

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)
515 Kimball Tower
University at Buffalo, The State University of New York
Buffalo, NY 14214
E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu
Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Integration des services (gériatrie)

François Béland PhD

Professeur titulaire à l'École de santé publique, Faculté de médecine de l'Université de Montréal et co-directeur de Solidage à l'Institut Lady Davis de l'Hôpital général juif

La recherche du Saint-Graal de l'intégration des services pour les personnes âgées ne date pas d'hier. S'il y a bien eu une floraison d'implantations de projets de démonstration de services intégrés au cours des années 1980 et 1990 (Johri et coll. 2003; Williams et coll. 2009), la nécessité d'offrir des services intégrés était déjà évidente il y a une quarantaine d'années. Pour Tobin (1975), de 15 % à 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus allaient requérir une combinaison de services sociaux et de santé intensifs et extensifs. Ce constat allait être renouvelé dans les années 1990 par Leutz (1994) qui soulignait que les personnes âgées étaient affectées de multiples maladies chroniques, avec pour conséquence le recours simultané aux services médicaux et sociaux de courte et de longue durée. Autant Tobin (1975) que Leutz (1994) procédaient du même bilan, les multiples services aux personnes âgées sont mal articulés, ne sont pas disponibles simultanément et séquentiellement, il y manque la continuité et l'intégration tandis que se maintient une inexplicable duplication. Le défi était de passer d'une offre de services minimale à des services globaux et flexibles, adaptés aux besoins changeants des personnes qui puissent offrir un continuum de services sociaux et de soins de santé unis par une exigence de continuité (Young 1967). Ces services devaient être offerts à proximité des lieux de résidence des personnes âgées (Gaynes 1993). Ces prescriptions datent de plusieurs années. Pourtant, elles doivent être répétées aujourd'hui (Williams, Hollander, MacAdams, Ham 2008). L'intégration des services revient maintenant comme un leitmotiv dans la planification des services aux personnes âgées fragiles (Leichsenrung et coll. 2004). Les problèmes de fragmentation n'en persistent pas moins (Commonwealth of Australia 2010).

L'intégration des services est sur toutes les feuilles de routes des propositions gouvernementales de réforme des services aux personnes âgées. Marmor (2009) classe l'intégration comme l'une des lubies de la gestion contemporaine des services de santé en ce qu'il est impossible d'embrasser volontairement une politique « désintégration ». Cependant, l'intégration se veut une réponse à la fragmentation des services, tandis que les efforts d'intégration se heurtent aux politiques de privatisation de la prestation et du financement des services de santé et de promotion de la compétition entre prestataires (Ham 2008a, b).

La poursuite simultanée d'objectifs contradictoires comme l'intégration et la compétition (Williams et Sullivan 2010) démontre la confusion qui règne sur la notion même d'intégration (Howarth and Haig 2007). Elle est vague, ces frontières sont indéfinies et la pratique de l'intégration est une tour de Babel (Kodner et Spreeuwenberg 2002). La confusion autour de la notion d'intégration se manifeste par les multiples référents qui servent à en discourir (Kodner 2009). Par exemple, l'intégration est vue différemment par les patients, les prestataires de services, les gestionnaires et les responsables ministériels.

Les synonymes de l'intégration abondent : coordination, coopération, soins gérés [managed care], continuité des soins, réseau. L'intégration est décrite (Kodner 2009) en fonction de sa population-cible (population entière d'un territoire, personnes âgées), de son type (fonctionnelle, professionnelle, clinique (Shortell 2000), de ses niveaux (financier, administratif, clinique), de son étendue (horizontale et verticale), du degré d'intégration (références des patients entre prestataires, coordination et pleine intégration).

