systèmes de santé est une organisation des soins en réseau intégré qui comprend l'ensemble des fournisseurs de services d'un territoire donné. Ce réseau définit, avec ses partenaires, les services de base pour assurer les soins aux populations de son territoire. Elle serait aussi responsable du développement des réseaux intégrés de services pour des clientèles spécifiques afin d'instaurer une solidarité collective de l'ensemble des partenaires du territoire dans l'organisation et la planification de l'offre de soins et services aux populations. Cette responsabilisation de l'ensemble des acteurs d'un territoire donné nécessite une pratique partenariale à définir avec les différents acteurs du territoire pour favoriser la mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et régler des dimensions complexes de la santé et du bien-être de la population. Le modèle de la PRSA constitue une expérience prometteuse pour une mise en œuvre de la responsabilité populationnelle.

## **RÉFÉRENCES**

1. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé : concept, méthodes, stratégies*, Montréal : Éditions nouvelles ;1995.
2. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Lamothe L, Denis J-L. *L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelles et organisationnelles*. *Prat Org Soins*. 2008;39:113-24.

3. Gadreau M, Jaffre D. *Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des « besoins hospitaliers » en Bourgogne. 5<sup>e</sup> colloque géographie et socio-économie de la santé : Allocation des ressources et géographie des soins. Paris : CREDES ; 1998.*
4. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : le Ministère ; 2004.* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>].
5. Kindig D, Stoddart G. *What is population health? Am J Public Health. 2003;93:380-3.*
6. Frohlich KL, Potvin L. *Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health. 2008;98:216-21.*
7. Hawe P, Potvin L. *What is population health intervention research? Can J Public Health. 2009;100(1):suppl I8-14.*
8. Alter C, Hage J. *Organizations working together. London: Sage Library of Social Research; 1993.*
9. Alkema GE, Shannon GR, Wilber KH. *Using interagency collaboration to serve older adults with chronic care needs: the Care Advocate Program. Fami Community Health. 2003;26:221-9.*
10. Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, Coulson K, Jeffery E, Preston S, et al. *Development, Implementation, and Process Evaluation of a Regional Palliative Care Quality Improvement Project. J Pain Symptom Manage. 2009;38:483-95.*
11. Letourneau S. *Health Link Alberta: a model for successful health service integration. Healthc Q. 2009;13Spec No:56-60.*
12. Plochg T, Delnoij DMJ, Hoogedoorn NPC, Klazinga NS. *Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. BMC Health Serv Res. 2006;6:37-51.*
13. Shortell, SM, Zukoski AP, Alexander JA, Bazzoli GJ, Conrad DA, Hasnain-Wynia R, et al. *Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. J Health Polit Policy Law. 2002;27:49-91.*
14. Fleury MJ, Mercier C, Denis J-L. *Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network. Int J Health Plann Manage. 2002;17:315-32.*
15. Monaghan P, Murray L, Donnelly M, McCarron P, Spence R, Gavin A. *Breast cancer services – a population-based study of service reorganization. J Public Health. 2005;27:171-5.*
16. Christianson TM, Moralejo D. *Assessing the quality of care in a regional integrated viral hepatitis clinic in British Columbia: a cross-sectional study. Gastroenterol Nurs. 2009;32:315-24.*
17. Curtis B, Gregory D, Parfrey P, Kent G, Jelinski S, Kraft S, et al. *Quality of medical care during and shortly after acute care restructuring in Newfoundland and Labrador. J Health Serv Res Policy. 2005;10 Suppl2: S2:38-47.*
18. Joyce A, Amlani S. *Integrated stroke care across a province – is it possible? Healthc Q. 2009;13Spec No:80-4.*
19. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, et al. *The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. Fam Pract. 2004;21(1):39-45.*
20. Speir AM, Rich JB, Crosby I, Fonner E. *Regional collaboration as a model for fostering accountability and transforming health care. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2009;21(1):12-9.*
21. Barrett B, Way C, McDonald J, Parfrey P. *Hospital utilization, efficiency and access to care during and shortly after restructuring acute care in Newfoundland and Labrador. J Health Serv Res Policy. 2005;10 Suppl2:S2:31-7.*
22. Chandler D, Meisel J, McGowen M, Mintz J, Madison K. *Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. Psychiatr Serv. 1996;47:175-80.*
23. Kwan J, Hand P, Dennis M, Sandercock P. *Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit. Age Ageing. 2004;33:362-7.*
24. McClure R, Hughes K, Ren C, McKenzie K, Dietrich U, Vardon P, et al. *The population approach to falls injury prevention in older people: findings of a two community trial. BMC Public Health. 2010;10(79):1-9.*
25. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L. *Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. Stroke. 2000;31:1929-34.*