En l'état actuel des choses, il n'y a pas de réelle sortie de cette confusion, sinon d'une part de la constater et d'autre part de choisir une perspective qui nous permette de la limiter. Williams (2009a) et Kodner et Spreeuwenberg (2002) ont proposé pour mieux saisir ce que l'on entend par intégration de privilégier le point de vue de la personne âgée fragile pour qui les services intégrés se révèlent une nécessité. La fragilité est la manifestation, dans sa phase avancée, d'un état de santé complexe (Fried et coll. 2001; Bergman et coll. 2007; Rockwood 2005) qui implique l'intégration, autour de la personne fragile et de son entourage, de multiples procédés cliniques dont chacun, dans un système fragmenté, est la responsabilité exclusive de praticiens localisés dans plusieurs établissements (Béland 2010). La nécessaire intégration des pratiques cliniques est concomitante d'une diminution des capacités d'action de la personne fragile au moment où il serait nécessaire de les mobiliser. Chez la personne âgée fragile, le diagnostic et le traitement sont difficiles à établir, à décider et à entreprendre dans la mesure où s'additionnent les difficultés de communication, les retards d'identification des syndromes gériatriques, une longue et laborieuse collecte de données cliniques, de multiples maladies chroniques compliquées par les pertes cognitives, la dépression et les incapacités fonctionnelles. L'approche gériatrique considérera cette intrication des syndromes, symptômes, procédures diagnostiques et traitements dans l'établissement des priorités. La conséquence de la fragilité dépasse aussi la réalité purement clinique. S'introduisent la précarité psychosociale, les problèmes d'adaptation de la personne âgée et de son entourage et de son milieu social et physique. La fragilité, dans ses phases les plus avancées, a des conséquences radicales pour la personne âgée, son entourage et leur rapport avec les services sociaux et de santé. Par exemple, du point de vue de la personne, il ne saurait y avoir de séparation entre les services de santé et les services sociaux, entre le traitement médical et le soutien psychosocial et l'aide domestique ; les uns étant la conséquence, ou dans la suite logique, des autres. Pour les personnes âgées très fragiles, la distinction entre lieux de dispensation des soins et entre spécialités médicales et sociales est un artifice des modalités d'organisation et de financement des services et de division du travail entre prestataires. En conséquence, l'intégration des services n'est vraiment intéressante que si elle se fait autour de la personne âgée fragile.

Faire des personnes âgées fragiles le centre de la réflexion sur l'intégration des services fixe les idées autour de cinq lignes de force : 1) la condition des personnes âgées fragiles est mieux saisie comme de multiples trajectoires inter-reliées qui impliquent de nombreux systèmes biologiques, psychologiques et sociaux; 2) l'intégration des services n'est pas un vœux de prestataires de services ou de décideurs politiques, elle est une nécessité pour les personnes âgées; 3) l'intégration ne se fait pas en premier lieu autour des organisations de services, mais des personnes âgées et de leur entourage; 4)

l'intégration se réalise par une gestion et des pratiques cliniques conséquentes; 5) le financement, l'organisation et la gestion des services sont des instruments au service de l'intégration.

Les meilleures définitions de l'intégration référeront à ces cinq lignes de force. La définition de Leutz (1999) est incomplète en ce qu'elle se concentre sur les liens entre les différents services sociaux et de santé; Nies et Berman (2004) ajoute à la conjonction de services la nécessité de répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes multiples de santé. Kodner et Spreeuwenberg (2002) insistent sur la création de liens entre tous les secteurs des services sociaux et de santé par l'alignement des incitations et des modalités financières, administratives et cliniques. Une définition de l'intégration des services pour personnes âgées fragiles se référerait à chacun de ces éléments. Donc :

L'intégration est une conjonction de services sociaux et de santé qui vise à répondre aux besoins des personnes âgées fragiles; elle est conçue pour aligner les incitations et modalités financières, administratives et de gestion clinique sur les pratiques cliniques d'une équipe responsable de la santé et de la prestation des services.

Dans la pratique, l'intégration variera en fonction de l'application concrète des éléments de la définition de l'intégration. Par exemple, répondre aux besoins de personnes âgées fragiles s'opérationnalisent par des critères d'admission qui sélectionnent des personnes âgées avec des profils de fragilité et par une étendue de services pertinents. L'action du gestionnaire de cas dépend de sa capacité de mobiliser des ressources et de l'appui d'une équipe multidisciplinaire complète. La mobilisation de ressources autour des besoins de la personne âgée fragile et de son entourage est reliée à l'alignement des incitations financières et de l'appareil administratif aux exigences de la pratique clinique du gestionnaire de cas et de l'équipe multidisciplinaire. La qualité et la justesse de leur décision reposent aussi sur la qualité de l'information qu'ils obtiennent sur les besoins des personnes âgées fragiles et leurs parcours dans le système de soins. Chaque programme local d'intégration des services choisira une façon de procéder parmi plusieurs qui permettent de rencontrer les multiples défis de l'intégration des services autour de la personne âgée fragile. Le résultat de ces choix est une grande variété de pratiques d'intégration. Or ce sont ces pratiques qui expliquent en dernière instance le succès ou l'échec des projets de démonstration de services intégrés.

Des recensions récentes de publications sur l'évaluation de projets de démonstration de services intégrés ont souligné la grande variété des différents éléments et identifié leurs effets sur la santé des participants, l'utilisation et les coûts des services (Johri et coll. 2003; Williams et coll. 2009; Hollander et Béland, Eklund et Wilhelmson 2009; Armitage 2009). Malgré la variété des structures et des pratiques, certaines sont associés aux succès des projets de démonstration de services intégrés. Il est important de les identifier. Nous procéderons par des exemples choisis pour leur capacité de les illustrer.

L'intégration par la pratique

En même temps qu'ils les modifient, les programmes locaux de services intégrés s'adaptent aux conditions particulières de leur milieu d'implantation et aux caractéristiques de la population qu'ils desservent, se définissent des objectifs spécifiques, opèrent en fonction des moyens financiers mis à leur disposition, et s'ajustent aux systèmes de santé et de services sociaux dans lesquels ils opèrent (Williams et coll. 2010). De fait, les programmes de services intégrés mettront l'accent sur quelques-unes des lignes de force de l'intégration et adopteront des procédures, instruments et manière de faire diverses. Si quelques programmes de services intégrés peuvent être considérés comme des exemples, des paradigmes, de l'intégration, d'autres mettront l'emphase sur la coordination clinique sans chercher à modifier les modalités et incitations financières ou organisationnelles. D'autres programmes sélectionneront, parmi les personnes âgées fragiles, les plus grandes utilisatrices de services coûteux. Enfin, des instances gouvernementales voudront modifier la configuration organisationnelle et financière des services sociaux et de santé de façon à favoriser des pratiques de gestion et cliniques intégrés.

Exemples de programmes locaux intégrés

On Lok (Bodenheimer, 1999; Yee, 1981) est, sinon le premier programme, du moins celui qui s'est imposé comme un paradigme des modèles de services intégrés qui réunit l'ensemble des caractéristiques associées à la réussite. Le cœur d'*On Lok* est un centre de jour qui accueille les personnes âgées admissibles en centre d'hébergement médicalisé du quartier chinois de la baie de San Francisco. Chaque personne âgée est assignée à un gestionnaire de cas responsable de l'implantation et du suivi du plan d'intervention clinique. Au centre de jour, une équipe multidisciplinaire prend charge du programme. La personne admise doit choisir un médecin de famille d'*On Lok*. Le financement est par capitation et couvre les coûts de l'ensemble des services sociaux et de santé requis par la personne âgée. La responsabilité d'*On Lok* est donc à la fois clinique et financière. *On Lok* devient la porte d'entrée unique pour tous les services sociaux et de santé. L'évaluation d'*On Lok* a montré que les adhérents au programme reçoivent plus de services de proximité de toute nature que les personnes non admises, qu'elles sont moins hébergées en centre médicalisé et que les coûts des services sont moins élevés (Yordi et Waldman 1985).

On Lok a inspiré PACE – Program for All-Inclusive Care for the Elderly – (Eng et coll., 1997; Kodner et Kay Kyriacou 2000; Mui, 2001; Li et coll. 2009; Hirth et coll. 2009) qui, de 1986 à 1997, était considéré comme un programme expérimental. En 1997, PACE est devenu un programme de plein droit aux États-Unis. L'évaluation de PACE a démontré que les dépenses en services sociaux et de santé des adhérents étaient de 5 % à 15 % moindre que celles des personnes du groupe témoin, soit des personnes qui ont refusé d'adhérer à PACE malgré qu'elles y étaient admissibles (Chatterji et coll., 1998; Shannon et Van Reenen, 1998; Wieland et coll., 2000, Wieland et Boland, 2001; Williamson, 2000). Les capacités fonctionnelles étaient supérieures chez les adhérents, comparées à celles du groupe témoin pour les équipes PACE performantes (Mukamel et coll., 2007). Les résultats de PACE sur les coûts n'ont pas été répliqués dans une étude récente (Kane et coll., 2006).