Annexe  
Synthèse des articles retenus

Auteurs	Objectifs de l'étude	Méthodes de recherche
Alkema GE, Shannon GR, Wilber KH (2003) [9]	Évaluer le modèle <i>Care advocate program</i> , une initiative d'intégration régionale des soins et services pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques.	Une étude de cas de type analytique pour présenter le processus d'élaboration du modèle <i>Care advocate program</i> et discuter des facteurs explicatifs de la mise en œuvre de modèle de collaboration.
Barret B, Way C, McDonald J, Parfrey P (2005) [21]	Examiner les tendances dans l'accès, l'utilisation et l'efficacité des soins aigus dans la province de Terre-Neuve et Labrador suite à une politique de régionalisation des soins.	Étude de cas basée sur l'analyse comparative des données hospitalières de Saint-Jean et les autres régions de la province de Terre-Neuve et Labrador. Tous les patients résidant dans la province et ayant reçu un congé hospitalier après un épisode de soins aigus ou de chirurgie d'un jour entre le 1 <sup>er</sup> avril 1995 et le 31 mars 2001. Les données proviennent de l'Institut canadien d'information en santé.
Chandler D, Meisel J, McGowen M, Mintz J, Madison K (1996) [22]	Évaluer un modèle d'organisation des soins qui intègre une réforme financière (basée sur la consolidation des ressources financières et la capitation) et une approche d'équipe interdisciplinaire pour la dispensation des soins.	Essai randomisé où les patients sont assignés aléatoirement au programme intégré et sont comparés avec des patients qui reçoivent les services usuels.
Christianson TM, Moralejo D (2009) [16]	À la suite d'une intégration régionale de cliniques d'hépatite virale en Colombie-Britannique, cette étude vise à : 1) évaluer la perception des patients sur la qualité des soins et services offerts par la clinique régionale intégrée d'hépatite en Colombie-Britannique ; 2) déterminer quels aspects de soins étaient importants pour les patients ; et 3) comprendre l'effet des services sur leur capacité de faire face à la maladie.	Étude transversale basée sur une enquête auprès de 115 patients ayant reçu des soins et services après l'intégration régionale des soins en hépatite virale. Deux questionnaires ont été utilisés : l'un portant sur la qualité des soins et l'autre sur les perspectives d'amélioration du modèle.
Curtis B, Gregory D, Parfrey P, Kent G, Jelinski S, Kraft S, <i>et al</i> (2005) [17]	Évaluer la qualité des soins médicaux après la réforme de régionalisation des soins dans la province de Terre-neuve et Labrador.	Étude rétrospective couvrant 3 années : 1995/1996 (au début du processus de la réforme de régionalisation) ; 1998/1999 (au cours de l'implantation de la réforme) ; 2000/2001 (après l'implantation de la réforme) et mettant l'accent sur les résultats des programmes de cardiologie, médecine respiratoire, neurologie, néphrologie, psychiatrie, chirurgie et santé des femmes.
Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, Coulson K, Jeffery E, Preston S, <i>et al.</i> (2009) [10]	Analyser le processus d'implantation et évaluer un projet régional d'intégration des soins palliatifs à travers la Colombie-Britannique.	Étude de cas basée sur des données qualitatives (questionnaires auto-administrés et deux groupes de discussions indépendants) provenant des professionnels. Les données portent sur la démarche d'élaboration du projet et sur le processus d'implantation et l'utilité des différentes composantes du projet d'intégration régional de soins palliatifs. Pour les questionnaires auto-administrés, le taux de réponse a été de 24,6 % (30/122). Pour les groupes de discussion, le taux de participation est de 16,4 % (9/55).
Fleury MJ, Mercier C, Denis J-L (2002) [14]	Examiner dans quelle mesure l'implantation du plan régional d'organisation des soins et services a permis la formation de réseaux intégrés en santé mentale.	Une étude de cas combinant des entrevues (n = 143) auprès des professionnels de soins, mais aussi des patients ; l'analyse documentaire (compte rendu de réunion, documents administratifs, etc.) et la revue de la littérature scientifique sur les services de santé mentale, les réseaux de santé et les théories organisationnelles.
Joyce A, Amlani S (2009) [18]	Évaluer les effets de l'intégration de soins pour les patients atteints de maladie cérébro-vasculaire à travers la région de l'Alberta.	Étude de cas qui documente les effets de l'intégration régionale des soins cérébro-vasculaires à partir du parcours des patients tout au long du continuum de soins.
Kwan J, Hand P, Dennis M, Sandercock P (2004) [23]	Évaluer les effets d'un modèle d'intégration pour les soins cérébro-vasculaires.	Étude quasi expérimentale de type avant-après avec groupe contrôle non équivalent. Le groupe expérimental est composé des 197 patients admis à l'unité des soins cérébro-vasculaires dans les 9 mois précédant l'introduction du modèle d'intégration des soins. Quant aux patients du groupe contrôle, il s'agit des 154 patients admis dans la même unité 9 mois avant l'introduction du modèle d'intégration. Les principales variables examinées sont liées principalement aux processus de soins, aux complications et aux taux de mortalité.