Plusieurs programmes, aux États-Unis et dans d'autres pays à haut revenu, ont émulé *On Lok* et PACE. Ces programmes ont adopté plusieurs des caractéristiques cliniques, organisationnelles et financières de PACE. Pour en citer quelques-uns, au Canada, le programme CHOICE en Alberta et le projet de démonstration SIPA au Québec entrent dans cette catégorie, de même que le modèle australien d'Illawara. CHOICE n'a pas fait l'objet d'une évaluation systématique (Pinnell, Beaulne Associated 1998). Illawara (Perkins et coll. 2001) se voulait un projet d'expérimentation ambitieux d'intégration des services aux personnes âgées fragiles. Une agence responsable du programme disposait de fonds pour financer l'ensemble des services requis par cette population. Gestion de cas par le médecin de famille et équipe multidisciplinaire ont été implantés. Illawara a éprouvé de sérieux problèmes de recrutement, seulement 13 % des personnes admises avaient des problèmes de santé multiples. En conséquence, les coûts du programme ont été supérieurs à ceux du groupe témoin et les différences entre l'état de santé des deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives.

SIPA (système intégré pour personnes âgées fragiles) est une version de PACE adaptée au régime d'assurance santé et de services sociaux du Québec (Béland et coll. 2006). Le cœur du SIPA est une équipe multidisciplinaire et un gestionnaire de cas responsable de l'ensemble de la prestation et du financement des services sociaux et de santé nécessaires à une population âgée d'un territoire donnée. Les SIPA locaux dispensent les services sociaux et de santé de proximité et font appel à des prestataires et des établissements pour les autres services, tels l'hospitalisation, l'hébergement médicalisé, les soins médicaux et les prescriptions pharmaceutiques. Les SIPA disposent d'une autonomie de gestion et administrent leur budget. L'expérience SIPA, sur deux territoires montréalais, a réussi à réduire les hospitalisations à long terme dans les hôpitaux de courte durée, un problème important à l'époque sur le territoire couvert par le SIPA. Surtout, il y eu un transfert significatif de l'utilisation et des coûts des services hospitaliers et d'hébergement vers les services de proximité. Ces transferts furent plus importants pour les personnes les plus fragiles que pour les moins atteintes d'incapacité.

L'intégration par la coordination clinique et la coopération

On Lok, PACE, SIPA intègrent l'ensemble des services sociaux et de santé que nécessitent les personnes âgées fragiles d'un territoire donné. Tout comme le SIPA, *On Lok* et PACE sont des organisations qui jouissent d'une autonomie de gestion et de financement. D'autres programmes sont moins ambitieux dans leur recherche de l'intégration des services. Ces programmes n'ont pas d'unités administratives autonomes et ne maîtrisent pas leur budget. Ils sont souvent inscrits dans des établissements ou des agences de tutelle, où leur rôle consiste à assurer la coopération des agences dans les transferts de patients et la coordination des prestataires de services autour d'un plan de soins.

Les *Social and Health Maintenance Organization* (S/HMO) peuvent être considéré sous cet angle (Newcomer et coll. 1990; Harrington et Newcomer 1991; Leutz et coll. 1991; Manton et coll. 1993). Les S/HMO ajoutaient à l'offre de services médicaux et hospitaliers habituels des HMO, les services de longue durée. Ils se caractérisent donc par

l'intégration des services de courte durée et de longue durée, sans qu'un modèle gériatrique ne préside à l'organisation de cette offre (Kane et coll., 1997). Les résultats de l'évaluation furent généralement décevants (Harrington et Newcomer, 1991), quoique des auteurs aient conclu positivement sur la capacité des S/HMO d'atteindre leurs objectifs (Leutz et coll. 2005). Les S/HMO, dans leur première version, n'ont pas su adopter une perspective gériatrique, ce qui pourrait expliquer leurs résultats décevants (Kane et coll. 1997). Une deuxième version, les S/HMO II, ont procédé à cette adoption.

Au Québec, PRISMA est une expérience de coordination des services sociaux et de santé qui n'implique pas de transferts de ressources financières, ni d'implantation d'une nouvelle organisation (Hébert et coll. 2010). Les PRISMA locaux sont des émanations des établissements et agences. PRISMA est articulé autour de gestionnaires de cas qui assurent la coordination des services offerts par des établissements et agences locaux. Les gestionnaires de cas élaborent les plans de soins et négocient avec les établissements et agences leur implantation. PRISMA offre un ensemble d'instruments de gestion des plans de traitement. L'évaluation par devis quasi-expérimental a montré que PRISMA ne réduisait pas significativement les hospitalisations et les hébergements médicalisés, mais diminuait le taux d'incapacité.