Auteurs	Objectifs de l'étude	Méthodes de recherche
Letourneau S (2009) [11]	Décrire <i>Health link Alberta</i> , un modèle régional de collaboration qui vise des soins orientés vers le patient, la réduction des écarts de pratiques cliniques, la mise en place d'un continuum de soins et l'amélioration du processus de gestion des soins.	Une étude de cas descriptive pour présenter la démarche dans l'élaboration du modèle <i>Health link Alberta</i> .
McClure R, Hughes K, Ren C, McKenzie K, Dietrich U, Vardon P, <i>et al.</i> (2010) [24]	Déterminer l'efficacité d'un programme axé sur une approche populationnelle visant la prévention des chutes chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans deux communautés australiennes ( <i>Wide Bay et Northern Rivers</i> ).	Étude comparative (avant et après l'implantation) dans deux régions pour examiner les changements dans les principaux facteurs de risque des chutes ; mais aussi les changements des résultats de santé dans chacune des régions. L'échantillon comprend 43 821 (21,6 % de la population) et 58 722 (22,2 % de la population) résidents de 60 ans et plus provenant respectivement des communautés de <i>Wide Bay</i> et <i>Northern Rivers</i> . Les données de l'étude proviennent du Bureau australien des Statistiques.
Monaghan P, Murray L, Donnelly M, McCarron P, Spence R, Gavin A (2005) [15]	Présenter les résultats d'une intégration des soins et services pour les patientes atteintes de cancer de sein dans quatre régions d'Irlande du Nord.	Analyse rétrospective qui permet de comparer les soins et services offerts aux patientes diagnostiquées pour un cancer du sein en 1996 (période pré-intervention) et celles diagnostiquées en 2001 (période post-intervention). Au total, les dossiers de 1 645 patients ont été analysés dont 764 en 1996 et 881 en 2001.
Plochg T, Delnoij DMJ, Hoogendoorn NPC, Klazinga NS (2006) [12]	Explorer la collaboration entre les acteurs locaux de soins de santé dans le sud-est de l'Amsterdam.	Étude de cas rétrospective basée sur : 1) des entrevues semi-dirigées auprès des gestionnaires actuels (n = 11) et d'anciens gestionnaires (n=6) impliqués dans le développement des stratégies de partenariat entre les acteurs locaux de soins de santé dans la région ; et 2) une analyse documentaire pour décrire la nature des partenariats et les activités de collaboration.
Shortell SM, Zukoski AP, Alexander JA, Bazzoli GJ, Conrad DA, <i>et al.</i> (2002) [13]	Évaluer les effets d'un modèle <i>Community Care Network</i> (CCN) sur la consolidation d'un partenariat entre les différents prestataires (public et privé) de soins impliqués dans le CCN.	L'évaluation est basée sur une étude de cas qui examine dans quelle mesure la gestion de la concertation et du partenariat entre les différents prestataires a permis de mettre en place chacune des approches du CCN. Les résultats sont basés sur une analyse qualitative du partenariat et de la collaboration entre les différents prestataires impliqués dans le CCN ; mais aussi, une analyse quantitative provenant de questionnaires adressés aux intervenants clés du CCN tels qu'identifiés par les coordonnateurs du projet. Le taux de réponse pour les questionnaires est de 55 % (447/820).
Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, <i>et al.</i> (2004) [19]	Évaluer une initiative locale d'intégration pour structurer les soins aux patients atteints de diabète. Cette initiative intègre la formation des prestataires de soins primaires qui y sont impliqués, l'introduction dans les services communautaires d'infirmières spécialisées en diabète, un accord local pour des protocoles cliniques et le développement d'une interface pour structurer la communication entre les soins primaires et secondaires.	Un essai randomisé qui vise à examiner l'efficacité de cette initiative. Au total, 183 patients suivis au cours des 18 mois précédant l'étude ont été recensés. Ces patients présentent un diabète de type 2. Les résultats biophysiques (HbA1c, tension artérielle, index de masse de corps), les mesures psychosociales (le statut tabagique et la satisfaction aux traitements de clinique de diabète) et les résultats de processus de soins ont été examinés.
Speir AM, Rich JB, Crosby I, Fonner E (2009) [20]	Examiner l'efficacité d'un modèle de collaboration et de planification régionale en Virginie. Un modèle qui met en avant l'amélioration des résultats de santé.	Étude quasi expérimentale entre un groupe expérimental qui bénéficie des différentes mesures issues de la collaboration régionale des acteurs en chirurgie cardiaque et le groupe témoin qui bénéficie des services dispensés initialement dans la région.
Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L (2000) [25]	Évaluer l'efficacité d'un modèle local d'intégration des soins de réhabilitation pour les patients atteints de maladies cérébro-vasculaires.	Essai randomisé où 126 patients sont assignés aléatoirement entre le groupe expérimental qui reçoit les soins tel que conçu dans le modèle d'intégration et le groupe contrôle qui reçoit les soins usuels.