Certains projets de démonstration ont voulu intégrer les services des cliniques externes gériatriques localisés dans les hôpitaux et les services de proximité. L'approche est plus clinique qu'administrative et financière. Les cas les plus typiques sont les expériences de Rovereto (Bernabei et coll., 1998) et de Vittorio Veneto (Landi et coll., 1999) en Italie. Ces deux expériences avaient pour but de promouvoir une approche gériatrique par l'utilisation des services cliniques gériatriques disponibles en milieu hospitalier, d'offrir la gestion de cas, d'intégrer le médecin de famille au suivi du cas et d'assurer le financement adéquat d'un supplément de services pour personnes âgées fragiles, auxquels s'ajoutent un formulaire d'évaluation intégré des besoins et un plan de soins. Elles ont obtenu des résultats intéressants en ce que l'hébergement, l'hospitalisation et les coûts totaux des services de santé ont été réduits, et la satisfaction envers les services augmentée. Les expériences italiennes sont aussi connues pour avoir diminué de façon importante les risques d'incapacités fonctionnelles. Le succès des expériences italiennes semblent reposer sur la collaboration étroite entre le gestionnaire de cas, l'unité d'évaluation gériatrique et le médecin de famille. Ces trois éléments, en plus de l'équipe multidisciplinaire, se retrouvent dans *On Lok* et PACE et dans les projets de démonstration de services intégrés pour personnes âgées qui ont pu démontrer certains résultats positifs.

L'intégration pour des grands utilisateurs de services de santé

Les personnes âgées fragiles hospitalisées présentent des risques élevés d'hospitalisations, de réadmission à l'hôpital et d'hébergement médicalisé définitif. Darlington, au Royaume-Uni, a été le lieu d'un des premiers projets de démonstration de programme intégré visant spécifiquement ces personnes (Challis 1991a,b). Le projet offrait les services d'un gestionnaire de cas qui, appuyé par une équipe multidisciplinaire et en contrôle d'un budget, avait pour mission de les maintenir au domicile. Les coûts

des services ont été généralement inférieurs à ceux du groupe témoin, l'hébergement en institution réduit et une certaine diminution des incapacités fonctionnelles.

Le *high-intensity case management model* (Applebaum et coll. 2002) utilise la gestion de cas sans incitations financières pour améliorer et coordonner la prestation des services aux personnes âgées fragiles suite à une hospitalisation. Comme la plupart des interventions essentiellement basées sur la gestion de cas, ce modèle n'a ni réduit les coûts, ni les taux d'incapacité. À Hong Kong (Leung et coll. 2004), un devis expérimental a été utilisé pour évaluer une expérience de services intégrés destinés aux personnes âgées récemment hospitalisées. La gestion de cas était accompagnée de plans de traitement et de suivi, de visites à domicile et de soutien aux proches. Les réadmissions à l'hôpital ont été réduites et les coûts étaient inférieurs dans le groupe expérimental comparé au groupe témoin qui recevait les soins habituels. Des améliorations de l'état de santé ont aussi été observées.

Les projets structurants : l'intervention de l'État

Les instances gouvernementales responsables des services sociaux et de santé pour les personnes âgées fragiles ont entrepris de les intégrer. Les gouvernements interviennent rarement dans le rapport clinique entre les patients et les prestataires de services (Ballem 2007). Ils se sont réservés deux moyens pour réformer les services sous leur juridiction : 1) les changements de structure et 2) les modifications aux incitations financières. Ce n'est donc qu'indirectement que les instances gouvernementales influencent habituellement les pratiques cliniques des prestataires de services et les modalités de gestion des établissements (Kodner 2006). Elles élaborent les fondations sur lesquelles les pratiques d'intégration se développent ou meurent (Williams et coll. 2009). Cependant, l'intégration des services aux personnes âgées fragiles modifient en profondeur la gestion et les pratiques cliniques. Deux exemples positifs d'interventions gouvernementales qui ont dépassé les réformes purement structurelles peuvent être évoqués ici, soit celles du gouvernement de la Colombie Britannique, une province canadienne (Hollander et Pallan 1995), et le « Arizona Long Term Care System (ALTCS) » (Weissert et coll. 1997). Dans les deux cas, les gouvernements ont mandaté des organisations locales ou régionales, ont utilisé des enveloppes budgétaires spécifiques et des incitations financières pour promouvoir l'intégration. Un modèle de services basés sur la gestion de cas et une équipe multidisciplinaire, ayant pour but de favoriser le maintien à domicile par des services de proximité, formait l'armature du programme. Des instruments de gestion, dont un système de classification des cas selon une échelle de besoins permettait de les classer en groupes homogènes et de prévoir un plan de services. Ces deux interventions gouvernementales qui, d'une part détaillaient la structure organisationnelle et financière du programme, les critères d'admission, de même que les éléments essentiels des interventions auprès des personnes admises, et d'autre part laissaient la gestion quotidienne du programme à des administrations locales autonomes ont réussi à diminuer les coûts et à réorienter les personnes âgées fragiles vers les services de proximité, en les éloignant des maisons d'hébergement médicalisé.

Quelle intégration?

Les programmes qui réussissent se concentrent sur la gestion et les pratiques cliniques d'intégration pour aligner les modalités financières et organisationnelles sur leurs exigences. Il est remarquable que les programmes gouvernementaux de la Colombie britannique et de l'État de l'Arizona ont défini les orientations et les pratiques cliniques des programmes locaux intégrés en plus de proposer les réformes structurelles auxquelles les autorités ministérielles sont habituées.

Hollander et Béland (2007) ont identifié un ensemble de caractéristiques des programmes de services intégrés pour personnes âgées fragiles qui semblent associées à des succès cliniques ou financiers. Ces caractéristiques réfèrent aux éléments de la définition de l'intégration. Premièrement, le succès des programmes est assuré par l'élaboration de critères d'admission et de classification des cas qui permettent le recrutement de personnes qui nécessitent des services intégrés. Illawara (Perkins et coll. 2001) est un contre-exemple convaincant. Deuxièmement, l'accès aux services est facilité par un point d'entrée unique vers l'ensemble des services. Troisièmement, les gestionnaires de cas et les équipes multidisciplinaires assurent conjointement l'intégration des services avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé et des services sociaux. De la même façon, la responsabilité clinique du gestionnaire de cas s'étend aux établissements hospitaliers et aux maisons d'hébergement médicalisé. Quatrièmement, les pratiques cliniques reposent sur des plans de traitement et de suivi sous la responsabilité du gestionnaire de cas et de l'équipe multidisciplinaire. Les informations sur la progression de la personne âgée fragile dans les différents établissements et sur le suivi des activités diagnostiques et thérapeutiques doivent être disponibles en temps réel; des systèmes d'information clinique deviennent nécessaires à l'adaptation du plan de traitement aux changements dans la condition des personnes âgées. Enfin, une enveloppe de financement unique sous le contrôle de l'organisme local chargé de l'intégration des soins permet aux gestionnaires de cas de mobiliser les ressources en fonction des besoins changeants de la personne âgée. Les modalités de gestion doivent aussi permettre au gestionnaire de cas, appuyée par l'équipe multidisciplinaire, d'exercer sa tâche avec l'autonomie professionnelle attendue.

Une caractéristique associée au succès des services intégrés est ici restée implicite, soit le partage par l'équipe multidisciplinaire d'une même philosophie des services, d'une compréhension commune de la fragilité et vulnérabilité chez les personnes âgées et de la façon de répondre à leurs besoins et à ceux de leur entourage.

Bibliographie

- Applebaum R, Straker J, Mehdizadeh, Warshaw G, Gothelf E. 2002. Using high-intensity care management to integrate acute and long-term care services: Substitute for large scale system reform? *Care Management Journals* 3:113-9.
- Ballem P. 2007. Guaranteeing accountability for quality care. *Healthcare Papers* 7:60-65.

- Béland F. 2010. Expérience du Québec : aspects territoriaux de l'intégration des services aux personnes âgées fragiles : L'exemple du SIPA, *Gérontologie et Gériatrie*, [Accepté pour publication].
- Béland F, Bergman H, Lebel P, Denis JL, Contadriopoulos AP, Tousignant P, Dallaire L, Fletcher J. 2006. Evaluation of the Integrated System for Frail Older Persons (SIPA): Use and cost of healthcare and social services. *Canadian Journal on Aging* 25:25-43.
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. 2007. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – Issues and controversies. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 62A:731-737.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccal, G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. 1998. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal* 316:1348-1351 .
- Bodenheimer T. 1999. Long-term care for frail elderly people – the On Lok model. *New England Journal of Medicine* 341:1324-1328.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. 1991a. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. *Age and Ageing* 20:236-244.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. 1991b. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. *Age and Ageing* 20:245-254.
- Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White A. 1998. Evaluation of the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) demonstration the impact of PACE on participant outcomes. Cambridge (MA): Abt Associates Inc.
- Commonwealth of Australia. 2010. A National Health and Hospitals Network for Australia's Future, Barton, <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/mr-yr10-nr-nr038.htm>, consulté le 26 mars 2010
- Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. 2001. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures* 8:38-52.
- Eklund K, Wihelmsen K. 2009. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review of randomised control trials. *Health and Social Care in the Community* 17:447-458.

- Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. 1997. Program for all-inclusive care for the elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society* 45:223–232.
- Fischer LR, Leutz W, Miller A, von Sternberg TL, Ripley JM. 1998. The closing of the social HMO: A case study. *Journal of Aging and Social Policy* 10:57-75.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. 2001. Frailty in older adults: Evidence of a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 56A:M146-M156.
- Gaynes NL. 1973. A logic to changing needs. *The Gerontologist* 13:277-281
- Harrington C, Newcomer RJ. 1991. Social health maintenance organizations' service use and costs, 1985-89. *Health Care Financing Review* 12:37-52.
- Ham C, Glasby J, Parker H, Smith J. 2008. Altogether now? Policy options for integrating care. Birmingham, Health Services Management Centre.
<http://www.library.nhs.uk/HEALTHMANAGEMENT/ViewResource.aspx?resID=288864>, consulté le 26 mars 2010
- Ham C. 2008a. Competition and integration in the English National Health Service. *British Medical Journal* 336:805-807.
- Ham C. 2008b. Health care commissioning in the international context: lessons from experience and evidence. Birmingham, Health Services Management Centre,
<http://www.library.nhs.uk/COMMISSIONING/ViewResource.aspx?resID=288795>, consulté le 26 mars 2010
- Hébert R, Raïche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M and the PRISMA Group. 2010. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 65B:107-118.
- Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. 2009. Program of All-Inclusive Care (PACE): Past, present, and future. *Journal of the American Medical Directors Association* 10:155-160.
- Hollander MJ, Béland F. 2007. Systems of care delivery for the frail elderly: A systematic review. Victoria, Hollander Analytical Services.
- Hollander MJ, Pallan P. 1995. The British Columbia continuing care system: Service delivery and resource planning. *Aging: Clinical and Experimental Research* 7:94-109.

- Hollander MJ, Prince MJ. 2002. "The Third Way": A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families, Victoria, Hollander Analytical Services.
- Howarth ML, Haig C. 2007. The myth of patient centrality in integrated care: The case of back pain services. *International Journal of Integrated Care* 7:e27.
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/203>, consulté le 26 mars 2010.
- Johri M, Béland F, Bergman H. 2003. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18:222-235.
- Kane RL, Homyak P, Bershadsky B, Flood S. 2006. The effects of a variant of the Program for All-Inclusive Care for the Elderly on hospital utilization and outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society* 54:276-283.
- Kane RL, Kane RA, Finch M, Harrington C, Newcomer R, Miller N, Hulbert M. 1997. S/HMOs, the second generation: building on the experience of the first social health maintenance organization demonstrations. *Journal of the American Geriatrics Society* 45:101-107.
- Kodner DL. 2006. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community* 14:384-390.
- Kodner DL. 2009. All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13:6-15.
- Kodner DL, Kyriacou CK. 2000. Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care* 1:e08.
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/11>, consulté le 26 mars 2010
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. 2002. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – A discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2:e12.
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/67>, consulté le 26 mars 2010.
- Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, Tua E, Cesari M, Bernabei R. 2001. A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology* 54:968-970.
- Leichsenring K. 2004. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* 4:e10.
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/107>, consulté le 26 mars 2010

- Leung AC, Li C, Chow NW, Chi I. 2004. Cost-benefit analysis of a case management project for the community-dwelling frail elderly in Hong Kong. *The Journal of Applied Gerontology* 23:70-85.
- Leutz WM, Greenlick M, Ervin S, Feldman E, Malone J. 1991. Adding long-term care to Medicare: The Social HMO experience. *Journal of Aging and Social Policy* 3:69-87.
- Leutz WN. 1999. Five laws for integrating medical and social services, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 77:77-110
- Leutz WN, Greenlick MR, Capitman JA. 1994. Integrating acute and long-term care. *Health Affairs* 13:58-74
- Leutz WM, Nonnenkamp L, Dickinson L, Brody K. 2005. Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO. *International Journal of Integrated Care* 5:e25 <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/143/>, consulté le 26 mars 2010.
- Li GK, Phillips C, Weber K. 2009. [On Lok: A successful approach to aging at home.](#) *Healthcare Papers* 10:44-51.
- Manton KG, Newcomer R, Lowrimore GR, Vertrees JC, Harrington C. 1993. Social/Health maintenance organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financing Review* 15:173-202.
- Marmor TR. 2007. *Fads, Fallacies, and Foolishness in Medical Care Management and Policy*. Hackensack:World Scientific Publishing.
- MacAdam M. 2009. *Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors*. Toronto: Canadian Policy Research Networks.
- Muckamlel DB, Peterson DR, Temkin-Greener H, Delavan R, Gross, D, Kunitz SJ, Williams TF. 2007. Program characteristics and enrollees' outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *Milbank Memorial Fund Quarterly* 85:499-511.
- Mui AC. 2001. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *Journal of Aging and Social Policy* 13:53-67.
- Newcomer R, Harrington C, Friedlob A. 1990. Social Health Maintenance Organization: assessing their initial experience. *Health Services Research* 25:425-454.
- Nies H, Berman PC. 2004. *Integrating Services for Older Persons*. Dublin: European Health Management Association.

- Perkins D, Owen A, Cromwell D, Adamson L, Eagar K, Quinsey K, Green J. 2001. The Illawarra coordinated care trial: Better outcomes with existing resources? *Australian Health Review* 24:161-171.
- Pinnell Beaulne Associates Ltd. 1998. CHOICE Evaluation project. Evaluation summary. Final report, November 26 Edmonton, Alta: Pinnell Beaulne Associates Ltd.
- Rockwood K. 2005. What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing* 34:432-434.
- Shannon K, Van Reenen C. 1998. PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly): innovative care for the frail elderly. Comprehensive services enable most participants to remain at home. *Health Progress* 79: 41-5.
http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3859/is_199809/ai_n8823771/, consulté le 26 mars 2010
- Shortell S. 2000. *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey Bass.
- Tobin SS. 1975. Social and health services for the future aged. *The Gerontologist* (Suppl.):32-37.
- Weissert WG, Lesnick T, Musliner M, Foley KA. 1997. Cost savings from home and community-based services: Arizona's capitated Medicaid long-term care program. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22:1329-1357.
- Wieland D, Boland R. 2001. Correction. Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 49:835.
- Wieland D, Lamb VL, Sutton SR, Boland R, Friedman DM, Brummel-Smith K, Eleazer GP. 2000. Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Rates, concomitants, and predictors. *Journal of the American Geriatrics Society* 48:1373-1380.
- Williams P, Sullivan H. 2010. Faces of integration. *International Journal of Integrated Care*, 9,e100, <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/509/>
- Williams AP, Deber R, Lum J, Montgomery R, Peckham A, Kulski K, Watkins J, Morton-Chang F, Williams A, Ying A, Zhu L. 2009. *Mapping the State of the Art: Integrating Care for Vulnerable Older Populations*. Toronto: Canadian Research Network for Care in the Community.
- Williamson JD. 2000. Improving care management and health outcomes for frail older people: Implications of the PACE model. *Program for All-Inclusive Care of the Elderly. Journal of the American Geriatrics Society* 48:1529-1530.

Yordi CL, Waldman J. 1985. A consolidated model of long-term care: Service utilization and cost impacts. *The Gerontologist* 25:389–397.

Young JG. 1967. Meeting the social needs of medicare patients. *The Gerontologist* 7:261-265